



**Vulnérabilité et émotions des soignants :  
une rencontre saisissante.**

**Unité d'enseignement 5.6 Semestre 6**

**Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles**

**Date du rendu : 30 mai 2023**

**Directrice de mémoire : Mme Canevarolo Sandra**

**Note aux lecteurs :**

*« Il s'agit d'un travail personnel ne pouvant faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur. »*

*« N'oublions pas que les petites émotions sont les grands capitaines de nos vies, et qu'à celles-là nous obéissons sans le savoir » (Van Gogh, 1888) .*

## **Remerciements**

Je remercie ma directrice de mémoire pour son travail et son aide pour de travail de fin d'étude.

Je remercie également mes collègues de promotion, en particulier « Mamie » et « petit nescargot ».

Un merci incommensurable à mon conjoint, tellement patient durant ces trois dernières années, et tellement soutenant avec son aide pour les entrainements de pratique professionnelle et dans la réalisation de ce travail de fin d'études.

Je remercie aussi mes parents, ma sœur et mes enfants pour leur soutien et leurs encouragements à distance.

Et enfin je remercie toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'aboutissement de ces trois années d'études.

## Table des matières

<b>1. Introduction</b>	<b>1</b>
<b>2. Situations d'appel</b>	<b>2</b>
<b>2.1 Description de la situation</b>	<b>2</b>
<b>2.2 Analyse de la situation d'appel</b>	<b>6</b>
2.2.1 les émotions et leur gestion	7
2.2.2 Vulnérabilité du soigné et du soignant	8
2.2.3 Apprendre	9
2.2.4 La souffrance	10
2.2.5 La résilience	11
2.2.6 La relation soignant-soigné	12
<b>3. Question de départ</b>	<b>12</b>
<b>4. Cadre de référence</b>	<b>13</b>
<b>4.1 La vulnérabilité</b>	<b>13</b>
<b>4.2 Les émotions</b>	<b>16</b>
4.2.1 Voyage dans le temps	16
4.2.2 Les différentes émotions	21
4.2.3 La maîtrise des émotions, ou l'intelligence émotionnelle	32
<b>4.3 La relation soignant-soigné</b>	<b>37</b>
4.3.1 La relation	37
<b>5. Enquête exploratoire</b>	<b>42</b>
<b>5.1 méthodologie</b>	<b>42</b>
<b>5.2 L'enquête qualitative</b>	<b>42</b>
<b>5.3 L'entretien semi directif</b>	<b>42</b>
<b>5.4 L'objectif de la recherche</b>	<b>43</b>
<b>6. Les différents soignants interrogés</b>	<b>43</b>
6.1.1 Une étudiante en soins infirmier de troisième année.	44
6.1.2 Une aide-soignante de service de chirurgie orthopédique.	44

6.1.3	Une infirmière Libérale	45
6.1.4	Une infirmière en service de soins palliatifs	45
6.1.5	Une infirmière en EHPAD	46
6.1.6	Une psychologue de CMP	46
6.1.7	Une aide-soignante service d'EHPAD	47
<b>7.</b>	<b>Les conditions d'entretien</b>	<b>47</b>
<b>8.</b>	<b>Les limites</b>	<b>48</b>
<b>9.</b>	<b>L'analyse des données</b>	<b>49</b>
9.1	La vulnérabilité	49
9.2	Les émotions	54
<b>10.</b>	<b>Problématique</b>	<b>68</b>
<b>11.</b>	<b>Conclusion</b>	<b>70</b>
<b>12.</b>	<b>Liste de références</b>	<b>71</b>
<b>13.</b>	<b>Table des annexes</b>	<b>75</b>

## 1. Introduction

Je partirai de cette citation de Van Gogh pour vous présenter mon travail de fin d'études qui commença par une situation d'appel qui m'a perturbé, bouleversé même. Ce travail de fin d'études vient conclure ma formation en soins infirmiers de 3 années.

Dans le cadre de mon stage de deuxième année, lors d'un entretien infirmier avec une jeune fille ayant subi des violences sexuelles dans son enfance, j'ai senti en moi monter des émotions. J'ai pu identifier la tristesse et la colère dans un second temps. J'ai reçu comme un coup de poing en pleine face et j'ai pris conscience de ma propre vulnérabilité et de mes émotions. Alors que je n'osais regarder la jeune patiente et que je sentais mon cœur se serrer et les larmes monter, l'infirmière elle semblait imperturbable, dénuée d'émotions. Cela m'a permis de définir le thème de mon mémoire : la vulnérabilité et les émotions qui règnent dans la relation soignant soigné.

De ces trois concepts un questionnement a émergé sur la place que les émotions et la vulnérabilité occupent dans cette relation singulière qu'est la relation soignant-soigné. Ressentis comme une faiblesse si cela nous submergent, nos émotions peuvent devenir un outil, et la prise de conscience de notre vulnérabilité devient une aide dans la relation avec le patient.

Ces dernières années ont mis les soignants à rude épreuve émotionnellement parlant et leur a fait prendre conscience de leur vulnérabilité. La confrontation aux nombreux malades du COVID lors des différentes vagues a provoqué un raz de marée dans la profession soignante.

Sur le terrain, souvent les soignants rencontrés me disent être devenus insensibles à leurs émotions. Mais qu'en est-il vraiment ? Cela est-il possible ? Peut-on être soignant sans émotions ?

Concernant la méthodologie, j'ai interrogé différents soignants, pas que des infirmiers, lors d'entretiens semi directifs. J'ai choisi des soignants de services où la charge émotionnelle est plus intense comme les soins palliatifs, mais aussi des soignants de services où on pourrait penser qu'elle l'est moins comme la chirurgie. J'ai choisi aussi de questionner une infirmière libérale, qui se retrouve souvent seule face à des situations et malgré tout doit continuer sa

ournée. J'ai enfin interrogé une infirmière et une aide-soignante d'EHPAD, une étudiante infirmière, et une psychologue.

Le but de cette recherche est de mettre au jour les émotions que révèle la vulnérabilité soignante, mais surtout de savoir s'il y a une conscience de cette vulnérabilité.

Je souhaite également me rendre compte s'il existe des outils utilisés par les soignants lorsque leurs émotions les submergent pour leur venir en aide.

Il est important pour les années à venir que les futurs étudiants en soins infirmiers soient bien conscients que ce métier est un milieu périlleux, et où il est question de bien se connaître soi.

Concernant la transférabilité de cette recherche dans ma pratique future, cela pourra permettre de se rappeler que nous sommes tous différents dans nos émotions, soignants et soignés et que cette grande différence est à prendre en compte dans toute relation de soin. Et aussi que de chaque situation vécue auprès d'un patient, un enseignement émotionnel est à retenir afin de ne pas sombrer et de ne pas devenir ce que l'on ne souhaite pas.

## **2. Situations d'appel**

### **2.1 Description de la situation**

La situation se passe lors du dernier stage de quatrième semestre, dans un Centre médico psychiatrique.

Je suis seule stagiaire dans ce centre. L'équipe se compose de quatre infirmières, une secrétaire, une assistante sociale, deux psychologues, un psychiatre. Il y a également le cadre de proximité.

Les horaires de l'équipe sont neuf heures à dix-sept heures mais les horaires des stagiaires sont de neuf heures à seize heures.

La situation se déroule le vendredi de la seconde semaine de stage.

Les journées se composent d'entretiens infirmiers avec des patients atteints de pathologie psychiatrique et de pathologies psychologiques. Il y est aussi pratiqué des soins tels que des injections intramusculaires de Neuroleptiques à Action Prolongée, et des préparations de piluliers. Nous rendons également visite aux patients à domicile.

Les patients ont rendez-vous à partir de 9h30 le matin. Les entretiens durent entre trente minutes pour un suivi et une heure pour un accueil. Ce jour-là, l'équipe se compose de 2 infirmières que je nommerai Mildred et Nurse Dolly, et moi-même.

Ce vendredi une des patientes, que je nommerai Charlotte, dont l'infirmière Mildred s'occupe, arrive à quinze heures. La jeune Charlotte, se présente donc, elle a dix-huit ans. Juste avant que Charlotte n'arrive, Mildred me fait un petit résumé de la situation de la jeune fille.

*« Elle vit en foyer, elle est suivie pour des problèmes en relation avec des maltraitances subies alors qu'elle était enfant. »*

Mildred me dit que la jeune fille est un peu limitée intellectuellement.

Je monte la rejoindre à la salle d'attente pour lui demander son autorisation d'assister à l'entretien.

Je me trouve face à une jeune fille juvénile, inhibée, les cheveux noirs coupés au carré parsemé de mèches acajou, elle mesure environ un mètre soixante. Elle porte un masque car nous observons toujours les règles d'hygiène liées au COVID. Elle est toute vêtue de noir, pantalon noir, sweat noir avec des manches trop longues. Je m'adresse à elle accompagnée de Mildred.

*« Bonjour, je me présente, je m'appelle Sandrine, je suis étudiante infirmière de deuxième année. Je me permets de vous demander votre autorisation afin d'assister à l'entretien que vous allez avoir avec Mildred. »*

Elle hoche la tête :

*« Oui aucun problème. »* répond-elle

Nous nous dirigeons vers le bureau où aura lieu l'entretien. Mildred s'assoit face à elle, au bureau. Je suis assise à la gauche de Mildred, à un mètre.

L'entretien commence. Mildred demande à Charlotte comment elle va et celle-ci lui répond que ça va.

Elle nous parle immédiatement de ses éducatrices au foyer, elle nous dit qu'une d'entre elle, que je nommerai Betsy Bucket, va partir en retraite, et que cela l'angoisse sur l'avenir. Elle nous parle aussi de son autre éducatrice qui est la fille de Betsy, qu'elle trouve douce et compréhensive. L'éducatrice, Betsy, est une figure maternelle pour la jeune Charlotte, je le ressens bien lorsqu'elle en parle.

Elle n'accepte pas que son éducatrice parte à la retraite. Elle nous montre son cœur en disant que cela lui fait mal. La jeune fille ne veut pas aller dans un autre foyer. En plus, l'éducatrice partant à la retraite, sa fille quitte la profession. Le foyer se retrouve donc sans éducateur. Il risque de fermer.

Mildred remarque sur le dessus de son poignet la présence d'une plaie. Elle demande à Charlotte de lui montrer. Elle lui demande comment elle s'est fait cette plaie, si elle en a d'autres. Charlotte lui montre alors son autre poignet entièrement scarifié.

La jeune fille nous avoue qu'elle s'est fait volontairement ces blessures. A la main gauche, elle a utilisé une lame de rasoir juste avant de venir à l'entretien. Pour la main droite, elle les a faites il y a environ deux semaines.

Elle nous dit qu'elle a encore envie de s'inciser les poignets car des souvenirs resurgissent.

« *Quels souvenirs ?* » demande Mildred

Charlotte répond en baissant le ton de sa voix, qu'elle revit les instants où son oncle l'a violé avec un bâton dans ses parties génitales lorsqu'elle avait six ans.

Durant tout ce temps j'observe Charlotte, et je note. Lorsque j'entends ses mots...six ans... un bâton...parties génitales...mon cerveau m'ordonne de ne pas écrire ces mots. Je ne peux pas écrire. Je reste figée, et sens les larmes monter. Je n'ose regarder cette jeune fille, si fragile.

Mildred téléphone aux urgences de l'hôpital tout proche et demande un entretien d'urgence avec le psychiatre pour Charlotte. Charlotte semble soulagée à cette idée.

Dans les dix minutes qui suivent, le rendez-vous est pris et Mildred prête à partir avec Charlotte.

Mildred me dit à voix basse :

*« Je l’emmène et je reviens, nous en parlons ensuite. »*

Elle a bien conscience que je ne suis qu’étudiante et que cette situation mérite que nous en parlions.

Je redescend donc à l’accueil pour attendre Mildred.

Au bureau d’accueil, Nurse Dolly l’autre infirmière me demande comment cela s’est-il passé.

Il ne me faut pas plus de trois secondes pour que mes émotions ne prennent le dessus et je me retrouve les yeux pleins de larmes sans pouvoir dire un mot. Je prends ma respiration, et lui explique ce que je viens de vivre.

Il me faut vite me ressaisir, car Nurse Dolly a un autre rendez-vous. Sa patiente vient d’entrer. Je me retrouve au bureau d’accueil seule, essayant de contrôler ce qui m’envahit.

Le téléphone sonne, c’était Mildred.

Elle m’avertit qu’elle ne revient pas tout de suite car Charlotte n’a pas de moyen de transport pour rentrer au foyer. Elle reste donc avec elle jusqu’à la fin de son entretien avec le psychiatre et qu’elle la ramènera chez elle.

Au bout de trente minutes, Mildred arrive. La jeune fille vient d’être hospitalisée, elle ne rentre pas au foyer.

Mildred me demande comment je vais. Je lui réponds que la situation que je viens de vivre est très difficile à supporter et qu’en plus cela arrive juste le dernier jour de la semaine, la dernière heure.

Je lui demande :

*« Comment peut-on faire vivre cela à un enfant ?!! Comment faites-vous au quotidien pour entendre ces choses, ces traumatismes... »*

Mildred me répond :

*« On s’habitue, mais on est toujours sensible, cela nous touche toujours »*

Il est seize heures, la journée est finie. Il n’y a plus qu’à rentrer chez moi avec cela en tête.

Durant la route du retour, évidemment je pense que Charlotte est en sécurité et prise en charge.

Le lundi en arrivant à neuf heures au centre, ma première pensée est pour elle. J'espère qu'elle va un peu mieux. Nous lisons les transmissions quelques jours après et nous voyons qu'elle accepte l'hospitalisation et est observante.

Cette situation m'a fait surgir des émotions incontrôlables.

J'avais l'impression que la souffrance de cette jeune fille était directement entrée en moi et que comme Charlotte ne pleurait pas je pleurais pour elle.

J'ai pu discuter avec Mildred ainsi qu'avec la psychologue. Nous avons fait le point sur cette situation. Mildred m'a dit qu'elle n'était pas dénuée d'émotions, mais que dans ces situations elle devait garder la juste distance entre elle et sa patiente. La jeune fille ne devait pas prendre Mildred pour une figure maternelle.

## 2.2 Analyse de la situation d'appel

Je vais reprendre dans cette partie tous les concepts que soulève cette situation. Cette situation de **relation entre le soignant et le soigné** a fait surgir **des émotions** que je n'ai su contrôler. Cette jeune patiente en **souffrance**, était venue chercher de l'aide. Elle était **vulnérable**, et elle a révélé ma propre **vulnérabilité**. J'ai pris en pleine face comme un coup de poing. Alors je me suis demandée comment l'infirmière avait pu ne pas avoir de réaction, enfin devrais-je dire ne pas les rendre visibles. Comment faisait-elle depuis tant d'années pour **gérer ses émotions** en entendant des histoires de vie si traumatisantes ?

Dans une relation, une interaction, il y a **une juste distance à respecter**, il ne faut pas trop entrer dans la sphère intime de l'autre. Cela peut conduire à des échec de prise en charge mais aussi à des problèmes plus importants comme le Burn out du soignant.

Dans cette situation, il est aussi question de souffrance, **la souffrance** psychologique de la jeune patiente.

Chaque jour nous entendons des histoires de vie semblables dans les médias, mais ce jour-là, moi, une étudiante pourtant déjà d'un certain âge, je me suis senti complètement déstabilisée, incapable de me contrôler. Pourrait ton alors dire que **l'apprentissage des émotions** et de leur gestion est une compétence particulière à acquérir ?

Je vais maintenant reprendre chaque concept plus en profondeur.

### 2.2.1 les émotions et leur gestion

Dans cette situation, Mildred n'a pas eu d'émotion visible, devrais-je plutôt dire de réaction émotionnelle. Elle ne pouvait pas laisser les larmes remplir ses yeux. Elle se devait de rester l'infirmière à l'écoute, de tout faire pour que Charlotte soit prise en charge rapidement. Elle a sans doute aussi le poids des années qui fait qu'elle gère ses émotions de façon presque automatique.

J'ai pu discuter avec Mildred ainsi qu'avec la psychologue. Nous avons fait le point sur cette situation. Mildred m'a dit qu'elle n'était pas dénuée d'émotions, mais que dans ces situations elle devait garder la juste distance entre elle et sa patiente. La jeune fille ne devait pas prendre Mildred pour une figure maternelle.

Notre condition de femme soignante, de mère, influence-t-il nos émotions ?

Entendre l'histoire de Charlotte a été un peu un « coup de poing en pleine face ». Pourquoi ? Qu'est ce qui a influencé cette émotion ? Etais-ce parce qu'elle est jeune ? On entend tous les jours des histoires semblables dans les médias. Mais à cet instant présent il n'y avait pas d'écran, la jeune fille était devant moi.

Quelle est l'influence de notre vie personnelle sur nos émotions ?

Ressentir des émotions fait-il de nous un être vulnérable ? Cela peut-il nous empêcher de soigner ?

Le soignant ne doit pas refouler ses émotions, au contraire il faut les accepter. Elles font partie intégrante de chacun, à la fois soignant et soigné. Mais il ne faut pas se laisser envahir par celles-ci, il faut les contrôler car la prise en charge du patient risque d'aller à l'échec. Comment faire pour contrôler nos émotions au-fur et à mesure de notre carrière de soignant ?

### 2.2.2 Vulnérabilité du soigné et du soignant

Le soignant doit faire avec ce qu'il est, les émotions qui sont en lui, et la conscience de sa vulnérabilité. Pour autant, le soignant se doit-il d'être toujours infaillible ? Nous sommes fait d'émotions construites au fur et à mesure de notre vie et ces dernières nous permettent d'agir dans les différentes situations. Le soignant n'est donc pas nécessairement infaillible.

Comment consentir à ne pas être invulnérable ? Chaque jour, face à nos patients nous sommes, sans en avoir conscience, impacté par leur vulnérabilité. Qui ne se dit pas en écoutant ces histoires de vie qu'il a bien de la chance, ou que ce patient n'a pas de chance... L'hôpital est un lieu où la vulnérabilité nous « saute dessus » dès qu'on y entre. On y croise des personnes en fauteuil roulant jeunes, et moins jeunes, des couples qui déambulent en cherchant le service où se rendre pour faire un examen, ils ont peine à marcher et se soutiennent, des parents inquiets qui prennent l'ascenseur pour aller voir leur enfant hospitalisé, des pères inquiets et impatientes de retrouver la mère de leur enfant en maternité...

On peut aussi avoir à faire à des situations complètement « folles » par exemple un mari qui court dans le hall d'entrée de l'hôpital en hurlant « aidez-moi !!!! », il a semble-t-il un problème psychologique, laissant paraître une grande vulnérabilité.

Et nous dans tout cela, nous regardons, nous écoutons, nous essayons ensuite de faire tout notre possible pour rendre un peu plus agréable la vie dans ces instants, pour venir en aide, pour soigner. Quand la journée est finie, nous prenons le volant, avec toutes ces images, ces mots en tête et nous devons faire « place nette » pour retrouver nos proches et laisser cela derrière nous jusqu'au lendemain.

La Patiente présente une grande vulnérabilité psychologique, émotionnelle, physique. Elle vient au CMP pour chercher de l'aide, elle n'a pas tardé à nous dire ce pourquoi elle avait fait ses scarifications. Et il est intéressant à ce stade de parler de proxémie. Et c'est sans doute la proxémie qui fait aussi que le soignant peut faire face à ses émotions. La proxémie ou juste distance nous permet de ne pas tomber dans une émotion parasite qui pourrait mettre en péril la relation de soin, le soignant et le soin en lui-même.

### 2.2.3 Apprendre

Un autre aspect se présente dans cette situation, le fait que je sois étudiante en soins infirmiers, que je sois en situation d'apprentissage.

Du latin populaire *apprendere*, altération du latin classique *apprehendere*, « *prendre, saisir* » « *Acquérir par l'étude, par la pratique, par l'expérience une connaissance, un savoir-faire, quelque chose d'utile* ». (Larousse)

Apprendre c'est avoir envie d'élargir son savoir, de se cultiver, persévérer, vouloir aller plus loin. On veut apprendre, si on n'a pas la volonté on n'apprendra pas.

Par l'apprentissage on découvre, on se découvre aussi. On se met en position inconfortable parfois. J'ai voulu apprendre le métier d'infirmière, sortir de mon confort, développer les connaissances. Par l'apprentissage on se forge aussi une place dans la société, on s'élève.

Selon la définition du Larousse, apprendre se fait par la pratique.

Dans cette formation l'étudiant est mis en face de la pratique lors des stages et les situations qu'il vit sont apprenantes. Il progresse, stagne, se retrouve face à des situations différentes. L'apprentissage se fait par ces situations vécues et par les erreurs commises. L'étudiant à chaque instant est mis devant une situation qui peut le mettre face à un choix à faire, s'il fait le bon il s'en félicitera, s'il fait le mauvais il faudra qu'il prenne sur lui et se relève. Il ne faut jamais oublier les erreurs car elles servent de leçon. Ne dit-on pas « *apprendre de ses erreurs* » ?

Dans la formation en soins infirmiers, apprendre se fait au contact du patient, et des équipes pluridisciplinaires. Le patient présente une clinique, l'étudiant doit rassembler ses connaissances afin de mettre en pratique une technique pour soigner le patient. Concernant « la compétence émotionnelle », certains auteurs en parlent comme d'une succession d'étapes dans la carrière d'un soignant.

Les enseignements théoriques se font auprès des formateurs. Donc apprendre se fait toujours en interaction avec quelqu'un d'autre. Se rapprocher de l'autre, s'intéresser, c'est apprendre.

L'apprentissage est propre à chacun, les méthodes sont tellement différentes et les capacités sont intrinsèques.

Apprendre c'est créer son univers, aller vers l'autonomie, se responsabiliser.

Il peut nous arriver de fuir une situation d'apprentissage car elle nous a mis en difficulté, la sensation était désagréable et nous ne voulons pas nous remettre dans cette position inconfortable. Le ressenti est une émotion négative. Mais se remettre face aux émotions, aux situations difficiles permet de les surmonter même s'il faut répéter plusieurs fois les choses.

L'apprentissage n'est-il pas une forme un dépassement de soi ?

Dans la situation vécue avec la jeune fille, je suis en situation d'apprentissage, je n'ai jamais été confrontée à ce genre de vécu, cela a provoqué une émotion en moi. Elle m'a permis d'apprendre sur moi-même, et d'apprendre à réagir.

#### 2.2.4 La souffrance

La jeune Charlotte est en souffrance. Elle est psychologiquement vulnérable à cause des maltraitances physiques qu'elle a subi à 6 ans. Elle est aussi en souffrance physique car elle a entaillé ses poignets. Elle voulait ressentir une souffrance plus forte dans son corps, dans sa chair pour ne plus souffrir psychologiquement. Ses pensées ont atteint un niveau qui lui fait si mal, qu'elle s'incise afin de ne pas disparaître. Elle retrouve ensuite un apaisement, elle ne veut pas que son angoisse l'emporte. Le viol qu'elle a subi laisse ouverte une plaie béante, que seule la douleur physique peut momentanément enlever.

La souffrance est une douleur physique ou morale, elle a un sens plus large que le mot douleur qui se limite souvent au corporel. Ce sont des synonymes de mal être. Les deux termes sont intimement liés.

*« ...la souffrance comprends au minimum trois aspects : la douleur physique, la détresse psychologique et le questionnement spirituel. Elle est un état spécifique de détresse qui apparaît quand l'intégrité de la personne est mise à mal... » (Dany, Dormieux, Futo, & Favre, 2006)*

J'ai été touchée par son jeune âge, le traumatisme qu'elle a vécu dans son enfance. « Enfance », c'est ce mot qui soulève en moi cette émotion après réflexion. Elle n'était qu'une enfant, sa

vulnérabilité , son innocence ont été ignorés. Cette souffrance qu'elle a ressenti dans sa chair quand elle avait 6 ans, et la souffrance qu'elle ressent maintenant à dix-huit ans sont des choses que je ressens comme inacceptables. Pourquoi la souffrance de cette jeune patiente m'atteint autant ?

La souffrance est décrite comme le fait de vivre des évènements douloureux. Dans la situation ici, c'est bien cela. J'ai pu sentir sa souffrance à travers ses propos et son comportement de scarification. Elle est en souffrance physique et psychique. La relation soignant soigné est basé sur le fait que le soigné soit souffrant, qu'il ressent une douleur. Le soignant dont la base du métier est de prendre soin, implique d'être en confrontation avec la souffrance de l'autre.

La souffrance d'autrui m'affecte particulièrement quand elle soulève en moi un aspect personnel. Il n'est déjà pas facile de construire sa vie en tant que futur adulte qui a eu une enfance stable. Je n'ose imaginer la future vie de cette jeune fille. D'ailleurs peut-on imaginer le futur de cette jeune fille ? Sera-t-elle capable de résilience ?

### 2.2.5 La résilience

Définition selon le CNRTL :

« Force morale, qualité de quelqu'un qui ne se décourage pas. »

En psychologie c'est la capacité de l'individu à faire face à une situation difficile ou génératrice de stress. J'aime assez cette citation qui image bien ce qu'est la résilience : « *L'art de naviguer entre les torrents* » (Cyrulnik, 2001)

Cette capacité naît de par la relation avec les parents, de l'enfance. Dans cette situation, la jeune fille ayant été violée par un membre de sa famille et n'ayant pas trouvé le refuge et la protection de la part de ses parents, du moins je peux le supposer car je n'ai pas eu d'informations à ce sujet, la capacité de la résilience va être mince. Seules la thérapie et l'analyse pourraient l'aider à trouver cette capacité.

### 2.2.6 La relation soignant-soigné

Cette relation est particulière, il faut un soignant et un soigné. Cette relation n'est possible que dans le cadre d'une prise en charge pour des soins, elle peut se passer dans une institution, ou à domicile. Un cadre est posé lors des premières minutes, le tutoiement ne se fait pas. Le soignant incarne un rôle, il a un savoir, il porte la blouse blanche qui le représente, parfois le protège. Le soigné vient chercher une aide, un soin technique ou relationnel, il se trouve dans une position asymétrique, il est souvent allongé. Il perd un peu de son identité, il n'a ni vêtements personnels, ni bijoux,... il se retrouve dépourvu de toute son identité. Il porte juste une blouse et un bracelet portant son nom, prénom et date de naissance ainsi qu'une suite de chiffres qui nous permettent de ne pas faire d'erreur, et de ne pas le perdre.

## 3. Question de départ

Les concepts soulevés sont nombreux, et je suis certaine que j'en oublie, j'en ai retiré trois qui sont pour moi très présents et importants dans la profession de soignant, importants par leur présence quotidienne et le fait de les reconnaître.

Il est important d'avoir conscience de sa propre vulnérabilité dans une relation de soin, de ne pas se sentir tout puissant car un soignant comme un patient est fait d'émotions et de vulnérabilité. L'accepter permet de réduire l'asymétrie qui se pose lors d'une relation soignant soigné, et aussi de définir un cadre, une base solide dans cette relation.

Le soignant doit pouvoir prendre en compte ses émotions et continuer sa prise en charge car son rôle est de prendre soin.

Si Mildred avait vacillé à cet instant comment aurait-elle pu créer la relation d'aide avec Charlotte. Elle aurait affiché ses émotions et dans ce cas comment la patiente aurait-elle pu trouver l'aide dont elle avait besoin ? Elle a été réactive et a su mettre ses émotions dans un « petit tiroir » de son cerveau.

J'ai choisi de réaliser mon mémoire sur **la vulnérabilité et les émotions dans la relation soignant-soigné**. Puisque j'ai conscience de l'existence de ces deux invités dans ma pratique

professionnelle, il s'agit ici de cheminer vers l'importance de leur place dans la relation entre le soigné et le soignant. Qu'en fait-on ? Comment les accueille-t-on ? Sont-elles des poids, des faiblesses systématiquement ? Le soignant ne peut pas se perdre avec le patient pour le guider vers l'autonomie et la guérison.

De cette situation et de tous ce questionnement il en ressort une question de départ :

**« Quelle place occupent les émotions et la vulnérabilité  
dans la relation soignant-soigné ? »**

## 4. Cadre de référence

### 4.1 La vulnérabilité

Le terme de vulnérabilité tient son origine du latin « *vulnu* », la blessure, ou aussi « *vulnerabilis* », qui peut être blessé, qui blesse. Ce concept est toujours en évolution. Dans les années soixante-dix, il se rapporte à la littérature médicale pédiatrique, psychiatrique et gériatrique. La vulnérabilité est une situation de faiblesse, l'intégrité de l'individu risque d'être ou est affecté, diminué, altéré.

La définition du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales est la suivante :

*...« qui peut être blessé ... qui peut être facilement atteint, attaqué ... qui peut être blessé, touché (au moral) qui donne prise à la critique » (CNRTL. <https://www.cnrtl.fr>)*

Dans son texte, Agatha Zielinski évoque la vulnérabilité du patient qui est légitime par sa situation. Cela peut être une blessure, une perte affective, une maladie. Le patient est en position de faiblesse. Il souffre, il est malade, et il a des soins à faire. Il est aussi dans cette position car il n'a pas de savoir sur la maladie qu'il a et sur ses suites, il subit des examens et soins intrusifs, il se trouve dépossédé de sa personnalité, de son autonomie. Il s'en remet au soignant.

Ce soignant, face à lui, soulage, rend la vie plus facile, écoute, aide, accompagne. On pourrait croire qu'il est investi de « pouvoirs », qu'il est imperméable à toutes ces souffrances qui gravitent autour de lui. Mais il en est bien autrement, en effet, il est un peu comme une éponge,

il s'imbibe de tout. Il est confronté à la maladie, la souffrance, la douleur, la peine, la précarité, la mort. Quand je fais un soin intrusif je suis aussi impacté par le fait de pénétrer la chair de l'autre, de lui provoquer la douleur malgré ma bonne intention qui est de le soigner.

Les deux personnages de cette relation sont intimement liés. Et sans l'existence de l'un l'autre n'existe pas.

Lorsque l'on est soignant, la qualité première est l'empathie. Elle se définit par la capacité à se mettre mentalement à la place de l'autre. Se représenter ce qu'il pense, ce qu'il ressent sans pour cela partager ses croyances et ses sentiments. C'est une sorte de bienveillance professionnelle qui permet de pénétrer humainement dans l'univers de l'autre en gardant son sang-froid et son objectivité. Cette empathie, pour moi, permet de pouvoir reconnaître la vulnérabilité. En effet puisque l'on dit que on se met à la place de l'autre, on peut ressentir ce qu'il ressent, cela nous touche mais nous gardons notre objectivité. Je suis là pour le soigner, l'aider à supporter cette maladie, ou l'accompagner dans son parcours de soin.

*« C'est à travers la faiblesse et la vulnérabilité que la plus part d'entre nous apprenons l'empathie et la compassion et découvrons notre âme ».* (Desmond; Tutu)

Cette citation, pour moi, résume aussi très bien la place de la vulnérabilité dans la relation avec le soigné. Nous nous découvrons l'un et l'autre grâce à elle.

Cette vulnérabilité n'empêche pas le soin, au contraire elle en est le ciment. Ce que je veux dire c'est que en voyant la vulnérabilité de l'autre je suis atteinte au plus profondément et je sais que je suis comme l'autre. Je suis aussi atteignable physiquement que psychologiquement. Et cela permet de lisser la relation qui était asymétrique de par ma position de soignant, mon savoir, mes compétences, mon uniforme, et ma posture. Je suis moi aussi tout comme ce patient, un être humain vulnérable. Je peux être lui un jour.

Un autre auteur, Christian Loehlé, psychothérapeute, parle de la vulnérabilité dans son article intitulé *« Heurts et douleurs dans la relation de soin »*. Il parle de la vulnérabilité du thérapeute dans la relation soignant-soigné, et il explique comment il lutte contre elle. Il propose aux praticiens d'accueillir leur vulnérabilité et de la soutenir dans la relation. Être en relation signifie s'exposer à l'autre, à sa douleur, sa souffrance. Le soignant ne se rend pas compte que les souffrances, et les atteintes de l'autre, le soigné s'invitent entre eux. Quand le soignant ressent cette atteinte, il réagit. Le soigné le remarque. Ce sont des moyens de défense qui se mettent en place automatiquement. Cela peut être le mensonge, la banalisation, l'esquive, la

fausse réassurance, la rationalisation, l'évitement, la dérision, la fuite en avant, la projection, l'agressivité.

Cet auteur reprend la vulnérabilité du patient par sa position, son manque de connaissance, sa douleur, sa perte d'autonomie. Il suggère aussi au soignant d'avoir conscience de sa vulnérabilité qu'il considère comme une expérience de la douleur. Il prône d'admettre sa disposition à souffrir afin de s'ouvrir à la réalité mais sans pour cela y adhérer. Le fait de s'ouvrir à cette douleur, permet de rétablir la position d'humain et de diminuer l'asymétrie entre le soigné et le soignant.

*« le thérapeute qui s'ouvre à accueillir la douleur offre au client une qualité de contact spécifique. Il ne campe pas hors du bassin de la vie du client, car il sait que la conception séparatiste « ma vie » versus « ta vie » n'est qu'illusion. Il est conscient d'être à l'eau, au côté du client, dans le bassin de la vie. » (Loehlé, 2019)*

J'aime beaucoup cette citation, qui pour moi illustre bien la relation soignant-soigné. Le soignant et le soigné cheminent ensemble, dans ce bassin côte à côte. Le soigné a besoin de moi, le soignant pour avancer. Je l'aide, je le conseille, je le soutiens, je le rassure, je le soigne, je l'accompagne s'il perd pieds je lui fait reprendre surface. En réalisant tout cela, je suis à son écoute, et ses peurs, ses angoisses sont ce qui nous unissent. Et s'il n'y avait pas de personne à soigner il n'y aurait pas de soignant. Ces deux personnages sont dépendants l'un de l'autre en quelque sorte.

Il ne faut pas que je me laisse submerger par ce que vit et ressent le soigné. Et c'est là que l'objectivité reprend le dessus. Le cadre est rétabli et je remonte à la surface tout en maintenant mon patient à flot.

Il est important d'avoir conscience de sa propre vulnérabilité, de savoir que ces situations peuvent faire s'effondrer le soignant. Il est indispensable de faire avec ce qu'on est en tant que soi et que soignant.

*« Avoir conscience de cette capacité à être affecté, aussi bien du côté du soignant bien- portant, que du patient malade, c'est donner naissance à une relation plus ouverte à la reconnaissance de l'autre. « Reconnaître que nous avons la vulnérabilité en partage, c'est pouvoir reconnaître la dignité d'autrui, sans condescendance ni pitié, dans un regard d'égal à égal. Un regard qui renvoie à l'autre sa dignité, qui le renvoie à l'estime de soi. Se regarder de visage à visage, dans cette commune vulnérabilité, fait percevoir qu'il n'y en a pas un qui serait plus digne que*

*l'autre. Et c'est à partir de là, et non de ma hauteur, que je peux aider à l'autonomie de celui qui apparaît plus vulnérable que moi » (Lemoinea E., Langea , F. Chapuisa, P. Vassal b,\*., Chapuisa, & Vassal , 2014)*

Le partage des deux vulnérabilités est un rétablissement de cette asymétrie qui fait partie de la relation soignant-soigné.

## 4.2 Les émotions

### 4.2.1 Voyage dans le temps

Dans un podcast, j'ai trouvé un réel intéressement dans la recherche de l'histoire des émotions. Dans ce document, Hervé Mazurelle, historien des affects et de l'imaginaire, ainsi que maître de conférence à l'université de Bourgogne parle de l'histoire des émotions à travers le temps, et la société. Il a écrit de nombreux ouvrages et en particulier, un sur l'histoire des sensibilités. Il reprend les travaux de Freud, Nietzsche, et Elias. Tout en écoutant ce podcast, je me suis mis à chercher des écrits sur l'histoire des émotions. Je ne pensais pas que l'histoire des émotions puisse exister, je me suis alors lancée dans une recherche sur ce sujet, mais elle est si profonde que j'en ai gardé les grandes lignes, cela pourra faire partie d'une autre recherche.

A l'époque Darwin en parle dans « *L'expression des émotions chez l'homme et l'animal* » en 1872, mais aussi depuis 1838. Entre ces deux dates, il publie également un ouvrage qui parle d'expression. Il arrive pour finir à l'expression des émotions en 1870. Mais comment en est-il arrivé là ? C'est en partant de la rédaction d'un article où il observe son propre enfant, qu'il écrit cet ouvrage. Il se demande si les hommes et les animaux ont une façon différente d'exprimer leurs émotions. Il existe une opposition entre l'instinct animal et l'homme. Selon lui l'homme serait apparu déjà façonné, les muscles de son visage étant fait pour exprimer les émotions, et il se rend compte que les singes aussi ... Il se rend compte qu'eux aussi possèdent les mêmes muscles faciaux et non pas uniquement pour faire la grimace. Darwin confirme que les émotions se sont adaptées à notre espèce et à notre histoire et dit même que cette étude n'était pas nécessaire pour le prouver. Il admet également que l'expression des émotions est nécessaire pour le bien de l'humanité. A cette époque et entre Darwin, Bain, et Claude Bernard,

une discussion sur le sujet de l'expression des émotions s'engage, chacun ayant ses propres opinions. Au cours de l'histoire, on constate les divergences de chacun.

*« Darwin décrivait les émotions comme universelles et intemporelles. Les sciences cognitives actuelles les considèrent comme indispensables au fonctionnement de l'esprit. »*

*« Pour Darwin, les expressions émotionnelles de l'adulte humain sont le reflet de la continuité de systèmes comportementaux complexes dérivés des autres espèces animales. Elles correspondraient à une sorte de comportement rudimentaire, résiduel d'un système comportemental plus complexe qui se serait modifié au fil de l'évolution. Les émotions auraient donc une qualité primitive adaptative liée tant au passé de notre espèce en termes d'évolution, qu'à notre propre histoire personnelle » (Oatley & Jenkins, 1996). (Christophe, 1998)*

Ensuite Tomkins (Silvan (1962), professeur au Département de Psychologie de Princeton et théoricien de la personnalité), tout comme James, reprend les émotions et les considère comme une réaction physique à un phénomène psychologique, il théorise alors un ensemble limité d'émotions. On parle alors du courant néo Darwinien.

Izard et Plutchik affinent alors le travail et finissent par déterminer huit émotions de base. Puis Ekman revient sur les treize émotions de base et détermine quatre émotions qui sont certaines (la colère, la peur, le dégoût, et la tristesse) et neuf qui restent à étudier en détail (la joie, l'intérêt, le mépris, la surprise, la culpabilité, la honte, l'embarras, le respect et l'excitation). Toutes ces études ont en commun la mise en relation entre l'expression faciale et une émotion spécifique. Cette expression faciale aurait pour effet sur l'autre de communiquer son état émotionnel.

*« Tomkins (1962 ; 1963 ; 1980), considère que l'affect, terme qu'il utilise pour désigner l'émotion, est le produit d'un ensemble organisé de réponses faciales, musculaires et viscérales suscitées par un programme spécifique inné, localisé au niveau des centres sous-corticaux. Lorsque ces programmes sont activés, ils amplifient les expressions faciales, puis les réponses corporelles musculaires et viscérales. Lorsque nous percevons ces réponses, nous ressentons l'affect correspondant. » (Christophe, 1998)*

En 1884, William James, étudiant américain en médecine, écrit un article dans la même revue où sept ans auparavant Darwin avait écrit son « *esquisse biographique d'un enfant* ».

James est un professeur de physiologie à l'université de Harvard, et il enseigne son premier cours sur la relation entre la physiologie et la psychologie en 1876. Il porte une telle importance à ces deux sujets qu'il devient professeur en psychologie ensuite. Il publie un ouvrage dans lequel il reprend la théorie de Spencer, lui-même qui avait été repris par Darwin. James devient alors le vrai fondateur de la psychologie. Il rencontre alors Freud en 1909. Mais comment James s'intéressa-t-il aux émotions ? Il cherche à démonter la théorie de Stuart Mill, philosophe, logicien et économiste britannique. En effet, à l'époque les explorations du cerveau n'ont pas permis de mettre en lumière la relation entre la psychologie et la physiologie. Les émotions ont été totalement ignorées. Aucun travail n'a été réalisé sur les émotions.

*« Et pourtant des maintenant, il est certain que de deux choses concernant les émotions, l'une doit être vraie. Ou bien elles ont pour siège cérébral des centres séparés et spéciaux, ou bien elles correspondent à des processus ayant lieu dans les centres moteurs et sensoriels, déjà mentionnés, ou dans d'autres similaires, et non localisés encore. »*

C'est-à-dire que l'on s'interroge de savoir où est le siège de nos émotions.

James se trouve alors confronté à Darwin et Alexandre Bain un philosophe écossais. Il cherche à déplacer le sujet des émotions qui est physiologique pour Darwin et Bain vers la psychologie. Et Darwin évite particulièrement le côté psychologique. Une sorte de bataille s'engage entre James et Darwin. Mais quelque part James n'a-t-il pas déjà raison sur l'aspect psychologique des émotions ?

Et si on fait encore un saut dans le temps Aristote écrivait : *« ce ne sont pas les choses elles-mêmes qui nous troublent, mais l'opinion que nous nous en faisons »*.

Plus globalement, les Grecs et les Romains considéraient que le contrôle des émotions est plus réservé aux hommes virils, et que ce sont les femmes, les esclaves et les faibles qui les manifestent.

Beaucoup d'historiens ont cherché à démontrer qu'au moyen âge il y avait bien de bonnes raisons aux émotions. Les barbares avaient des codes pour gérer leurs émotions, et la violence, les rois faisaient preuve de colère pour impressionner leurs interlocuteurs, et passaient à des relations amicales dès que le différend était réglé. Ils se servaient bien de leurs émotions pour arriver à leurs fins.

Ensuite à l'époque moderne, il y eut un changement émotif. Les personnes qui faisaient plus ressortir leurs émotions étaient des personnes de bonne éducation, de honnête homme, de personnages faisant partie de la cour, de personnes qui pratiquaient la danse, ....

De nombreux auteurs tels que George Vigarello, un historien, mais aussi La Rochefoucauld, Descartes et Rousseau, font état du changement concernant les émotions, qui deviennent une « *composante de la vie intérieure* ». Les nombreux journaux intimes du XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècle en sont la preuve.

Notons aussi, au XVIII<sup>e</sup> siècle, que la révolution française réveille les peurs et les colères du peuple. Et Lors de la prise de la Bastille par exemple, lorsque le peuple gagne, on assiste à des manifestations de joie et de festivités. La période de la révolution fut porteuse d'émotions diverses, telles que la colère, la tristesse, et la joie. Les peuples ont appris à les appréhender et à les exprimer.

L'expression des émotions se fait aussi par les nombreux poètes à l'esprit romantique tels que Lamartine, Musset, Vigny, Baudelaire, et d'autres encore. Ils célèbrent tous l'amour, la nostalgie, la tristesse.

Les nombreuses guerres ont ensuite continué à faire cheminer les émotions dans notre civilisation.

« *L'histoire culturelle des émotions est loin d'être linéaire.* » (Mazurelle H. , 2020)

De nos jours cela est largement repris par Hervé Mazurelle dans son ouvrage puisqu'il dit que les émotions sont façonnées lorsqu'on est enfant « *on apprend à rire et à pleurer comme les gens de notre groupe* ». Les émotions sont aussi un aspect de notre société. Cela représente l'aspect social et culturel. Prenons en exemple la miséricorde qui se définit par la sensibilité au malheur d'autrui. C'est une émotion qui est apparue avec le miséricordieux. Hors, le miséricordieux a disparu de nos jours. Un autre exemple aussi, la componction, qui est la tristesse produite par les effets du repentir, la douleur et le regret d'avoir offensé dieu , eh bien cette émotion n'existe plus, enfin du moins on en entend pas parler. C'est pour moi-même une découverte.

Comme je le citais plus haut, rien n'est linéaire dans la chronologie des émotions. Elles apparaissent aussi selon les événements, soulèvent les populations, et s'éteignent ensuite ( par exemple : les attentats de Nice, ou du Bataclan, Charlie hebdo. Mais aussi comme je le disais,

des soulèvements plus festifs tels que la coupe du monde). Il y a un très fort lien entre l'histoire des mentalités et des sensibilités.

« *L'histoire des sensibilités c'est une sorte de révolution silencieuse qui avance à pas de colombe* » (A & Vigarello, 2016)

Cela veut dire que ce sont des changements que l'on ne voit pas forcément. Cette évolution est inévitable car elle est en relation avec la société qui évolue elle aussi en permanence.

On peut alors dire que les émotions sont sous l'emprise de l'histoire.

Une autre preuve de l'évolution de nos émotions avec le dégoût des odeurs. Notre perception des odeurs a bien changé depuis l'époque de Pasteur. Nous n'aurions pas supporté ce qu'ont supporté les habitants de Paris et autres villes. Je parle ici des égouts, des rues qui étaient boueuses, des excréments, des ordures ménagères. Lorsque l'on regarde un film à l'époque des chevaliers, la première chose qui nous vient à l'esprit est qu'ils ne se lavaient pas comme nous nous l'avons aujourd'hui et nous aurions eu du mal à supporter leurs odeurs corporelles. On peut aussi parler du seuil de tolérance à la douleur, à l'obscurité donc à la peur, à la vue du sang, à la mort et donc à la tristesse. Comme exemple assez représentatif, je prendrais celui de 1757 avec la mise à mort de Damiens pour avoir tenté d'assassiner le roi Louis XV. Damiens a été écartelé devant la foule sur la place au centre de la ville. Aujourd'hui c'est une chose qui ne peut exister tellement cela soulèverait des traumatismes psychiques. Les choses ont ensuite évolué, on exécutait plus sur la place publique, mais vers la sortie de la ville et ensuite dans les prisons à l'abri des regards des plus faibles, pour finir par l'abolition de la peine mort. On parle ici des seuils de tolérance à la souffrance humaine. Les événements des décennies précédentes ont beaucoup influencé l'évolution de nos émotions. Les guerres sont des façonneuses d'émotions également. Dernièrement on parlait de guerre lors de la pandémie de COVID, puis encore plus proche dans le temps la guerre à nos frontières en Ukraine, mais on peut aussi parler de la guerre 14-18, 39-45, la guerre du golfe, les massacres du Rwanda, les attentats... Tous ces événements modifient notre sensibilité.

Dans le livre « *Kaspar Hauser ou l'enfant de la nuit* », il est question d'un enfant qui a vécu séquestré de 1812 à 1827, sans jamais voir le jour, son ravisseur le nourrissait la nuit et était recouvert d'un tissu noir pour ne jamais être vu. Il n'a connu que solitude, froid, enfermement et obscurité. Lorsqu'il est sorti de cette prison, il a été recueilli, il ne savait pas ce qu'était la joie, la tristesse, la peur, le dégoût, la surprise. Il a du tout apprendre pour arriver à vivre dans notre société. L'histoire dit qu'il a même très vite appris.

De cette histoire si particulière on peut tirer une conclusion : les émotions s'apprennent. Et aussi que l'histoire des émotions, traverse l'espace culturel, social, religieux, économique, et technique. On ne peut pas mettre les émotions dans une case séparée par rapport à nos vies, l'histoire nous démontre que les émotions évoluent depuis la naissance jusqu'à la mort, et ne seront jamais les mêmes selon la personne et les épreuves qu'elle a traversé dans sa vie. Mais justement, parlons en des émotions.

#### 4.2.2 Les différentes émotions

Je vous parlais de poètes plus haut et j'aimerais commencer par ce que j'ai ressenti en lisant ce poème qui m'a interpellé tant je me suis rendue compte qu'en une seule lecture il était possible de passer par toutes les émotions. Ce poème de Charles Baudelaire, c'est un peu la relation soignant-soigné et je voudrais le partager ici avec vous. (annexe VI)

Pour faire une petite explication sur l'origine de ce poème, Baudelaire ne cherche pas à nous faire passer des émotions en écrivant ces lignes. Il cherche à nous faire prendre conscience qu'il y a du beau dans l'horrible. Il cherche à nous révéler la conception de la beauté en bousculant les représentations traditionnelles que l'on en a. On disait qu'il transformait la boue en or.

Passons maintenant aux origines du mot émotion.

Le mot émotion tient son origine du latin « *movere* » qui signifie ébranler, mettre en mouvement.

Dans le dictionnaire Universalis, les émotions sont définies comme « *Quant à l'individu en proie à une émotion, il serait « mû » par une force dont il ignore l'origine, comme une boule est mise en mouvement sur une table de billard à la suite d'un choc avec une autre boule* ». C'est une métaphore très intéressante.

Le CNTRL définit les émotions comme « *une conduite réactive, réflexe, involontaire vécue simultanément au niveau du corps d'une manière plus ou moins violente et affectivement sur le mode du plaisir ou de la douleur* »

Dans le livre d'Isabelle Filliozat intitulé « *Que se passe-t-il en moi ? Comment bien vivre avec ses émotions ?* », la définition d'émotion est une réponse physiologique à une stimulation.

« *E-motion : E = vers l'extérieur, motion= mouvement. C'est un mouvement qui sort.* »  
(Filliozat, 2001)

L'auteure parle d'un équipement de survie. Les émotions sont là pour réguler l'état interne, pour nous permettre de survivre.

Dans le cerveau, c'est le système limbique qui est responsable des réactions comportementales et émotionnelles. L'hypothalamus contrôle les réponses émotionnelles. L'amygdale déclenche les réactions émotionnelles, elle joue un rôle important dans la peur et la colère.

Notre environnement provoque une stimulations qui résulte par une émotion. Il existe 27 regroupement d'émotions, et les chercheurs ont tenté de leur donner un nom. Chaque personne utilise des termes différents.

Les six émotions primaires sont la peur, la joie, le dégoût, la tristesse, la colère et la surprise.

Selon Ekman, psychologue américain, pionnier dans l'étude des émotions, il existe même 7 émotions primaires qui sont la colère, la peur, la tristesse, le dégoût, le mépris, la surprise et la joie. Il définit ces émotions en deux groupes : les émotions positives et les émotions négatives. Sa définition de l'émotion se rapproche de celles citées ci-dessus :

« *une réponse discrète, automatique à des évènements.* » (Lecoq, et al., 2021)

Dans ce texte il est question d'une étude menée suite à la pandémie de COVID 19 auprès d'infirmières dans les Cliniques Universitaires de Bruxelles Hôpital Erasme et l'Hôpital Académique de l'Université Libre de Bruxelles. Les chercheurs ont essayé de savoir si les soignants avaient identifiés leurs émotions dans cette situation particulière et les évènements qui les avaient suscité en faisant référence au cadre théorique d'Ekman.

Il en ressort que les soignants ont ressenti différentes émotions et pas seulement celles qui sont négatives. En effet le travail en équipe a suscité de la joie. Les soignants ont aimé le travail en équipe, pouvoir apprendre aux soignants volontaires. Et oui quand je me rappelle cette période où j'ai été volontaire en réanimation, il en ressortait de la joie quand à cette solidarité qui nous unissait. Les soignants de réanimation étaient contents que nous soyons avec eux et nous ont particulièrement bien accueilli.

La tristesse a bien entendu été identifiée dans cette étude quant aux nombreux décès, et solitude des patients isolés.

La peur a également fait partie du quotidien, cette peur de transmettre le virus aux proches, mais aussi la peur d'être contaminé lors des soins.

Dans sa globalité cette étude montre que les soignants ont traversé plusieurs émotions à la fois négatives et positives. Ils les ont identifiées et les ont maîtrisées. Cela a abouti à avoir une meilleure connaissance de soi et de pouvoir affronter les situations quotidiennes.

Selon Isabelle Filliozat, le mécanisme des émotions est défini par un stimulus extérieur, par exemple un décès, qui va être interprété par l'amygdale et cela va déclencher des hormones spécifiques cela déclenche la tristesse qui est donc la réponse au stimulus. En général, la durée d'une émotion est de quelques minutes et se compose de trois temps :

La charge, la tension, la décharge. Je vais ici les détailler brièvement.

La perception du stimulus et son interprétation par l'amygdale représentent la charge. Le corps se met en tension énergétique, il cherche une solution, la fuite ou l'action. La réaction est adaptée à l'environnement.

La décharge vient ensuite et permet au corps de retrouver son équilibre.

Tous les humains sont faits de la même façon concernant les émotions, on parle d'universalité. Ce sont les mêmes muscles qui se contractent chez tous les êtres humains qui expriment la peur ou la surprise, la colère ou la joie. La seule chose qui nous différencie tous côté émotionnel, c'est notre histoire de vie, notre culture, nos rites et nos interdits.

Je vais maintenant reprendre chaque émotion primaire pour le soigné, et le soignant tout en faisant référence aux ouvrages que j'ai lus.

## La peur

Je commencerai par la peur, émotion d'anticipation, qui se manifeste quand un danger se présente. Elle mobilise tous les sens. Notre corps est prêt à réagir vite. C'est une sensation bizarre d'ailleurs car quand le danger arrive, la peur se manifeste sans que nous n'y prêtions attention et le corps parle et se met en position. La peur décuple nos forces physiques et psychiques, elle peut aussi les inhiber.

Les manifestations physiques de la peur peuvent être l'accélération cardiaque, la baisse de température, la sensation de froid, les poils qui se dressent, la chair de poule, la bouche sèche, l'estomac serré, les mains moites, le visage qui pâlit.

La décharge de la peur est le tremblement une fois que le danger est passé. Nous soignants ressentons de la peur très souvent, par exemple face à un patient agressif, face à un patient contaminé par le COVID par exemple.

Le patient ressent une peur légitime car il ne sait pas ce qui va se passer dans un avenir proche. Il vient faire un examen, par exemple une coloscopie, le médecin lui retire des polypes, et il les envoie à analyser. Le patient qui n'a jamais subi de coloscopie, ressent la peur car il ne connaît la sensation de cet examen, il n'a jamais mis les pieds dans un bloc opératoire, on va l'endormir, il a peur de ne pas se réveiller. Il a la peur du résultat dès qu'il est en salle de réveil, sa première question est en général : « *Est ce que tout s'est bien passé ??* »

Le soignant, habitué à la technique, à ses gestes quotidiens, ne pense plus à la peur lorsqu'il prend en charge un patient. Pourtant une préoccupation reste, et une grande attention se passe afin que le geste se passe bien et que le patient se réveille dans de bonnes conditions. Il se préoccupe du ressenti du patient. Alors quelque part règne toujours une peur inconsciente.

Mais peut-être que la peur ressentie par le soignant si infime soit elle est le reflet de la peur qu'a le patient.

*« ... la peur éprouvée par les soignants est la réponse de la peur que ces enfants portent en eux alors qu'ils n'ont pas les moyens d'exprimer l'état dans lequel il les met. Leur seule solution est de projeter cette peur à l'extérieur, dans l'appareil psychique de celui qui veut bien le mettre à disposition afin d'en proposer le moment venu une lecture pertinente, eu regard à la trajectoire et à l'histoire de ces enfants et de leur famille. La peur devient, comme d'autres signes ( la violence, les passages à l'acte ...), un message envoyé par le naufragé dans une bouteille à la mer, en attente d'une réponse adaptée. Cela nécessite de la part de l'équipe une bonne capacité à encaisser des événements souvent pénibles, à les mettre en attente jusqu'à ce que la compréhension (élaboration et perlaboration) soit possible à en déchiffrer le sens et à en inférer un changement de position psychique des soignants avec les petits patients en question... »* (Mercadier C. , Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital,, 2020)

## La colère

L'émotion suivante est la colère. C'est une réaction de protection. Elle est là pour réparer une frustration, une injustice, l'atteinte à son intégrité physique ou psychologique et une blessure. Elle permet à l'organisme d'être restauré. La colère peut être forte, et donner envie de frapper, de crier. Dans ce cas on parle alors de décharge. Elle peut se manifester suite à une injustice, à une parole qui nous touche au plus profond.

La colère se manifeste par une forte accélération cardiaque aussi, une importante hausse de la température, une sensation de chaleur, le sang afflue dans les mains, la mâchoire inférieure avance, les sourcils se froncent, les poings se serrent, l'envie de frapper.

Dans le livre d'isabelle Filliozat, je trouve que la description de la colère est très représentative :  
« *La colère c'est l'effort de l'organisme, qui part du centre de soi pour réparer la carrosserie. L'autre nous a fait un trou. Nous repoussons cette bosse concave, nous appliquons une force suffisante pour rétablir notre intégrité, redevenir bien rond. Nous nous occupons de notre trou, de notre manque, de notre frustration, de nos besoins, pas de l'autre !* » (annexe I à III)

La violence ne répare pas contrairement à ce que l'on pourrait penser.

Le soigné ressent aussi de la colère. Tout dans son parcours peut être synonyme de colère. Il arrive à l'entrée de l'hôpital, il y a une attente interminable, il va être en retard à son rendez-vous en consultation avec le chirurgien.

Il est à domicile, et il attend son infirmière libérale qui est en retard, il est en colère et l'exprime à celle-ci dès qu'elle passe le pas de la porte.

Il est dans un service et attend que le médecin passe pour lui faire sa sortie, ce dernier ne vient pas tôt car il était en consultations, il est en colère.

Des situations similaires je pourrais en citer encore tellement, et cette colère il la fait ressentir aux soignants à chaque fois.

Le soigné est donc de par sa situation, qu'il ne souhaitait pas, en colère d'être là...

Qu'en est-il de la colère du soignant ? Elle existe aussi, je me rappelle d'une situation que j'ai vécu et qui m'a mise en colère. J'étais aide-soignante, j'avais distribué les repas de midi aux patients de mon secteur, j'étais satisfaite de mon travail, tout était en ordre. Je refais le tour de mes chambres avant d'aller moi-même manger, et je vois une de mes patientes qui avait jeté sa

barquette de petits poids par terre, j'ai ressenti de la colère envers elle. Ce fut passager, j'ai bougonné en ramassant la nourriture, mais cette émotion s'en est vite allée, car je la patiente en question était démente ... je n'avais pas à me mettre en colère contre elle. J'en ai ris après...

## La tristesse

Je vais maintenant vous parler de la tristesse, émotion que j'ai ressentie dans la situation que j'ai vécue. Je m'attarderai donc un peu plus sur celle-ci. C'est une émotion qui est déclenchée par la perte ( d'un être cher, d'un objet, d'un lieu, d'un organe, de la santé...), une déception, un sentiment d'impuissance. J'ai ressenti de la tristesse lors de l'entretien infirmier car immédiatement j'ai pensé à cette enfant qui avait perdu son innocence à 6 ans après avoir été violée. On a enlevé à cette fillette son enfance, période qui est nécessaire à un épanouissement de la vie d'adulte. Et ce qui me rend triste dans cette situation c'est qu'elle devra vivre en ayant cela en elle, sans jamais pouvoir s'en remettre totalement

Selon le CNTRL, la tristesse se définit comme « *une réaction douloureuse en présence d'un mal que l'on ne peut fuir ou en l'absence d'un bien dont on éprouve la frustration.* »

J'étais bien en présence d'un mal qui a été infligé à cette jeune fille dans son enfance, et je ne pouvais le fuir. La frustration que son enfance n'ai pas été heureuse

En lisant le livre de Charline « *Bonjour c'est l'infirmière ! « tous mes patients ont une histoire .»* » je me suis rendu à l'évidence que le métier d'infirmière libérale est encore plus riche en émotions si je puis dire. En effet, dans ce livre Charline nous raconte sa tournée d'infirmière en campagne. Chaque jour elle raconte ce qu'elle vit et ressent avec ses patients. Bien souvent, après un soin et après que les patients se soient épanchés de leurs souffrances et leurs angoisses, Charline se retrouve seule derrière le volant de sa voiture. Elle a très peu de temps pour se recentrer, pour ranger ses émotions dans un petit casier de sa tête sans que cela ne vienne perturber le patient suivant. Elle ne doit rien laisser paraître. Elle parle d'ascenseur émotionnel. Il faut prendre soin sans se perdre soi-même. Charline est à la merci d'une grande vulnérabilité, surtout quand elle soigne une femme de son âge qui vient de perdre son enfant.

Lors d'une tournée, une infirmière libérale peut apprendre le décès de son patient, qu'elle va voir chaque jour. Mais sans jamais laisser paraître, elle s'engouffre dans sa voiture et souffle trois fois à fond, c'est sa façon de décharger cette tristesse.

Il faut trouver des moyens de ne pas se laisser envahir, la musique à fond, appeler une collègue, souffler un bon coup, ... Et l'infirmière libérale n'a pas toujours de collègue qui est disponible pour pouvoir parler de ces moments lourds en émotions. Alors elle rentre chez elle le soir et pleure. Le matin la tournée reprend, comme si un coup de vent était passé sur la journée précédente. La soignante doit continuer et faire face.

Dans le livre « *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital* » de Catherine Mercadier, la tristesse est souvent liée à la mort ou au fait que la personne soit jeune. Il est question également de l'identification, par exemple, « *elle a le même âge que mes enfants* » ou encore « *il a la même profession que mon mari* »

Le problème avec la tristesse qu'elle emble plus contagieuse que les autres émotions. Souvent elle donne lieu à des larmes, et ce sont les larmes qui sont contagieuses. En plus nous les femmes nous sommes peut-être plus sensibles que les hommes. La tristesse est encore plus présente dans des services où les patients ont été hospitalisés longtemps avant de mourir. Et malgré le fait que les soignants expriment le fait de bien supporter les décès, il n'en est pas moins qu'ils pleurent souvent que cela survient. Il est donc bien question d'une émotion très forte quand on parle de tristesse.

Il y a un film qui m'a particulièrement touché et qui parle des émotions des soignants, c'est le film de Emmanuel Bercot, *De son vivant*, avec Benoît Magimel et Catherine Deneuve entre autre. J'ai regardé ce film en partant en vacances en août, mais ce n'était pas dans l'intention de m'en servir pour ce mémoire. C'était plus particulièrement par rapport à l'acteur que j'apprécie beaucoup. Je savais quand même que ce film était riche en émotions.

« *Benjamin (Benoît Magimel), professeur d'art dramatique, la quarantaine, est atteint d'un cancer du pancréas, stade 4. Sa mère, Crystal (Catherine Deneuve), l'accompagne en consultation dans le cabinet du docteur Eddé (joué par Gabriel Sara, oncologue dans la vraie vie), un cancérologue convaincu de la nécessité de dire à ses patients la vérité. Il annonce à Benjamin que sa maladie est incurable. Benjamin va devoir apprivoiser l'idée de sa propre fin, résoudre certaines questions, trouver les mots à dire, les gestes à accomplir avant de partir, bref, "ranger son bureau", comme le lui suggère avec une douceur infinie le docteur Eddé.* »  
("De son vivant" : Benoît Magimel magistral dans un film bouleversant sur la fin de vie, 2021)

Les équipes soignantes qui prennent en charge ce patient sont conscient de leur vulnérabilité et de leurs émotions, ils en parlent ouvertement lors de réunions pluridisciplinaires. Dans ce film l’infirmière et le médecin ne peuvent s’empêcher de montrer leurs émotions envers Benjamin, un homme jeune atteint d’un cancer du pancréas. Ils cherchent des solutions, et le fait de les extérioriser les aide. Ce film démontre bien la vulnérabilité des soignants face à la maladie et à la mort. Il démontre aussi qu’ils prennent en compte leurs propres émotions et qu’ils arrivent à prodiguer les soins nécessaires sans s’effondrer devant le patient.

Le film commence par une réunion de l’équipe dans un service oncologie. Lors de cette réunion, les soignants parlent de leurs émotions.

*« Récit du parcours d'un homme à l'approche de la mort, De son vivant est aussi la chronique d'un service hospitalier qui se frotte au quotidien aux problématiques de la fin de vie. Le film s'articule autour de la personnalité du docteur Eddé, un médecin sensible, humaniste, courageux, dont la bonté et le courage contaminent tout le service ».* ("De son vivant" : Benoît Magimel magistral dans un film bouleversant sur la fin de vie, 2021)

Le Docteur SARA est le chef d’orchestre de cette réunion, il est médecin dans la vie et joue son propre rôle. Il leur demande d’exprimer leurs émotions par rapport à une situation vécue par l’un d’entre eux. Ils chantent ensuite, c’est comme une sorte d’extériorisation de ces moments difficiles. Chaque soignant est invité à parler de son ressenti sur les situations quotidiennes.

*« Le professeur Sara, dans la vie oncologue américain connu pour son humanité et ses méthodes de soin par la musique, impose un tempo et une mélodie joyeuse et singulière à ce film bouleversant ».* (Laurence, 2021)

Le film se déroule dans un service de cancérologie. L’idée ici n’est pas de vous raconter le film, mais de vous inviter à le regarder si cela n’est pas déjà fait. De plus cela pourra vous offrir une pause dans la lecture de mon mémoire. Tout ce film est basé sur les émotions.

Benjamin, vulnérable par sa pathologie incurable et son jeune âge provoque les émotions et la vulnérabilité des soignants de l’équipe.

Lors des réunions, les soignants expriment leurs émotions, leur vulnérabilité, ils ont honte de pleurer. Le médecin a toujours le mot juste, et explique à son équipe que l’émotion du soignant

c'est donner au patient la permission d'exprimer les siennes. Mais il ne faut pas perdre le contrôle de celles-ci.

Dans ce film il est question d'émotions incontrôlables qui surgissent dans cette situation. Chacun essaie d'y faire face, de s'en servir, de les surmonter à sa manière

Nous regardons la souffrance, la tristesse, la maladie, la mort en essayant de ne pas montrer que nous souffrons avec eux. Dans ces services tels que l'oncologie, et les soins palliatifs, la charge émotionnelle est encore plus importante qu'ailleurs. Comment fait-on pour surmonter cela ? cela nous rend-il plus fort ou plus vulnérable ? Quand on regarde ce genre de films, on ne peut pas se dire « non c'est pas moi ça , je suis fort ! » Certes c'est un film mais il relate bien la vérité à mon goût.

J'ai pu discuter avec une Infirmière anesthésiste, lors de mon stage, sur son avis sur les émotions des soignants. Et elle m'a confirmé que nous étions dans l'émotion à chaque instant de notre pratique mais que nous nous refusions de le montrer.

Nous ne les montrons pas, nous composons avec.

Concernant le patient, il est évidemment en droit de ressentir de la tristesse. Il la manifeste en pleurant très souvent. Il est triste d'être hospitalisé, de ne pas être chez lui, avec les siens. En plus se rajoutent les problèmes de la vie quotidienne qui ne sont pas gérés. Les enfants des patientes leur manquent...Le soigné lui aussi, parfois, peut ne pas montrer sa tristesse. Il est gêné de pleurer devant des personnes qu'il ne connaît pas.

## Le dégoût

Synonyme de rejet, le dégoût est une émotion souvent présente dans notre quotidien. Nous sommes confrontés aux excréments, à la vue du sang, aux odeurs nauséabondes, au vomis, ....

Le centre national de ressources textuelles et lexicales apporte cette définition du dégoût :

*« Le cœur réagit par la méfiance ainsi que le corps réagit par le dégoût. On a noté que les mêmes objets, les mêmes odeurs, qui soulèvent le dégoût quand ils viennent d'autrui, ne l'éveillent plus quand ils viennent de nous, et même suscitent notre intérêt : comme si le corps déjà s'aimait organiquement et détestait – parce qu'il redoute. » (Mounier, 1946)*

On peut parler d'euphémisation des émotions dans ce cas. Le soignant utilise des descriptions faites de vocabulaire médical.

« *cette patiente avait une colostomie, elle était œdématisées, elle avait une alopecie, elle avait trente ans...* » . (Mercadier, 2020)

L'utilisation de ces termes médicaux signifie une mise à distance, un moyen de défense.

Et en réfléchissant à mes pratiques, je me rends compte qu'en effet, je ne dis pas la plaie a coulé, mais le pansement a coulé. Ou bien encore je ne dis pas c'est écœurant, ce mot n'a pas sa place. Une des situations les plus difficiles à vivre que j'ai eu fut de prendre en charge un monsieur atteint d'un cancer de la bouche. Cela avait provoqué un trou béant au niveau de son menton et l'odeur était insoutenable. Je me refusais de lui montrer ce mal être que je ressentais à en avoir des nausées. Il était déjà dans un état tellement faible, que lui infliger ce que je ressentais m'était impossible. Je parfumais donc mon masque avec de l'huile essentielle. Il est difficile d'admettre qu'un soignant peut ressentir du dégoût.

Les patients quant à eux, nous parlent souvent du dégoût qu'ils ressentent à l'idée que nous fassions cette profession. Ils nous disent souvent « *Je ne sais pas comment vous pouvez faire ce métier* ». Cela à mon avis vient du fait que nous soyons en contact et à la vue de certains liquides physiologiques, et cela venant d'eux, ils pensent que nous ressentons du dégoût, ce qui rejoint la citation plus haut sur le fait que ce qui sort d'autrui nous fait ressentir du dégoût. Mais nous sommes tous fait de la même façon.

### La joie, le plaisir

Cette émotion est également présente pour les soignants. La joie et le plaisir sont souvent liés au soin relationnel. Quand le relationnel est agréable, positif, respectueux, la base est installée et le soin ne peut que bien se passer.

Il se peut aussi que le plaisir soit lié à la réussite d'un acte technique, ou tout simplement au fait de ne pas avoir fait mal au patient en faisais le pansement ou un bilan sanguin. Certaines infirmières en donnant des soins à des patients mourants ressentent un plaisir car elles leurs offrent de la douceur et du bien-être. On peut aussi parler de satisfaction à avoir fait un pansement particulièrement difficile.

Dans mon quotidien, j'ai pu ressentir des moments de satisfaction, une explication claire et compréhensible, le fait de rassurer un patient aussi, un sourire sur un visage ... Je me souviens d'un moment de joie extrême, lorsque j'étais en renfort en réanimation lors de la première vague de COVID, et que l'un des patients de mon secteur est sorti, quelle joie et quel bonheur de le voir quitter le service.

Dans la situation d'appel cette émotion m'a atteint quand j'ai su le lendemain que la jeune fille était observante, j'ai suivi son parcours jusqu'à la fin de mon stage et en lisant les transmissions, je me sentais beaucoup moins triste pour elle car elle avançait petit à petit. Mais cela tout en sachant que bien sur sa vie serait à jamais bouleversée.

En général, les soignants parlent peu de joie ou de plaisir ressenti dans le rapport au corps malade.

*« la joie et le plaisir sont des denrées rares à l'hôpital ; ils semblent être insuffisants pour compenser un vécu émotionnel rempli de dégoût, de honte, de colère, de peur et de tristesse... »*  
(Mercadier, *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, 2020) p 68

## La surprise

La surprise est une émotion brève que l'on ressent face à quelque chose d'inattendu. La réaction physique peut être les yeux qui s'écarquillent, la bouche ouverte (bouche bée), les sourcils qui se froncent, le rythme cardiaque accélère, le souffle est coupé. Elle laisse ensuite place à d'autres émotions comme la joie, la tristesse, la peur.

C'est une émotion particulière car au contraire de la joie qui est une émotion positive, et de la peur qui est une émotion négative, la surprise peut être soit l'un soit l'autre, tout dépend de son contenu. La surprise de découvrir un patient qui a chuté dans sa chambre et qui est inanimé provoquera une émotion de peur, la surprise de découvrir une assiette de petits pois entièrement renversé au sol par une patiente provoquera la colère, la surprise d'assister à une consultation où l'annonce de la rémission d'un cancer provoquera la joie.

Le soignant ressent-il de la surprise dans sa pratique quotidienne ? Dans la situation d'appel, ne fusse pas au départ de la stupeur, de la surprise d'entendre le vécu de la jeune femme qui a ensuite provoqué cette tristesse ? Puisque la surprise est très brève et qu'elle laisse place à une émotion comme défini plus haut.

De toute ces recherches sur les émotions, leur véritable définition, la façon dont elles émergent, il m'est venu une réflexion sur celle que j'avais vécu dans la situation. Certes oui ma réaction a été de pleurer, ce qui traduirait la tristesse. Mais après avoir regardé la définition de la tristesse, il m'est apparu que je n'avais pas perdu quelqu'un ou quelque chose ce jour-là. Et je me suis remémorée une phrase que j'avais dit en attendant Mildred :

« *Comment peut-on faire cela à un enfant ?* »

L'émotion que j'ai ressentie après réflexion, était en fait de la colère. La colère envers celui qui avait détruit la vie de cette enfant en la violant.

Alors je suis en mesure de dire que lorsque nous vivons une situation qui provoque une émotion, nous l'accueillons dans un premier temps comme elle est, nous avons une réaction ensuite, mais il est nécessaire de l'identifier vraiment ensuite et de continuer à avancer avec afin de pouvoir prendre en charge le patient.

#### **4.2.3 La maîtrise des émotions, ou l'intelligence émotionnelle**

Je reprendrai la citation de Vincent Van Gogh :

« *N'oublions pas que les émotions sont les grands capitaines de nos vies et qu'à celles-ci nous obéissons sans le savoir* » *Lettres à son frère Théo*, Gallimard, 1888, p. 517.

Il ne parle pas ici de refuser ses émotions mais de les accepter et de vivre avec elles. Elles sont le capitaine.

Cette citation donne toute son importance à ce que qu'est la définition de l'intelligence émotionnelle :

« *De façon très simple, on peut définir l'intelligence émotionnelle comme une capacité à percevoir les phénomènes émotionnels (les nôtres et ceux des autres) pour comprendre les situations humaines et réagir de façon appropriée* ». (Golleman, 2004)

L'intelligence émotionnelle est nous permet d'identifier nos émotions. On peut ainsi mieux comprendre de qui se passe en nous. Elle nous permet de ne plus réagir de la même façon. C'est un outil.

Selon Mayer et Salovey, respectivement étudiant post doctoral à l'université de Yale et son professeur, l'intelligence émotionnelle c'est « *l'habileté à percevoir et à exprimer les émotions, ainsi qu'à réguler les émotions chez soi comme chez les autres* ». (Launet & Perez Court, 2021)

Nous utilisons l'intelligence émotionnelle sans le savoir dans les situations quotidiennes, elle nous permet de nous servir de nos tensions et nos émotions. L'acceptation de ces dernières va permettre de bien réagir.

Dans la plupart des métiers qui impliquent un contact humain, les émotions sont le centre.

Alors il est normal que le soignant maîtrise ses émotions. Mais pourquoi ? Il y a trois objectifs à cela :

Ne pas provoquer d'émotion chez le patient,

Ne pas se laisser envahir lui-même,

Ne pas le montrer aux autres soignants.

Le patient ne doit pas être inquiet, il l'est déjà naturellement de par sa situation même si tout est fait pour le rassurer tout au long de la prise en charge.

Le fait de ne pas se laisser submerger par les émotions, vis-à-vis de ses collègues représente une partie importante, comme le dit Catherine Mercadier.

*« il s'agit de prouver à sa communauté qu'elle ne l'a pas quitté pour celle des malades... » (Mercadier, Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital, 2020)p 202*

Ce sont deux monde bien différents que celui des soignants et celui des malades, et chacun ne doit pas passer dans l'autre monde. Contrairement à la vulnérabilité, où l'on se retrouve dans « *le bassin de la vie au côté du malade* » selon Christian Loehlé, il y a bien deux « *bassins* » concernant les émotions : celles du soignant, et celles du patient.

La maîtrise des émotions est essentielle aux yeux du soignant.

*« la pensée médicale par sa façon rationnelle d'appréhender le corps malade, de la construire contribue à produire et maintenir cette norme de neutralité émotionnelle » (Mercadier, Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital, 2020) P 203.*

*Les infirmières sont plus longtemps au chevet du patient que le médecin. Et plus on monte dans la hiérarchie et moins les professionnels passent de temps avec le patient. Alors qu'il est si important de passer du temps avec eux afin de mieux comprendre leurs émotions. Dans ma*

pratique d'aide-soignant, on m'a toujours dit que le moment de la toilette était propice aux confidences, que ce moment est un moment privilégié. (Mercadier C. , Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital, 2020)

Et inconsciemment les soignants mettent en place des stratégies pour se protéger de ce danger que représente l'émotion du patient. (Mercadier C. , Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital, 2020)

Martine Schachtel est une infirmière qui raconte sa profession dans son livre « J'ai voulu être infirmière ».

« l'infirmière doit savoir retenir discrètement ses émotions, ne pas laisser paraître la peur l'angoisse, le dégoût, la pitié. » (Schachtel, 1991)

« quand les soins avaient un caractère plus médical ça me gênait moins ; sonder une personne, c'était un soin beaucoup plus spécialisé, j'étais une technicienne et à la limite la personne n'existait plus. La technique ça me protégeait beaucoup, mais la toilette il n'y avait rien qui me protégeait, c'est plus intime. » (Schachtel, 1991)

Il existe donc bien des moyens de se protéger, de canaliser ses émotions dans la profession de soignant. Lorsqu'on se concentre sur un geste technique, on ne pense plus au côté corporel, émotionnel. Même la toilette, dans son apprentissage est très ritualisée et protocolisée. Lorsque l'on apprend à faire une toilette, on pense à ce « protocole », au nombre de gants, à l'ordre dans lequel on exécute les gestes, au respect de l'hygiène et souvent on oublie le côté relationnel où les émotions sont très présentes.

« Les soins techniques permettent de masquer l'abord direct du corps : se concentrer sur un geste technique, médiatiser le toucher détourne l'attention du corps. Si le protocole n'opacifie jamais complètement le regard du soignant, il le met à l'abri du regard du malade : le soignant devient un professionnel du soin et n'est plus – comme l'aide-soignante pendant la toilette – dans un simple rapport corporel. La toilette un soin apparemment très simple, qui pour un bon nombre de soignants relève du bon sens, est elle aussi très protocolarisée. La ritualisation de la toilette est un exemplaire de la ritualisation de l'ensemble des soins infirmiers. » (Mercadier, Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital, 2020) P 209

Un autre moyen de maîtrise de ses émotions pourrait être le rire, l'humour. Le rire arrive quand la situation est gênante, pesante. C'est un moyen de contenir sa peur, son angoisse. Mais attention il ne doit pas finir par être considéré comme un façon de se moquer de la part du patient car cela déclencherai l'agressivité de ce dernier.

Le rire est aussi utilisé à la confrontation de la mort.

*« le rire vient toujours à la place d'une émotion pénible. Il a bien une fonction d'épargne psychique : peur, honte, colère sont des émotions qui éprouvent celui qui les ressent, qui laissent parfois une empreinte dont il est difficile de se débarrasser. L'humour permet de les court-circuiter. »* (Mercadier, Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital, 2020). P 220

Marie Delhaye et de Françoise Lotstra, dans « *soignant soigné un rapport complexe. Une réflexion « chemin faisant » quant au statut émotionnel du soignant* » reprennent les différents stades par lesquels les soignants passent depuis la formation en IFSI.

Les soignant ne font pas ce métier par hasard. Il y a quelque part le passé qui intervient dans ce choix. Il existerait des blessures qui restent ouvertes chez les soignants. Il serait alors question de se guérir soi-même en tant que soignant de nos blessures passées.

Les différentes étapes par lesquelles le soignant passe sont au nombre de quatre : L'immersion, l'empathie souffrante, la mise à distance, la maturation ou maîtrise. Je vais ici les détailler.

L'immersion commence en formation dès la confrontation au premier stage. Les pathologies et patients auxquelles le stagiaire est confronté soulèvent des émotions.

*« L'acteur en formation entre dans une pseudo- empathie qui en réalité le déstabilise quelque peu, il risque alors de se retrouver sollicité de manière excessive par sa propre subjectivité en effervescence. »* (Delhaye & Lotstra , 2007)

Le soignant en formation effectue ses choix par rapport à son propre état de conscience. Il est envahi par ses propres émotions ce qui lui vaut le terme de « *pseudo empathie* ».

Le stade suivant est l'empathie souffrante. C'est toujours une difficulté de maîtriser ses émotions, mais le soignant essaie de se centrer sur le soigné. La relation soignant soigné n'est pas encore effective. Cette période reste difficile. C'est à ce moment que se mettent en place les moyens de défense.

*« ... Ils se heurtent à de puissantes défenses... une soignante ne doit pas se plaindre... Défensive, elle peine à vivre sa relation avec le patient. » (Delhay & Lotstra , 2007)*

Selon Véronique Grangean et Cécile Bolly, les émotions sont des parasites dans la relation à l'autre. (2004)

« ... Il faut pouvoir « s'en désemparer ». Il y a des souffrances qui sont comme des « passagers clandestins au cœur de nous-mêmes ». «Ces émotions sont à l'origine de mécanismes de défense (fuite en avant, agressivité, burn-out, évitement) ; elles parasitent notre relation à l'autre »

La mise à distance, étape suivante dans la vie du soignant, signifie la mise en œuvre des moyens de défense. Le soignant se concentre sur ses actes techniques par exemple, il peut aussi en changeant de service aller vers des postes où la technique prime sur la relation. La relation au patient se résume au minimum. On s'éloigne alors de la prise en charge globale du patient, en tenant compte de son psychisme, et de l'acte à accomplir. Les états d'âme du patient sont complètement ignorés.

« Goffman parlait donc avec raison dans ce type de contexte du malade-objet ... fût-il porteur de stratégies du possible. Ce sociologue parle notamment de la coupure interne entre le personnel et les malades. « Les soignants vivent dans un conflit qui oppose les préoccupations humanitaires et l'efficacité de l'institution ». (Delhay & Lotstra , 2007) P 55

Le stade de la maturation, enfin représente une maîtrise. C'est un retour dans l'hôpital du côté humain, le patient n'est plus un objet. Il est question de tenir compte de ce qu'il pense, de ses souffrances. Le relationnel prend alors tout son sens. Il y a une prise de conscience de l'aspect trop technique de l'hôpital.

« Freud déclarait dans un second temps qu'il fallait « endiguer les maux qui nous frappent... atténuer les souffrances... s'engager dans de nouvelles voies thérapeutiques, ... » (Freud, in Bettelheim, 1984). Le père de la psychanalyse insistait alors plutôt sur le « sang-froid » du médecin maîtrisant son émotion. A la fin de sa vie, il fait observer que « le point de vue du patient est essentiel... ce n'est pas le regard mais l'écoute qui prévaut... ». (Freud, in Bettelheim, 1984). On est donc à la recherche d'un sens pluriel qui inclut aussi la subjectivité du patient. » (Delhay & Lotstra , 2007)

Après avoir réfléchi de mes lectures, et de mon vécu, il apparaît que je ne suis pas une novice dans le soin, depuis 11 ans j'exerce dans ce milieu, et en me remémorant des situations complexes émotionnellement, je comprends que je reviens au stade de l'immersion à chaque nouvelle situation. Celle que j'ai vécu lors de mon stage était nouvelle, je ne l'avais jamais rencontrée, elle m'a frappé. Et les nombreuses autres que j'ai vécu dans mon exercice c'était pareil. Il me vient donc à l'esprit que nous, soignants revenons au stade de l'immersion à chaque situation et avançons en prenant en compte celles vécues avant et la façon avec laquelle nous avons géré nos émotions. Le cheminement est donc toujours le même du début à la fin de la carrière professionnelle.

### 4.3 La relation soignant-soigné

#### 4.3.1 La relation

Selon le grand Robert, 2009, la relation se définit comme suit :

*« ... une activité ou une situation dans laquelle plusieurs personnes sont susceptibles d'agir mutuellement les unes sur les autres. C'est un lien de dépendance ou d'influence réciproque. Elle repose sur les modalités pratiques concrètes par lesquelles deux ou plusieurs personnes communiquent ou se fréquentent. Enfin elle est ce qui, dans l'activité de l'être vivant et conscient, implique une interdépendance, une interaction avec un milieu. »*

Pour parler de la relation soignant-soigné et introduire le concept ma référence de base est un livre intitulé « *Les essentiels en IFSI, psychologie, sociologie, anthropologie, unité d'enseignement 1.1* ». Je vais définir avec cet ouvrage les bases telles que la relation et la relation soignant-soigné.

C'est une relation singulière car les deux êtres qui se rencontrent sont uniques. Cette relation prend tout son sens selon le contexte. Elle peut être amoureuse, amicale, familiale, thérapeutique, ou de soin. L'être humain est un être social qui a besoin de relation. Sans celle-ci, on parle alors de souffrance.

Pour preuve, je reprendrais la pandémie qui a isolé chacun de nous et qui a eu des conséquences sur le psychisme des populations dans le monde.

La relation soignant-soigné

Commençons par une définition :

*« La relation soignant–soigné est une rencontre singulière, imprévisible, asymétrique et inégale. Elle se construit autour d’un double langage particulièrement complexe, celui du corps et de la parole. »* (Tribonnière, 2016)

Lorsque l’on pense relation soignant-soigné on pense immédiatement dépendance. La dépendance peut résulter d’une altération de l’état physique, psychique ou environnementale. C’est donc qu’il y a perte d’autonomie, avec possible restauration par le soignant. La relation d’aide et de soin s’instaure alors.

Rogers définissait la relation de soin comme un « catalyseur du développement de la personne. »

*« La résilience ne peut naître, croître et se développer que dans la relation à autrui. »* (Vasseur A & Cabié, 2005)

Dans la relation de soin un code est prédéfini. Le soignant, porte une blouse, a un savoir, des compétences. Chacun a un rôle précis. C’est une relation qui est conventionnelle par la présence de normes, d’un statut, de ces rôles prédéfinis.

Monique Formarier, dans son article « la relation de soins, concepts et finalité » parle de la transmission des savoirs de soignants en soignants, tout en ne sachant pas identifier les différents concepts. Elle reprend le concept de relation soignant soigné dans sa généralité. Elle parle aussi de la différence entre interaction et relation.

La relation est un élément central de la profession de soignant. « fondement de la guérison du malade. » (Isnard, 2017)

*« La relation de soin est à la fois informationnelle, et émotionnelle »* (Isnard, 2017)

Il est vrai que lorsque l’on interfère avec un patient, un échange se crée, le soignant informe, agit, un partage se crée et ce partage d’émotions arrive.

Pourtant, on constate que depuis quelques années les infirmières sont de moins en moins au près du patient, trop occupées par des tâches administratives et une pression institutionnelle croissante. La technique a pris de dessus sur le relationnel par obligation de temps. Mais l'infirmière n'a pas perdu sa dimension humaine, je ne compte plus le nombre de fois où j'entends une infirmière dire qu'elle aimerait passer plus de temps avec ses patients.

Dans notre formation, nous apprenons la technique en stage au contact de nos pairs, plus expérimentés. Pour ce qui est de la relation soignant soigné, c'est moins facile de l'apprendre avec un autre soignant, car comme le dit la définition, chacun est différent. Chaque soignant aura un relationnel différent, avec le patient qui lui sera aussi différent de tous les autres. D'où le terme de singularité dans cette relation. C'est peut-être pour cela que depuis quelques temps on constate que les formations sur les soins techniques sont moins nombreuses et celles sur les relations se développent. (exemple : la gestion de l'agressivité).

La relation soignant soigné à certains aspects conventionnels, selon le type d'entretien. On part de la base d'un protocole, mais elle devient après non conventionnelle car le patient a ses propres émotions et son propre chemin de vie qui font de lui un être unique. Tout comme le soignant.

On peut alors se poser la question de la différence entre la relation et l'interaction. La différence entre les deux est de l'ordre des facteurs cognitifs et émotionnels.

*« La notion d'interaction suppose une mise en présence concrète de deux personnes qui vont développer entre elles une succession d'échanges ; la notion de relation est plus abstraite et désigne une dimension de sociabilité humaine... elle révèle des facteurs cognitifs et émotionnels à l'œuvre »* Fisher 1996. (Formarier, 2007).

Parfois, il s'agit d'interaction entre le patient et le soignant, il est important de faire la différence. La définition de l'interaction est la suivante :

*« ... relation interpersonnelle entre deux individus au moins par laquelle les comportements de ces individus sont soumis à une influence réciproque, chaque individu modifiant son comportement en fonction de la réaction de l'autre. »* Interaction. (Edmond Marc, 2002)

La relation est appropriée à la situation de soin.

Cette relation soignant soigné est asymétrique par ses représentations, ses statuts, et le rôle que chacun joue, le soignant et le soigné. Elle existe par la blouse blanche, le savoir du soignant, par l'institution.

Le soigné arrive dans un monde inconnu où le soignant lui est dans son élément. La nécessité de rétablir la symétrie se pose. Le soignant, humain, fait d'émotions et de vulnérabilités, chemine avec le soigné. Il l'aide, le soutient, il restaure son autonomie perdue par sa situation. S'instaure parallèlement la relation de confiance.

La définition de la confiance est la suivante :

*« elle renvoie à l'idée qu'on peut se fier à quelqu'un ou à quelque chose. Le verbe confier ( du latin confidere :cum, « avec » et fidere « fier ») signifie, en effet qu'on remet quelque chose de précieux à quelqu'un en se fiant à lui et en s'abandonnant ainsi à sa bienveillance et à sa bonne foi. » (Vasseur A & Cabié, 2005)*

Cette relation implique empathie et authenticité. La relation d'empathie est une relation utilisée par le soignant pour essayer de saisir les émotions qui composent le patient. Il cherche à les comprendre en faisant comme si il était le patient, sans jamais perdre de vue le « comme si ». L'authenticité c'est l'accord interne entre ce qu'est le soignant et ce qu'il perçoit, pense, ressent, ce qu'il a comme intention et ce qu'il communique. Le soignant doit savoir ce qu'il est réellement au fond de lui. Il doit reconnaître ses émotions, il doit savoir les partager et les analyser. Tout cela procure de la confiance à la personne soignée.

Tout en instaurant une relation de confiance, le soignant instaure une relation d'aide. En effet le but est d'aider le patient à restaurer son autonomie. Cette relation se fait au fur et à mesure. Elle commence par le prise de contact, les civilités. Ensuite se fait la relation d'investigation, le soignant fait connaissance avec le soigné lors d'un entretien d'accueil, il effectue un recueil de données. A partir de ce moment, les émotions entrent en jeu dans la relation. Malabeuf avait identifié ces étapes dans la relation d'aide.

Le soignant peut ne pas aller dans le rétablissement de la symétrie mais cela mettrait en péril la relation. Le patient se sentirait considéré comme objet de soin et non sujet de soin. Pendant des années, l'école de Virginia, Henderson a primé. Cette pionnière des soins infirmiers avait mis en avant le concept de ses quatorze besoins à couvrir. Hors on ne peut se limiter à ces seuls besoins et donc à ce seul concept. La ritualisation et le manque de relation devenait un danger.

Au-delà des quatorze besoins, inspirés de la pyramide de Maslow, se cache un autre besoin du patient qui ne peut se résoudre sans relation de confiance.

A la conception de Henderson, on peut alors ajouter le concept de Jean Watson : « le caring » 1979. Cette docteure et professeure des écoles en sciences infirmières américaine qui prône l'intégration de l'aspect humain et interpersonnel aux soins. Le « care » intervient quand le soignant rencontre le soigné. Ils ont tous deux leur histoire de vie, et en tiennent compte. Ce concept est l'inverse du « cure », qui lui représente l'aspect curatif, la guérison, l'absence de maladie.

A ces deux concepts, celle de Combs (1976) et Fawcett (1995) peut aussi jouer en la faveur de la relation soignant soigné. En effet, le soignant agit selon ses représentations et son interprétation. La compréhension du comportement du soigné est alors plus facile et permet une meilleure réponse à sa demande.

De mon point de vue, les deux premiers concepts de Watson et Henderson, sont des champs inévitables pour une meilleure prise en charge du patient et une meilleure relation. L'un ne va pas sans l'autre. Le seul concept de Virginia Henderson ferait de nous des soignants robots exécuteurs. Concernant le patient, cette considération fait de lui un acteur de sa prise en charge, il n'a plus non seulement des besoins mais il a des ressources dont nous prenons connaissance dès le début de la relation.

Le soignant doit être porteur de compétences, et de connaissances, il doit être à la fois humain, et ouvert, ainsi qu'empathique. Dans les différentes relations qui sont possibles telles que la relation de civilité, la relation d'empathie, la relation d'aide, le counseling, la relation thérapeutique, la relation d'éducation, et celle de soutien social, tous ces types de relation sont possibles d'entrer en jeu dans la relation soignant soigné.

Pour finir concernant mon cadre de référence, il m'apparaît que le terme relation soignant-soigné renferme plusieurs aspects. Il s'impose dans la relation soignant-soigné que chacun ait connaissance de la vulnérabilité dont il est pourvu afin que cette relation se fasse et se passe dans les meilleurs conditions, mais aussi cette relation est synonyme d'échanges émotionnels.

Emotions et vulnérabilité sont des composantes inévitables de la relation soignant-soigné.

## **5. Enquête exploratoire**

### **5.1 méthodologie**

En ce qui concerne la méthode exploratoire, j'ai choisi de réaliser une enquête qualitative qui s'est déroulée à l'aide d'un entretien semi directif avec des soignants individuellement de différents services.

Pourquoi une enquête qualitative ? Car le but de ma recherche n'est pas de faire ressortir des données chiffrées, ou quantitatives, sur les émotions des soignants et leur vulnérabilité. Il aurait été facile de dire que tant de pourcentage de soignant se sentent vulnérable, mais savoir en quoi et pourquoi ils se sentent vulnérables est nettement plus important.

J'ai choisi l'entretien semi directif afin de permettre aux soignants de me parler de situations vécues, ou de situations qui susciterait des émotions ou leur vulnérabilité.

### **5.2 L'enquête qualitative**

Cette enquête est une méthode qui permet de collecter puis de comprendre un comportement, une motivation, des caractéristiques, des attitudes. Elle permet de collecter des données verbales, et non des quantités mesurables. Elle présente un aspect plus humain que la méthode quantitative. Elle va me permettre de faire émerger des hypothèses.

Concrètement ce mode exploratoire va me permettre d'identifier si les soignants se savent vulnérables et de repérer leur comportement face à leurs émotions et à la question de la vulnérabilité dans la relation quotidienne qu'ils ont avec les patients.

### **5.3 L'entretien semi directif**

La méthode d'interrogatoire est basée sur une question inaugurale large au départ. Selon les réponses à cette question, j'ai pu rebondir sur d'autres qui concernent mon cadre de référence.

Je suis partie d'un thème qui a ensuite déterminé mon intention et j'ai formulé la question. Par exemple, concernant la vulnérabilité qui est le premier thème, mon intention est de savoir si les soignants se sentent vulnérables, s'ils en ont conscience.

Ma question sera donc : Pensez-vous être vulnérable dans l'exercice de votre profession et pour quelles raisons ? Pouvez-vous me parler d'une situation où vous vous êtes sentis vulnérable ?

Les réponses à ces questions sont libres. Cela me permettra de comprendre de manière globale le sujet étudié et de relancer la personne interrogée sur un mot.

#### **5.4 L'objectif de la recherche**

L'objectif de cette méthode est de découvrir s'il y a des secteurs où l'approche émotionnelle est différente. Mais aussi si les différentes expériences professionnelles apportent une aide au niveau de la gestion des émotions. Il était aussi question d'identifier les méthodes et réactions des soignants face à leurs émotions. J'ai pu me rendre compte si les soignants interrogés sont passés par différentes phases d'acceptation de leurs émotions et de leur vulnérabilité. En ont-ils conscience et s'en servent-ils ?

Enfin il sera question de savoir comment ils font face à leurs émotions comment cela se passe quand ils doivent prendre en charge leurs patients.

### **6. Les différents soignants interrogés**

J'avais choisi de m'entretenir avec huit soignants, et finalement je n'en ai rencontré que sept. La raison est uniquement due au fait que déjà au cinquième entretien j'avais compris que les soignants parleraient tous de la même façon. Il est question également d'une contrainte de temps. Pour les raisons d'anonymat, toutes ces personnes portent des noms factices.

Je vais vous présenter les entretiens dans l'ordre où ils ont été réalisés. Je vous explique plus bas ce qui m'a motivé à choisir ces soignants plutôt que d'autres. Enfin vous remarquerez que

mes entretiens ne portent pas essentiellement sur des infirmiers, mais tous soignants confondus car la thématique abordée ici concerne l'ensemble des soignants au contact des patients.

### **6.1.1 Une étudiante en soins infirmier de troisième année.**

La durée de l'entretien est de 30 minutes et 16 secondes et est retranscrit en annexe XI

L'étudiante que j'ai rencontré est en troisième année de ma promotion, je la côtoie quotidiennement. Je la nommerai ESI pour la confidentialité et l'anonymat. Elle a quarante-cinq ans, elle a des enfants, et est à la base aide-soignante en psychiatrie depuis plus de dix ans. Elle a travaillé dans de nombreux pavillons tout au long de ces années comme la gérontopsychiatrie, la pédopsychiatrie, l'accueil et crise. Je l'ai choisi car justement elle avait une expérience de soignant, et dans le domaine de la psychiatrie. Mais aussi car elle est maintenant tout comme moi en fin de formation, ce qui m'a permis de pouvoir l'interroger sur l'évolution de ses ressentis. Tout au long de son parcours et de ses stages, elle a pu côtoyer différentes catégories de patients, psychiatriques et non psychiatriques et a été confrontée à des émotions.

En interrogeant une étudiante, j'ai pu me rendre compte s'il y a déjà une prise de conscience des émotions pendant la formation. Mais aussi si l'étudiant se sent vulnérable et pour quelles raisons. S'il en a déjà conscience, s'il a vécu des situations émotionnellement lourdes.

### **6.1.2 Une aide-soignante de service de chirurgie orthopédique.**

La durée de l'entretien est de 35 minutes et 14 secondes, il est retranscrit en annexe XII.

L'aide-soignante que j'ai rencontré est une de mes anciennes collègues de service. Elle est diplômée depuis quatre ans, et exerce depuis quatre ans dans ce service. Je la nommerai ASORTHO pour l'aspect de l'anonymat.

Elle a quarante-cinq ans. Je l'ai choisi car elle travaille dans le même service depuis 4 ans. J'ai travaillé une année avec elle avant de rentrer en formation. Je trouvais intéressant d'interroger un soignant qui a une expérience de cette durée et qui a travaillé dans un service où il est

normalement moins fréquent d'être confronté à des situations émotionnellement difficiles. Cependant, je me suis aperçu que de plus en plus dans ce service, les soignants rencontrent des situations de fin de vie, et de pathologies cancéreuses. La confrontation avec la vulnérabilité se fait donc presque quotidiennement.

### **6.1.3 Une infirmière Libérale**

L'entretien a duré 46 minutes et 59 secondes et est retranscrit en annexe XIII.

Je la nommerai IDEL pour des raisons d'anonymat.

L'infirmière libérale que j'ai choisi d'interroger est à son compte depuis deux ans. Elle a exercé en tant que remplaçante dans un cabinet libéral pendant deux ans auparavant. Et elle travaillait en service de chirurgie orthopédique. Elle est diplômée depuis 2011. J'ai choisi d'interroger une infirmière libérale car elle sont confrontées au travail seules et elles sont aussi impactées par les émotions et la vulnérabilité des patients. Je voulais savoir si les données que j'ai recueilli corroborent avec les écrits que j'ai lu pour mon cadre de référence.

De plus en plus, les infirmières libérales prennent en charge des patients atteints de cancer, et de pathologie incurables quasiment seule, le médecin n'est pas immédiatement sur place. Elles sont confrontées à des fins de vie et doivent gérer au mieux avec ce qu'elles ont et ce qu'elles sont. Bien souvent elles ne connaissent pas le médecin autant que dans un service hospitalier, et ont du mal à obtenir de l'aide.

### **6.1.4 Une infirmière en service de soins palliatifs**

L'entretien a duré 56 minutes et 46 secondes, il est retranscrit en annexe XIV

Je la nommerai PALLIA pour des raisons de confidentialité. J'ai choisi cette soignante parce que le travail en soins palliatifs est émotionnellement difficile de par la confrontation avec la maladie, la mort et la souffrance. Elle est soignante depuis dix-huit ans, et exerce depuis huit ans en tant qu'infirmière. Cette infirmière, avait également travaillé en service de réanimation néonatalogie quelques temps. Je la connaissais car nous avons travaillé ensemble dans le service

de traumatologie. Elle est très sensible à l'humain elle a un tel respect et un tel amour pour le travail auprès de l'humain que je savais qu'elle serait une source dans mon enquête

### **6.1.5 Une infirmière en EHPAD**

L'entretien a duré 40 minutes et 28 secondes est retranscrit en annexe XV

L'infirmière interrogée exerce depuis quatre années. Je la nommerai IDEBABA. (à sa demande)

Elle travaille dans un petit Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes d'une quarantaine de résidents, elle a quarante-neuf ans. Elles sont deux infirmières à y travailler. Elle était aide-soignante avant d'être infirmière. J'ai choisi d'aller interroger une infirmière dans cette institution car ce lieu est une dernière demeure. Parfois les résidents n'ont pas de famille proche, les familles sont loin et l'équipe soignante est la seule « famille » qu'ils ont. Un soignant d'EHPAD est souvent attaché à certains résidents. Ces derniers peuvent leur rappeler leur propre famille. D'ailleurs, l'infirmière que j'ai interrogé avait été aide-soignante dans une maison de retraite pendant quinze ans et à ce jour elle y travaille toujours et s'y sent très bien.

Dans cet établissement, il y a aussi la question de la fin de vie, la mort. Et les soignants vivent de plein fouet ces événements, ainsi que les émotions qu'elles soulèvent.

### **6.1.6 Une psychologue de CMP**

L'entretien a duré 38 minutes, et 46 secondes est retranscrit en annexe XVI

La psychologue que j'ai rencontré exerce depuis environ vingt ans. Elle exerce en Centre Médico Psychologique, Centre d'Aide Thérapeutique à Temps Partiel, et en libéral. Elle donne aussi des cours dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers. Elle a quarante ans. Je la nommerai PSYCHO pour des raisons de confidentialité.

J'ai choisi de l'interroger dans le cadre de mon mémoire car elle travaille au contact de patients qui ont un vécu traumatisants. Elle écoute cela chaque jour, elle s'efforce de les aider, de les accompagner. Son seul outil est l'écoute, et la relation qu'elle crée avec le patient. L'impact

que les émotions ont sur ce soignant est important. J'aurais pu interroger une infirmière en psychiatrie, dans un CMP aussi, mais les psychologues ont un regard différents sur les choses. Ils sont là aussi pour nous aider, nous accompagner dans la gestion de nos émotions. Cela me paraissait important de m'entretenir avec ce professionnel.

### **6.1.7 Une aide-soignante service d'EHPAD**

Je la nommerai ASEHPAD.

L'entretien a duré 29 minutes et 32 secondes et est retranscrit en annexe XVII

Il a eu lieu à mon domicile. J'ai choisi cette soignante car elle avait un riche parcours, à la fois par son expérience en EHPAD mais aussi par ses nombreux postes occupés tels qu'ambulancier du Service d'Aide Médicale Urgente, et aussi dans des services divers. Le choix d'une aide-soignant dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est important à mes yeux car j'ai moi-même exercé dans des services d'hébergement de longue durée et l'attachement est très fort dans la relation de soignant à soigner. De plus, un aide-soignant en EHPAD passe énormément de temps avec les résidents et leurs familles. Ils entrent encore plus dans la sphère intime des patients. Si ces derniers n'ont plus de famille, l'aide-soignant devient alors un membre à part entière dans la vie du résident. Pour les patients qui ont une famille présente, l'aide-soignante est souvent considérée comme un membre particulier quand même par le temps qu'elle prend avec le résident, par son empathie, sa bienfaisance, sa présence.

Cette aide-soignante exerce depuis plus de vingt ans. Elle a quarante ans. Elle a exercé dans diverses structures telles que l'hôpital général, la maison de retraite. Son parcours par le SAMU est une partie importante aussi sur le côté émotionnel. Elle est actuellement en formation en soins infirmiers aussi.

## **7. Les conditions d'entretien**

Les premiers entretiens, avec l'étudiante, l'aide-soignante de chirurgie, et l'infirmière de soins palliatifs se sont déroulés hors des contraintes de service puisque je les ai fait à mon domicile,

également celui avec l'aide-soignante d'EHPAD. J'ai invité chacune à prendre un café avec quelques douceurs, nous étions complètement au calme. Nous avons pu prendre le temps sans aucune interruption extérieure. J'ai même passé plus de trente minutes avec chacune d'elles. J'avais mis un micro et cela enregistrait la conversation en écrivant directement sur l'ordinateur.

Pour l'entretien avec l'IDEL, je suis allée à son cabinet avant qu'elle ne reprenne sa tournée. Nous avions rendez-vous à une certaine heure, mais elle a dû repousser l'entretien de quelques minutes car elle avait été appelée par un patient. Cependant cela s'est ensuite déroulé sans aucune contrainte.

Concernant l'entretien avec l'infirmière de l'EHPAD, il s'est déroulé dans l'établissement. J'ai été reçue par cette dernière dans une salle à part, une salle snoezelen, et nous avons été au calme sans contraintes.

Concernant l'entretien avec la psychologue, il s'est déroulé au CMP, dans son bureau. Nous avons eu du mal à prendre contact mais l'entretien s'est fait un après-midi alors que je venais de finir ma journée de stage. Je suis allée à son bureau et nous avons dialogué sans aucun dérangement.

## **8. Les limites**

J'ai pu constater quelques limites au fur et à mesure de mes interrogatoires. Notamment avec l'étudiante infirmière. En effet j'ai choisi d'interroger une étudiante en troisième année mais aussi aide-soignante depuis plus de dix ans. Je me suis aperçue que j'aurais dû interroger un étudiant de première année, car le tout était de savoir si tout au début de la formation, un étudiant qui n'est pas issu du monde soignant, est capable de ressentir sa vulnérabilité face aux situations vécues, et de faire de même avec ses émotions. La personne que j'ai choisi d'interroger n'est pas représentative pour ce que je cherche à savoir.

Il a été question dans mes interrogatoires d'une majorité de personnes que je connaissais. Certes je ne les avais pas vues depuis quelques années, mais toutes m'ont dit que l'exercice n'était pas facile, comme nous nous connaissions. Peut-être suis-je rentrée dans la sphère intime de ces personnes ? Elles ne savaient que le thème de mon mémoire et pas les questions que je comptais

leur poser. Il leur a fallu se confier et parler d'un aspect parfois qu'ils considèrent comme négatif mais obligatoire dans la profession.

Je me suis rendu compte que l'exercice était difficile, que le thème était souvent lié à du vécu douloureux, à des expériences personnelles parfois intimes. J'ai compris cela très vite, et j'ai préféré avertir les personnes que si cela les gênait nous pouvions ne pas faire cet entretien. Elles ont été au bout de cet entretien malgré tout.

J'ai aussi pensé que j'aurais dû interroger des hommes au lieu d'un groupe de soignants uniquement féminin. Mais après réflexion le but de mon enquête n'était pas de savoir si les soignants hommes et les soignantes femmes sont différents face à leur émotions dans la relation soignant-soigné.

Lors de l'entretien avec la psychologue, je me suis rendu compte que mes questions ne lui semblaient pas assez précises. Elle m'a demandé à chaque fois d'approfondir, ou de définir le thème abordé de mon point de vue. Elle répondait donc à mes questions par des questions très souvent. Elle a confirmé que les thèmes que je traite étaient très vastes. En même temps la réflexion du psychologue est plus poussée, peut être en est-ce la raison ?

## 9. L'analyse des données

Pour commencer, j'ai pris un plaisir à aller voir chaque soignant, à les inviter à cet entretien. Quand j'ai parlé du thème, ils ont tous eu la même phrase : « *très bon sujet avec tant de choses à dire* ». Ce qui me fait presque regretter de n'avoir pu poser d'autres questions. Par moment leurs émotions ont pris le dessus. Il y a eu des larmes. Les personnes que j'ai interrogé ont toutes parlé de leur sensibilité. Je me suis sentie trop curieuse à cet instant, mais ils ont tous souhaité continuer l'entretien.

### 9.1 La vulnérabilité

Lors de ces sept entretiens avec les différents soignants, à la question de la vulnérabilité et de leur ressenti, ils ont tous été d'accord pour dire qu'ils étaient d'abord vulnérables car humain,

et secondairement par rapport à leur métier. Ils s'accordent à dire que la confrontation avec la mort, la souffrance, la maladie les impacte. Pour eux toute personne est vulnérable car elle est humaine. L'aide-soignante en EHPAD considère que sa vulnérabilité c'est de ne pas savoir gérer ses émotions, ce qui diffère avec les autres soignants interrogés.

Il est aussi question de vulnérabilité par rapport à une impuissance à accompagner, aider le patient pour qu'il guérisse.

L'étudiante infirmière évoque à travers ses mots l'impuissance « *de voir cette souffrance ça nous rend... enfin... on peut rien y faire du coup on se sent vulnérable, on est dans l'accompagnement c'est tout ce qu'on peut faire* ». (annexe XI, ligne 33)

L'accompagnement est alors l'alternative.

L'infirmière de l'EHPAD parle aussi dans une situation vécue de son impuissance lors de la période COVID qui l'a rendu vulnérable. Elle parle de la vulnérabilité de par le fait d'être humain, mais elle admet qu'elle-même ne l'est pas car elle endosse sa tenue d'infirmière chaque jour et se sent donc invulnérable. La tenue est pour elle un moyen de se protéger. Elle admet cependant que parfois elle peut l'être sans le vouloir et ensuite parle d'une situation où elle s'est senti elle-même vulnérable. « *...Y a une autre fois ou je me suis senti vulnérable, j'étais en stage pendant mes années de formation à l'IFSI, en gynécologie, et en fin de compte, on reçoit une patiente qui avait un cancer du sein, je me rappelle, le sein droit, je la voit encore cette dame, et on reçoit cette patiente qui venait pour une mastectomie totale avec curage de ganglions. On m'a demandé de la préparer pour le bloc, faire son entrée, expliquer la douche à prendre, les consignes... et pendant que je l'informais de tout ce qu'il fallait faire, la dame, je m'y attendais pas, elle commence à se confier à moi et son cancer en fin de compte a été découvert très subitement suite à la présence d'une masse à la poitrine. Tout s'est enclenché très rapidement, elle avait 50 ans, des enfants, dont le plus jeune il avait 18 ans 19 ans, et je sais pas pourquoi, j'ai eu les larmes aux yeux, d'ailleurs ça me touche encore ( ses yeux se remplissent de larmes) je m'en souviens très bien de cette dame... »*

*Pendant qu'elle me racontait tout ça, c'est comme si j'avais pris une baffe, et je me suis sentie envahie par mes émotions et j'ai eu les larmes aux yeux, et en tant que professionnel, être rattrapé par ses émotions c'est compliqué à gérer surtout face au patient...*

Déjà la personne elle t'explique son mal être et toi en tant que professionnel, elle peut le prendre et se dire oui mon histoire la touche mais au fond de moi c'était pas ça. En fin de compte ça

m'avais pris en pleine figure, c'est vrai que c'est personnel, et c'est la seule fois qu'un problème personnel m'avait rattrapé dans mon professionnalisme.

En fin de compte je suis quelqu'un de très sensible, dans certaines situations mais j'essaie de pas le montrer. On est là pour soigner les autres et pas se soigner soi-même déjà de une. Et en fin de compte j'ai rencontrés le même vécu que cette dame, et enfin c'est comme si j'avais fait un transfert... on s'y attend pas, et sur le coup je me suis senti vulnérable et pas assez professionnelle pour... je pense que la patient elle attendait que je la rassure, eh ben là je pouvais pas, j'étais en incapacité de prononcer quoi que ce soit. Mes émotions elle m'avaient submergé...La seule que j'ai pu dire c'est « excusez-moi je reviens ». Et je suis sortie. » (annexe XV, ligne 44 à 68) .

Le lien entre la vulnérabilité et les émotions est étroit. Comme on peut le lire juste au-dessus, l'infirmière dit que ses émotions l'ont submergé, alors qu'elle se sentait en positions de vulnérabilité.

« ...Quand je suis sortie de la chambre, je me suis effondrée, j'ai pleuré, pleuré, pleuré... mais sur le coup, là je te le dis avec du recul, mais sur le coup j'ai pas compris ça. C'est après en faisant une analyse de pratique que j'ai relaté cette situation, en expliquant et quand j'ai mis ça sur papier j'ai fait le rapprochement... en fin de compte j'ai fait un transfert. Après c'est aussi une question d'éducation aussi... mais comme je refoulais cette situation, ça m'a mis face à la réalité. Et ça a été le plus dur ... C'est pour ça que je dis que l'on peut être vulnérable sans le vouloir, je ne m'y attendais pas du tout... » (annexe XV, ligne 69 à 76)

L'étudiante parle aussi de se projeter « on se dit que si on est à leur place, ou à la place de leur famille, on aimerait que les soignants fassent quelque chose ». ( annexe XVI, ligne 34)

Elle évoque le fait de se voir en eux et que c'est ça qui fait qu'elle se sent vulnérable. L'infirmière de l'EHPAD en parle de la même façon : « j'ai des parents, des enfants, si on me répond ça pour mes parents...(elle lève les yeux au ciel)... » (annexe XV)

L'aide-soignante d'EHPAD évoque la même chose, elle dit qu'elle sera un jour à la place de ses patients et qu'elle aimerait si elle est encore bien à 80 ans qu'on lui donne toutes ses chances.

Et enfin la psychologue parle de l'écho que va provoquer la situation d'un patient. « ça peut être une écho que ça va faire par rapport à mon histoire... » (annexe XVI)

Les patients nous renvoient donc à nous même.

L'étudiante et l'aide-soignante en chirurgie ainsi que l'aide-soignante en EHPAD abordent le sujet de la relation de confiance. Pour elles, il faut instaurer une relation de confiance, et la vulnérabilité dont elles font preuve les y aide.

L'aide-soignante de chirurgie dit : « *ils sont là pour se faire soigner, on doit créer un lien de confiance....on est là pour les soigner, on a l'impression que quand les patients arrivent c'est un peu comme s'ils se reposent sur nous... ils nous font confiance, c'est une question de confiance. On se dit que si jamais on lâche des émotions, ça peut montrer qu'on est humain... il est important qu'ils se rendent compte qu'ils sont entre de bonnes mains...* » (annexe XII, ligne 43)

Les soignants interrogés se sentent vulnérable par rapport à certaines situations, par exemple des patients atteints de cancer, des situations de fin de vie. Ce sont des situations qu'ils ont vécu aussi de près ou de loin dans leur vie personnelle souvent. Il est question de transfert à nouveau.

L'aide-soignante de chirurgie a vécu une situation qui lui rappelle sa mère atteinte d'un cancer, l'étudiante dit que si elle était à la place du patient ou de sa famille elle voudrait que le soignant fasse quelque chose.

L'étudiante, l'aide-soignante de chirurgie et l'infirmière de soins palliatifs parlent de l'accompagnement dans le thème de la vulnérabilité. L'infirmière libérale parle de l'accompagnement de la fin de vie et elle a eu un sentiment de vulnérabilité car elle n'avait pas pu aller jusqu'au bout du processus. « *J'ai eu un patient qui m'a beaucoup affectionné aussi, atteint du cancer aussi, je me suis retrouvée aux funérailles, car quand on est en libéral, on est tellement inclus dans la vie des familles, et ce monsieur était portugais, et la famille a des coutumes particulières. Il y avait tellement de fleurs, que nous n'avons pas pu déposer la gerbe que nous avons fait pour ce monsieur, et nous l'avons déposé dans une pièce avec d'autres et nous sommes parties avec ma collègue. J'ai ensuite pris mon congé maternité, pour ma fille et je n'ai pas revu cette famille. Cela m'a manqué... j'ai eu l'impression que j'ai laissé tomber la famille un petit peu. On voit le chagrin des autres, et chez certains patients avec qui on a plus de feeling on arrive plus à couper et à passer outre... Chez certaines personnes, on les prend dans les bras, on les réconforte, mais chez d'autres c'est plus fort. ... Selon les familles on se sent plus vulnérables...* » (annexe XIII, ligne 26 à 37)

Celle-ci évoque la vulnérabilité selon les cas, selon l'attachement avec le patient et sa famille, mais souvent cela se réfère à la fin de vie, à des patients atteints de cancers, elle inclut aussi la

famille quand elle parle de vulnérabilité, tout comme l'infirmière de soins palliatifs qui inclut la famille dans la relation de soin. L'infirmière de l'EHPAD, parle aussi énormément de la famille dans la relation soignant-soigné.

En ce qui concerne l'aide-soignante d'EHPAD elle parle aussi du fait que dans cette institution, le soignant a une place très importante dans la vie du résident. Souvent ils sont appelés par des petits noms. Il y a un point commun entre l'aide-soignante et l'infirmière d'EHPAD, elles parlent toutes deux de la vulnérabilité ressentie face à une situation où elles doivent référer à une hiérarchie, comme le médecin, les Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR), et le fait de se sentir impuissant face à une situation leur fait penser à leur vulnérabilité.

Ils ont parlé de situations où ils se sont senti vulnérables. Cela a pu prendre parfois un peu de temps, il leur a fallu prendre du recul et parfois cela a été immédiat lors des interrogatoires.

Lors de l'entretien avec la psychologue, quand j'ai abordé la vulnérabilité elle a mis en évidence que ce mot pouvait avoir une connotation péjorative pour un soignant. Pour elle la vulnérabilité est un aspect positif du métier de soignant et tout à fait normal. Elle sous-entend que d'être vulnérable c'est être soi, en tant qu'humain.

*« Euh il faudrait définir le terme de vulnérabilité pour commencer...tu l'entends comment ? Dans le sens péjoratif souvent, mais aussi quelque chose de très normal et de très positif surtout chez le soignant. Tout dépend comment on l'entend. Dans la prise en charge d'un patient, qu'il soit somatique ou psychique il est question de sa vulnérabilité et pour nous l'accompagner dans sa vulnérabilité là il faut qu'on soit euh... juste nous même, dans nos dimensions subjectives et humaines. Si on dit que la position de soignant est vulnérable c'est piégeux parce que ça voudrait dire que cela ne fait pas de nous un bon soignant. Être fragile ça voudrait dire que ça fait pas de nous des bons soignants. Un soignant est sensé tout entendre et tout encaisser. »*

*(annexe XVI, ligne 14 à 22)*

Cette dernière phrase sur le fait que le soignant est sensé tout entendre et tout encaisser démontre bien qu'il subsiste une certaine toute puissance du soignant.

Pour conclure sur l'analyse des entretiens sur le thème de la vulnérabilité, chaque soignant s'accorde à dire qu'il se sait vulnérable, ou qu'il l'a été à son insu. Ils disent aussi que cela fait référence à des histoires de vie qui font raisonner en eux un vécu ou une situation qui pourrait

leur arriver. On peut alors lier la vulnérabilité au transfert. Chacun sous-entend l'accompagnement comme seul moyen de ne pas se sentir frustré face à une impuissance. L'accompagnement est l'action qui permet de se sentir moins vulnérable.

Et enfin, cette vulnérabilité ne doit pas être trop perçue par le patient car l'instauration d'une relation de confiance est le but à atteindre. Il ne faut pas sombrer avec le patient lui-même vulnérable et en recherche d'aide. Concernant la vulnérabilité face à l'équipe, il semble que cela ait aussi une place importante, car tous s'accordent à dire qu'un soignant vulnérable ne peut être professionnel. La mesure de la vulnérabilité aux yeux du patient et de l'équipe est obligatoire afin de pouvoir rester professionnel.

## 9.2 Les émotions

Concernant les émotions, les soignants interrogés ont tous vécu des situations riches en émotions, qu'elles soient positives ou négatives. Ils ont tous conscience de les vivre au quotidien.

Ils ont tous dit que les émotions étaient nécessaires pour établir une relation de confiance avec le patient, pour créer un lien. La relation de confiance est un trait commun avec les émotions et la vulnérabilité.

Je n'ai pas tellement exploré la relation de confiance dans mon cadre de référence, alors que selon les soignants que j'ai rencontrés les émotions permettent cette relation de confiance. Ils disent que sans émotions pas de confiance.

Concernant l'expression des émotions, tous s'accordent à dire qu'ils ne peuvent exprimer leurs émotions. C'est à adapter à la situation.

Pour l'étudiante infirmière « ...on peut des fois on peut pas exprimer nos émotions selon le moment selon l'instant quoi c'est je veux dire car je parle de ça c'est par rapport à si jamais on est on a de la colère envers un patient et ben on peut pas divulguer cette colère mais bon forcément ça va se voir à notre comportement mais on va pas lui crier dessus on va devoir retenir cette émotion-là. » ( annexe XI ligne 46 à 50)

Pour l'aide-soignante de chirurgie « ... Le fait de dire qu'en fait quand on le soigne il puisse nous voir comme une personne et pas que comme un soignant en fait c'est pouvoir créer un lien. L'émotion ça nous montre aussi que on est là, qu'on les comprend, qu'on est là pour les écouter et que l'émotion elle est importante mais nous après il faut une limite, c'est-à-dire qu'il faut une limite dans nos émotions parce que le soigné ne peut pas recevoir non plus nos émotions. Lui il est déjà dans un état où justement il a besoin que d'être pris en charge et donc nous en tant que soignant on peut pas en rajouter donc il faut qu'on contrôle, c'est pour ça que on est vraiment dans le contrôle des émotions. Il faut qu'on sache la limite. Je veux dire on peut créer un lien mais il faut une limite. Les émotions ça se travaille, je veux dire il faut que l'on travaille sur nos émotions pour se protéger, et protéger le soigné... » (annexe XII, ligne 74 à 83)

Dans l'entretien avec la psychologue, une chose intéressante est à noter, elle parle de se rendre compte si on est envahi par l'émotion de l'autre, ou si c'est la nôtre. Elle parle de contamination par l'état émotionnel de l'autre. Et il est vrai que l'état émotionnel de l'autre nous envahi, je m'en suis rendu compte en prenant du recul après avoir vécu des situations, et en particulier une dernièrement lors de mon stage aux urgences. La tristesse de la fille de la patiente qui venait de décéder m'a envahi, je m'en suis bien rendu compte. Les émotions sont donc contagieuses.

Dans la globalité les soignants interrogés sont unanimes, il faut accueillir les émotions de l'autre car mettre un mur, une barricade, une barrière ne permettrait pas la relation de confiance, le lien crée la relation de soin. Il faut donc une certaine dose d'émotions afin de ne pas se laisser « bouffer » dicit l'aide-soignante d'EHPAD.

L'infirmière d'EHPAD dit que sans émotions pas de possibilité de faire ce métier.

« ...Alors je pense que d'avoir des émotions c'est normal car nous sommes des êtres humains, on est fait de chair et de sang, sinon on serait des robots, pas humains. Et puis certaines émotions elles peuvent aider dans la relation soignant-soigné, elles peuvent avoir une place mais la par exemple dans la situation que je viens de te raconter, non elles avaient pas leur place. Pas du tout... parce que ça a été le contraire. Mais sinon je pense que en tant qu'être humain, si j'avais pas d'émotions je ne pourrais pas faire ce métier, je ne pourrai pas le faire...

Et puis si on ressent pas les émotions de l'autre, on ne peut pas rentrer en relation, si on se met une barrière, on se met un mur et on se dit aller je ne montre rien de ce que je ressens ... et les émotions ça montre aussi ce que l'on est... » (annexe XV, ligne 79 à 87) .

Ils ont tous également dit que se servir de ses émotions dans cette relation de soignant-soigné n'était pas toujours possible selon les situations. Ils sont tous bien d'accord qu'ils ne peuvent pas pleurer avec les patients à chaque fois. L'étudiante en soins infirmiers parle d'utiliser l'émotion de la colère pour calmer un patient.

L'infirmière libérale utilise ses émotions comme outil selon les situations, elle ne rentre pas dans le cadre de la tristesse afin de ne pas « enfoncer » la patiente atteinte d'un cancer. Elle ne pleurera pas avec la famille d'un défunt car elle garde la juste distance avec eux, même si les infirmières libérales sont souvent très incluses à la famille puisqu'elles sont présentes très souvent. Elle n'utilisera pas sa colère avec une patiente psychiatrique, elle appellera cela de la « fermeté ». (annexe XIII)

Pour se protéger de ses émotions, l'infirmière libérale garde le vouvoiement, elle le considère comme la barrière à ne pas franchir qui la ferait sombrer dans l'envahissement émotionnel, et cela même si elle connaît les patients depuis son plus jeune âge.

L'infirmière de soins palliatifs parle de laisser passer une petite émotion pour montrer qu'elle s'intéresse au patient et que cela permet une relation de confiance.

L'aide-soignante d'EHPAD utilise ses émotions afin d'aider et de construire le patient.

On peut conclure que les émotions sont des outils que les soignants adaptent selon la situation afin de construire une relation de confiance et de pouvoir créer un lien solide.

Presque tous également disent qu'ils se sont sentis submergés par leurs émotions à un moment ou à un autre. Ils en sont venus à la question de la distance à prendre avec les malades. Je n'ai pas non plus exploré ce concept en profondeur. La juste distance permettrait de se détacher de ses émotions d'après les soignants de mon enquête. C'est comme si autour du soignant, il existe une bulle, qui est la juste distance (professionnelle) et cette bulle permet de les protéger contre l'envahissement des émotions de l'autre.

Les moyens de défense pour lutter contre l'envahissement émotionnel sont multiples pour les différents soignants, l'aide-soignante d'EHPAD change de service à chaque fois qu'elle sent sa carapace se fissurer, l'infirmière libérale utilise le vouvoiement comme barrière afin de ne pas rentrer dans une sphère trop intime avec le patient et ainsi se protéger, l'aide-soignante de chirurgie passe la main à un autre soignant, et l'infirmière de l'EHPAD considère sa tenue

blanche comme son armure et se sent protégée. Les soignants s'adaptent continuellement et trouvent des moyens de défense.

Enfin, concernant l'évolution émotionnelle, chacun dit qu'il a évolué par rapport à son début de carrière et qu'il arrive mieux à gérer ses émotions, ainsi qu'à comprendre celles des patients. Ces soignants se sentent moins touchés par des situations similaires qui sont arrivées antérieurement. Ils utilisent l'intelligence émotionnelle, pour se protéger et rester professionnels.

L'étudiante infirmière dit qu'elle contrôle un peu plus ses émotions, elle évoque l'expérience qui l'aide. Elle dit aussi que la formation à l'école d'infirmière lui a permis d'apprendre à réfléchir à ses bonnes pratiques et à contrôler ses émotions. Elle note une différence entre l'école d'aide-soignante et celle d'infirmière dans ce domaine. A contrario, l'aide-soignante d'EHPAD, aussi en formation actuellement à l'école d'infirmière, trouve que la formation devrait comprendre une unité d'enseignement où la gestion des émotions est mieux abordée. Comme quoi cela est propre à chacun, et dépend de son vécu et de son expérience.

L'aide-soignante d'EHPAD, conçoit avoir évolué émotionnellement, car elle gère mieux les situations de décès, elle dit que 20 ans en arrière elle n'aurait pas su agir de la même façon.

L'infirmière libérale quant à elle parle de son ancien poste à l'hôpital où elle ne s'attachait pas autant aux patients et où la gestion des émotions était différente, mais en travaillant à domicile maintenant elle a appris à se protéger car elle fait partie de la vie de ses patients beaucoup plus. Elle est en évolution permanente dans ce domaine, tout comme professionnellement.

L'aide-soignante de chirurgie parle aussi d'une évolution, en effet elle dit arriver à se remettre en question, à se rectifier. Elle passe la main plus facilement, et elle reconnaît les situations qui la mettent en danger. Elle n'arrivait pas à se détacher de sa vie professionnelle avant, et que maintenant elle sait le faire. Elle parle aussi de l'importance de l'équipe, de la communication avec eux pour gérer les situations émotionnellement difficiles.

La psychologue espère elle aussi avoir évolué, avec l'expérience elle le pense. Elle dit que de chercher à comprendre est le moyen qui lui permet d'évoluer. L'expérience, la connaissance, et l'équipe lui ont permis d'évoluer. Les réunions cliniques sont un bon moyen d'avancer pour elle. Elle parle aussi au début de l'analyse que les psychologues doivent faire sur eux même ce qui leur permet d'être au clair avec eux même et leur état émotionnel. Elle pense que tous les

soignants devraient passer par ce stade ce qui leur permettrait d'affronter de façon plus optimale les vécus de leurs patients et d'être moins impactés.

L'infirmière en EHPAD dit aussi qu'elle a évolué émotionnellement :

*« ...Je pense qu'on évolue dans la vie, en tant que personne, et aussi dans la formation. Quand on est jeune, tout ce qu'on voit pour la première fois ça surprend, et puis on se dit je ne pourrais jamais refaire ça car je ne tiendrais pas. Mais j'ai appris à évoluer, par l'amour de ce métier, je suis toujours émotive, je ne changerai pas. J'exprime mes émotions plus facilement. Quand j'étais jeune c'était tabou d'exprimer ses émotions devant les autres collègues, devant un patient devant une situation. On nous disait, vous êtes soignant, vous êtes là pour leur apporter du bien, pas pour pleurer. C'était interdit de pleurer. Même de nos jours, on nous dit que dans la relation soignant soigné il faut garder une certaine distance, pas d'affinité. Mais ça dépend dans quel lieu. Oui dans un service de chirurgie on ne crée pas d'affinité, de relation, c'est passer. Dans un lieu de vie c'est différent. Donc on apprend à vivre face à ça. On sait qu'elle vient ici pour finir ses jours chez nous, on est là pour l'accompagner et vivre ses derniers jours au mieux. Je pense que la formation aide bien aussi. Elle nous apprend les pathologies, de certaines façon de prendre en charge. Je pense que les soignants, au fur et à mesure des années si on veut bien faire notre travail, on doit se perfectionner, faire des formations... » (annexe XV, ligne 170 à 183).*

L'infirmière en soins palliatifs a dit quelque chose qui me semble important :

*« au fur et à mesure que tu avances et que tu te construis dans ta vie professionnelle, tu fais de même dans ta vie personnelle, les deux cheminent ensemble et tu te construis avec les deux... » (annexe XIV)*

La vie professionnelle a une place importante dans notre vie de nos jours, on passe parfois 12h par jour auprès de nos patients, et on doit aussi avancer dans la vie personnelle à côté car sinon cela crée un déséquilibre. Trop de vie professionnelle engendre des dysfonctionnements tels que les divorces, le manque de temps avec les enfants, la santé aussi en prend un coup. Il est nécessaire que les deux soient liés car oui cela nous permet d'avancer de façon équilibrée. Et comme j'ai pu le voir dans mon cadre de référence, les émotions qui nous touchent sont étroitement liées à notre vie quotidienne, à notre histoire, à notre culture.

J'ai remarqué une chose aussi, l'aide-soignante d'EHPAD dit que les émotions et la vulnérabilité ne doivent pas être vus par les autres membres de l'équipe. Elle ne veut pas que

l'on pense d'elle qu'elle est une mauvaise professionnelle car elle a des émotions. Elle dit que les autres pourraient penser que l'on ne peut pas compter sur elle. L'étudiante infirmière pense également de la même façon. On peut parler de la peur du jugement de l'autre. La psychologue parle justement des réunions cliniques afin d'identifier les problèmes rencontrés par les soignants afin d'y mettre un sens. Les autres soignants n'abordent pas le sujet en tant que peur d'être jugé par les autres membres de l'équipe. Sauf peut-être l'infirmière de l'EHPAD :

*« ...Quand j'étais jeune c'était tabou d'exprimer ses émotions devant les autres collègues, devant un patient devant une situation. On nous disait, vous êtes soignant, vous êtes là pour leur apporter du bien, pas pour pleurer. C'était interdit de pleurer. Même de nos jours, on nous dit que dans la relation soignant soigné il faut garder une certaine distance, pas d'affinité... ».*  
(annexe XV, ligne 173 à 176) .

Je me pose alors la question de cette assertion qui perdure encore chez certains ...

Par contre, il est question de ne jamais montrer ses émotions complètement aux patients pour chaque soignants interrogés. Ils disent tous que le patient est vulnérable et émotionnellement atteint par la pathologie qui le touche et que nous ne devons pas rajouter nos propres vulnérabilités et nos propres émotions aux siennes, que cela risquerait de l'enfoncer plutôt que de l'aider.

Pour conclure sur le chapitre des émotions après avoir étudié les différents entretiens, il apparaît que les situations vécues renvoient très souvent les soignants à leur propre vécu. Ils sont tous des moyens de défense pour les aider à surmonter ces instants et à se préparer à les revivre en étant moins atteints. Ils ont tous bien entendu vécu des situation riches en émotions. Ils sont tous en évolution émotionnelle permanente. Ils parlent tous de la relation de confiance que permettent les émotions, sans cela la relation de soin ne pourrait s'établir. Ils sont tous aussi d'accord sur le fait de doser les émotions est la meilleure chose à faire afin de ne pas se perdre.

Il est important de parler de la vulnérabilité et des émotions des patients. Les soignants interrogés sont d'un commun accord sur le fait que le patient est vulnérable parce qu'il est malade, âgé, en situation de dépendance.

*« ... le patient ben déjà lui il est vulnérable...» (ESI, annexe XI)*

*« ... Lui il est déjà dans un état où justement il a besoin que d'être pris en charge... »*  
(ASORTHO, annexe XII)

« ... On dit que le patient est vulnérable parce qu'il est vulnérable dans la maladie et dans le soin, parce que nous on est en position différente du patient... » (IDEPALIA, annexe XIV)

Les soignants d'EHPAD ont la même vision de la vulnérabilité des patients, ils les disent vulnérables parce qu'âgés. Ils trouvent même anormal que des choix aient été fait lors de la crise COVID par exemple, ou quand un résident décompense, parce que les patients étaient âgés.

« ... Ce qui m'énerve en EHPAD c'est que comme ce sont des gens âgés, on va pas prêter attention à des problèmes de santé, à des urgences vitales sous prétexte que ils sont âgés. Et ça a le don de m'énerver, je suis vulnérable par rapport à ça parce que, c'est des êtres humains comme les autres et c'est pas parce qu'ils ont pas 20 ans qu'il faut pas les sauver ... » (ASEHPAD, annexe XVII)

Je note quand même une chose, les soignants parlent peu des émotions des patients. Ils les caractérisent beaucoup par la vulnérabilité, mais peu par les émotions. Ils parlent souvent des patients qui pleurent et qu'il ne fait pas pleurer avec eux. Une exception à cela c'est l'infirmière de soins palliatifs, elle parle des émotions qui émergent des patients que ce soit la tristesse, la joie, la peur, la colère. Elle parle de la joie qui se voyait lors du mariage d'un de ses patients organisé dans le service. Les différents soignants sont conscients des émotions de leurs patients. Peut-être aurais-je du ajouter une question sur la vision des émotions des patients par les soignants ? Cette question aurait pu être : « Comment voyez-vous que vos patients sont fait d'émotions aussi ? »

J'ai été étonnée de constater que les soignants interrogés avaient presque tous la même vision et les mêmes paroles, presque du mot à mot, sans se connaître, ils ne connaissaient pas le thème sur lequel j'allais les interroger pour la plupart. Tous ont abordé la relation de confiance, l'accompagnement, l'impuissance du soignant.

Les écrits des auteurs coïncident aussi avec les dires des soignants, et cela m'a également interrogé, car je pensais que les auteurs n'étant pas sur le terrain, auraient une vision différente.

Agata Zielinski nous dit « la vulnérabilité en partage. A première vue, certes, une évidence : le vulnérable c'est le patient. Non seulement exposé à la souffrance, mais dans la souffrance... son identité est ce subir qui se donne parfois comme double peine : la maladie et le soin. La

*maladie elle-même expose à d'autres altérations : la douleur du corps qui se transforme en souffrance, envahissant l'existence, réception d'informations pas toujours comprises, intrusions des examens, expositions à des décisions à prendre...Face à cette évidence, celle du soignant : soulager, guérir, redonner à vivre un rapport au monde satisfaisant, élargir les possibles. Tâches, affairements, connaissances et compétences mobilisées : activité face à la patience malgré soi du patient.*

Être exposé à la maladie, à l'altération physique, à la douleur, au bouleversement psychique. Ultimement à la mort. Mais encore être exposé à l'intrusion du soin. C'est la condition du malade patient exposé aux agissants que sont les soignants. Mais en retour le soignant est exposé à la souffrance de l'autre. C'est la condition particulière du soignant, son pain, sinon sa peine. Être exposé à la relation qu'est l'altération elle-même, voilà ce qui lit le malade, le soignant dans un lien où chacun est à la fois agent et patient.. le propre de la vulnérabilité du soignant est en effet d'être exposé à la souffrance de l'autre... exposé à l'altération, à la mort de l'autre, au refus, à l'échec parfois dans la relation »

Les soignants explicitent ce que la relation de soin provoque pour eux. La douleur, la souffrance, la mort, le refus de soin ... Cependant Agata Zielinski n'aborde pas l'impuissance que ressent le soignant comme cause de la vulnérabilité. La majorité des soignants que j'ai interrogé parlent de cette impuissance, face à la douleur pour l'étudiante infirmière, alors qu'elle accompagne une dame qui n'est pas soulagée malgré les différents paliers d'antalgiques possibles. L'alternative est inexorable, et c'est là que le soignant se sent vulnérable. Ils ne peuvent pas faire mieux, ils aimeraient, mais ils ont été au bout de la prise en charge et c'est l'échec. Ce n'est pas l'échec de la relation, car elle existe, elle est effective, mais l'échec de la prise en charge, de l'accompagnement pour lequel le patient est là.

« ... il y a aussi des moments où on se sent vulnérable où on se sent impuissant.. » ( ESI, annexe XI)

« -Oui des fois on sait que la personne elle est mal, et on peut rien faire quoi ... ou alors elle est algique alors on peut essayer de donner des antalgiques, augmenter les paliers, mais quand ils sont en fin de vie, de voir cette souffrance ça nous rend enfin ... on peut rien y faire du coup on se sent vulnérable...on est dans l'accompagnement c'est tout ce qu'on peut faire. » (ESI, annexe XI)

Agata Zielinski parle alors de « l'effet de la souffrance d'autrui sur le sujet soignant est l'action : action motivée par le désir de soulager la souffrance d'autrui » car le désir du soignant est en premier celui de soulager.

Alors l'issue est l'accompagnement, repris par l'étudiante en soins infirmiers, l'infirmière libérale et l'infirmière de palliatif « on est dans l'accompagnement c'est tout ce qu'on peut faire » (ESI, annexe XI) Est-ce qu'elle voit l'accompagnement comme issue unique ou comme premier soin à prodiguer ?

« ... On est là aussi pour poser un cadre, les aider, les accompagner dans leur maladie dans leur fin de vie... » (IDEPALIA, annexe XIV) Cette soignante elle par contre parle d'accompagner comme première chose dans le rôle du soignant.

L'accompagnement devient alors la seule issue pour un grand nombre, alors qu'il est le pilier du soin. Comme je le dis plus bas accompagner c'est soigner.

L'infirmière libérale, dans sa prise en charge, se trouve vulnérable quand elle ne peut accompagner un patient jusqu'au bout, par exemple lorsqu'elle est partie en congé maternité. Elle a une sensation d'abandon. Cela sous-entend qu'elle perçoit l'accompagnement comme rôle premier aussi.

« ...J'ai eu un patient qui m'a beaucoup affectionné aussi, atteint du cancer aussi, je me suis retrouvée aux funérailles, car quand on est en libéral, on est tellement inclus dans la vie des familles, et ce monsieur était portugais, et la famille a des coutumes particulières. Il y avait tellement de fleurs, que nous n'avons pas pu déposer la gerbe que nous avions fait pour ce monsieur, et nous l'avons déposé dans une pièce avec d'autres et nous sommes parties avec ma collègue. J'ai ensuite pris mon congé maternité, pour ma fille et je n'ai pas revu cette famille. Cela m'a manqué... j'ai eu l'impression que j'ai laissé tomber la famille un petit peu... » (IDEL, annexe XIII) .

« ...un monsieur qui avait un parkinson, il s'est dégradé jusqu'au bout. Sa femme de 80 ans s'en occupait tellement... on l'a accompagné à partir, on était là pour son dernier souffle, on lui a dit qu'il pouvait partir tranquillement, il est parti... » (IDEL, annexe XIII) .

Il me faut donc approfondir sur ce qu'est l'accompagnement. Partons de la base que accompagner c'est soigner.

J'ai donc recherché des lectures sur ce sujet.

« Nous pensons tout spécialement à Marie-Françoise Collière (2001, p.21) qui rappelle que « soigner, (c'est) accompagner les grands passages de la vie. ». En continuant dans cette voie, dès que l'on est vivant, que l'on soit un homme ou un animal, même un végétal, il existe une notion de soin, pour que la vie continue, que les êtres vivent, et se reproduisent.

« les soins se sont cherchés autour de la nécessité de maintenir, de développer la vie et de lutter contre la mort » (Collière, 2001, p.27). Et les soins infirmiers sont tout cela. Le but des soins infirmiers n'est pas de guérir, mais de soigner, ce qui dirige vers l'accompagnement, puisque accompagner c'est soigner.

Si je reprends la définition proposée par Paule Maela :

« Se joindre à quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui. Cette définition nous enseigne que la relation est première « se joindre à quelqu'un » que la démarche est de l'ordre d'un mouvement qui se règle à partir de l'autre « pour aller où « il » va, et que les deux avancent « en concert », c'est-à-dire en même temps, au même pas. Il en résulte une définition minimale, accompagner c'est être avec et aller vers et des principes au nombre de trois. Le premier est que la mise en relation dépend de la mise en chemin, le deuxième est qu'il s'agit moins d'atteindre un résultat que de s'orienter « vers » c'est-à-dire de choisir une direction et le troisième que l'action ( la marche, le pas, le cheminement) se règle sur autrui, soit aller où il va et en même temps que lui, ce qui suppose de s'accorder à celui que l'on accompagne. » (Paul, 2012)

Je vais utiliser une métaphore pour illustrer l'accompagnement je vais reprendre celle de la personne que l'on accompagne pour faire ses courses au supermarché, je l'accompagnerai pour lui tenir compagnie, l'aider dans ses choix si elle en a besoin mais elle reste maître de ses décisions. Et le but ce n'est pas que je fasse les courses à sa place, ce n'est pas que je les paie à sa place mais qu'elle les fasse seule et que je sois là pour l'aider si elle n'arrive pas à les remonter dans son logement par exemple ou porter son panier si elle en a besoin.

Pour les soignants c'est exactement le même. Nous sommes soignants pour accompagner le patient dans son parcours de soin, pas pour le guérir, ou faire les choses à sa place. D'ailleurs dans son texte Christian Loehlé parle de cheminer au côté du patient dans le bassin de la vie, donc d'égal à égal, et cette citation donne tout son sens à l'accompagnement qui se fait dans la relation soignant soigné.

Une autre citation qui situe l'accompagnement :

« on parlera alors d'un continuum des soins qui va accompagner la vie d'une personne dans toutes ses phases depuis sa conception jusqu'au terme de son existence » (Fontaine, 2009)

Dans les discours des soignants, l'impuissance est souvent revenue.

Pour l'infirmière d'EHPAD, la vulnérabilité c'est l'incompétence et la faiblesse. Un lien peut-il être fait entre l'incompétence et le non soulagement, la non guérison ? Cette soignante aussi rejoint les autres en disant que la vulnérabilité c'est pour elle l'impuissance de ne pas pouvoir soigner les résidents. Elle a ressenti cela encore plus pendant la période du COVID. Elle a ressenti aussi de la vulnérabilité quand elle était jeune diplômée, son manque de connaissances, son manque d'expérience l'a rendu vulnérable car elle ne pouvait pas prendre en charge ses patients seule au départ.

A la fin de son texte, Agata Zielinski dit :

« La vulnérabilité n'est ici conçue ni comme une impuissance ni comme un échec. Mais nous faisons l'hypothèse que la reconnaissance de sa propre vulnérabilité peut devenir une vertu relationnelle ». (Zielinski, 2011)

J'ai donc recherché pourquoi ce sentiment d'impuissance est présent dans les dires des soignants. J'ai lu un texte intitulé « Le vécu d'impuissance chez le soignant. »

« L'histoire de notre profession nous renvoie à une certaine vision de celle-ci étant donné que les premières infirmières étaient des religieuses, avec la connotation corrélative de dévouement à l'autre et de sacrifice de soi. Il n'en est bien sûr plus ainsi dorénavant mais nous sommes néanmoins porteurs de cette histoire » (Delieutraz, 2012)

« Les soignants, en lien avec leur histoire personnelle, peuvent par exemple être dans un certain fantasme de réparation : réparation de soi à travers les autres ou réparation d'un autre appartenant à leur histoire propre à travers le patient, tout cela pouvant donc parfois être accompagné de failles narcissiques et de culpabilité sous-jacente. Il est donc nécessaire de ne pas écarter d'emblée cette possibilité et d'être au fait de ce qui se trame derrière nos motivations, pour ne pas être débordés par certaines situations, notamment celles où nous ne pouvons pas « réparer » et ainsi ne pas coller à la pathologie du patient. Cet aspect quasi messianique de notre métier est également renforcé par les réactions des personnes extérieures à notre profession, qui nous mettent à part, de façon plutôt gratifiante, en soulignant la difficulté et le dévouement à l'autre dans notre pratique professionnelle. L'aspect mission sacrée du métier s'en trouve ainsi

renforcé, d'autant plus en psychiatrie, source de tabous et de fantasmes en tout genre dans l'imaginaire collectif ». (Delieutraz, 2012)

Ce sentiment d'impuissance pourrait être lié à l'origine du métier de soignant. L'histoire personnelle des soignants intervient aussi, et vient renforcer l'origine de la profession, ainsi qu'un côté sacré du métier.

« Si consciemment ou non nous sommes dans cette position de soignant sauveur, la toute-puissance sous-jacente peut nous exposer à tout un cortège de contres attitudes nuisibles au patient comme à nous même, et à la perte de quelques illusions en cours de route ».

La contre attitude nuisible à nous-même est alors la vulnérabilité qui nous assaille et les émotions qui en découlent. Cette toute puissance pourrait aussi nous conduire à ne plus écouter que nous même et plus du tout le patient, et dans ce cas, le métier de soignant perd tout son sens, puisque le patient n'est plus au centre.

« Nous travaillons avec le patient pour contribuer à son mieux-être mais nous ne pouvons faire les choses à sa place, soulager la souffrance de façon immédiate, comme nous le souhaiterions. Le risque vient alors de la souffrance du soignant qui, s'il ne se penche pas de plus près sur ses ressentis, peut s'embourber dans une culpabilité en lien avec cette toute-puissance du « j'aurais pu, j'aurais dû » ... et dans tous les cas, dans des attitudes soignantes (une attitude en miroir par exemple) qui ne seront pas bénéfiques au patient. Notre bonne volonté et nos idéaux soignants ne sont bien entendu pas à rejeter de façon extrême, mais leur confrontation à une réalité du quotidien implique nécessairement des pertes, de certaines représentations, fantasmes ou illusions. Ces pertes peuvent être accompagnées d'un vécu dépressif avec un sentiment de culpabilité, de la tristesse, pendant un moment en tout cas, ou de colère. » (Delieutraz, 2012)

Dans le panel de soignants interrogés, eux pensent la vulnérabilité comme un aspect négatif, à ne pas montrer. Tous s'accordent à dire qu'ils se savent vulnérables au quotidien, la reconnaissance de leur propre vulnérabilité est faite, mais s'en serve-t-il comme une vertu relationnelle ? Je disais plus haut qu'ils ne le montrent pas, alors si le patient ne se doute pas de la vulnérabilité du soignant qui le prend en charge, comment cela peut-il devenir une vertu relationnelle ? L'auteur parle de la rencontre entre deux vulnérabilité. Le soignant a conscience de la sienne, et aussi de celle du patient.

Christian Loehlé dans son texte « Heurts et douleurs dans la relation de soin » tient le même discours, il parle de « vulnérabilité relationnelle que le thérapeute et le client ont en commun ».

J'ai éprouvé le besoin de rechercher de nouvelles lectures sur la vulnérabilité, et celle de Philippe Svandra intitulée « introduction à la pensée d'Emmanuel Levinas. Le soin ou l'irréductible inquiétude d'une responsabilité infinie. » m'a permis de mieux comprendre ce que Levinas disait de la vulnérabilité. La vulnérabilité serait la raison d'être du soin. Tant de Philosophes ont apparemment voulu nous éviter de concevoir notre vulnérabilité, nous protéger d'elle, mais Levinas et Ricoeur ne pensaient pas de la même façon. La pensée de Levinas est l'essence des soins palliatifs.

Le soin est décrit comme une attention particulière, « la volonté de faire attention, d'être précautionneux, attentif. Comment expliquer alors cette application scrupuleuse, ce soucis attentif ? La réponse semble évidente, le soin se rapporte à ce qui a de l'importance pour nous, ce à quoi nous tenons vraiment ». (Svandra, 2018)

« Inquiétude et vulnérabilité sont au cœur de la relation de soin. Il s'agit de considérer le soin comme une rencontre au cours de laquelle les protagonistes sont successivement et parfois simultanément, inquiets et vulnérables. » (Svandra, 2018)

Philippe Svandra, par Levinas, vient donc confirmer la pensée de Zielinski, et Loehlé.

Lors de mes interrogatoires, les soignants ont lié la vulnérabilité à la relation de confiance. Pour eux, se savoir vulnérable permet de stabiliser la relation qui se crée par la confiance.

Dans mon cadre de référence je n'ai que survolé ce concept. J'ai donc cherché des textes et des auteurs qui me permettent ici de pouvoir le développer.

« Au sens strict du terme, la confiance renvoi à l'idée qu'on peut se fier à quelqu'un ou à quelque chose. Le verbe confier (du latin *confidere* : cum, « avec » et *fidere* « fier ») signifie en effet qu'on remet quelque chose de précieux à quelqu'un, en se fiant à lui et en s'abandonnant ainsi à sa bienveillance et à sa bonne foi. » (Marzano)

La relation de confiance entre soignant et soigné, c'est le moment où l'autre se confie, laisse aller les mots, les larmes. Le soigné n'a pas peur du jugement dans cette relation, il est authentique. Le soignant est à l'écoute, il n'obéit à aucune règle à ce moment. Il est authentique lui aussi. La relation de confiance est donc un partage d'authenticité.

C'est aussi le moment où le patient sait qu'il remet ce qu'il a de plus précieux, sa vie selon les situations, entre les mains d'un professionnel, qui allie à la fois le côté émotionnel de la relation de confiance mais aussi le côté des compétences, la technique.

Cette relation se construit au jour le jour, et demande la participation des deux personnages. C'est un engagement mutuel. On dit que la confiance se mérite, qu'elle n'est pas définitive. Pour être digne de confiance, comme je le disais plus haut, le soignant se doit d'être authentique, impliqué et professionnellement compétent.

Les soignants que j'ai interrogé sont tous capables d'identifier leurs émotions, ils les verbalisent, en sont conscients. Ce qui concorde avec le texte écrit par Monique Formarier « *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital* ». Les émotions rencontrées sont aussi identiques chez les auteurs, que chez les soignants. Les émotions négatives telles que la tristesse et la colère sont souvent rencontrées chez les soignants, mais la joie aussi notamment dans l'entretien avec l'infirmière de soins palliatifs quand elle parle de la joie ressentie lors du mariage d'un de ses patients dans son service.

Dans mon enquête, tous les soignants sont en accord pour ne pas montrer leurs émotions aux patients afin de ne pas encore plus les accabler.

*« l'infirmière doit savoir retenir discrètement ses émotions, ne pas laisser paraître la peur l'angoisse, le dégoût, la pitié. » (Schachtel, 1991)*

Il est aussi question de ne pas montrer ses émotions aux autres membres de l'équipe, cela renvoie les soignants à donner une image d'eux qui les rendrait incompetents au regard de leurs collègues. Il faut être fort aux yeux des patients et des soignants.

*« il s'agit de prouver à sa communauté qu'elle ne l'a pas quitté pour celle des malades... » (Mercadier, *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, 2020)p 202*

*« c'est nous qu'on s'interdit de montrer nos émotions déjà pour le regard des autres parce que on se dit on a pas le droit de les montrer aux autres soignants. » (ESI)*

*« Il ne faut pas que les autres ils voient qu'on est vulnérable après ils peuvent penser qu'on est fragile qu'on est qu'on est pas à la hauteur parce que l'image du soignant c'est : il doit être fort, il doit être solide, il est là pour soigner, il est là pour guérir, pour prendre soin, et lui il n'a pas le droit en fait d'être fragile. C'est pour ça qu'on se cache dans nos émotions. » (ESI, annexe XI).*

*« Par contre c'est pas bien pour mes collègues cette évolution...je ne veux pas qu'on me voit comme quelqu'un de trop sensible et ni trop insensible. C'est le regard de l'autre qui me gêne. » (ASEHPAD, annexe XVII).*

Lorsque j'ai abordé la question de l'évolution émotionnelle, les soignants ont tous selon eux évolué. Cela rejoint la partie de l'historicité des émotions. Ils sont nés avec un capital émotionnel forgé par l'aspect familial et culturel. Ils sont devenus soignants pour une raison particulière, lié intimement à des évènements et aussi des croyances. Le travail de soignant leur a ensuite permis de se forger une carapace afin de ne pas se laisser envahir. Mais il subsiste toujours des moments qui leur rappellent que les émotions sont bien là. Toute cette analyse m'amène à la problématique.

## 10. Problématique

Les soignants sont donc vulnérables et en ont conscience, mais l'histoire de notre métier nous ramène à une impuissance face à certaines situations. Et selon les soignants interrogés cette notion d'impuissance est ressentie. Mais comme je le disais plus haut, le propre du soignant n'est pas de guérir, il est de prendre soin. On peut parler alors du mythe du soignant sauveur.

Cette vulnérabilité est cependant le ciment de la relation soignant soigné, puis qu'elle induit la relation de confiance.

En réalisant ce travail, il en ressort que l'accompagnement trouve alors sa place en tant que soin. Mais il est relégué au second plan. Accompagner n'est-il pas le pilier du soin ? Alors que certains soignants interrogés pensent le soin comme conception biomédicale. En effet le fait de donner des antalgiques est la première chose dont l'étudiante en soins infirmiers parle en tant que soin, et ensuite elle aborde l'accompagnement comme seule issue car les différents antalgiques ne font pas un effet satisfaisant. L'accompagnement n'est-il pas alors relégué au second plan dans la prise en charge d'un patient ? L'accompagnement est-il la dernière chose à faire ou la première chose à faire ? Ou tout cela se fait-il dans le même temps ? L'accompagnement n'est-il pas une vision globale du patient ? Contrairement au côté biomédical ?

Mon choix s'oriente vers la remise en question de l'impuissance et de la vulnérabilité. Ce sont deux termes différents, mais pourtant faisant parti des paroles que j'ai entendu.

Pourquoi les soignants se sentent-ils impuissant ? Sont-ils investis de pouvoirs par leurs connaissances qui les rendrait sauveurs de leurs patients ? Sont-ce les patients qui dans une

attente irrépressible de guérison, portent les soignants au rang de sauveurs ? Qu'est-ce que l'impuissance pour un soignant ? Je n'ai malheureusement pas posé cette question lors de mes entretiens, et je le regrette. Il faut mettre en tension les deux termes.

Si je reviens sur la définition de la vulnérabilité, se dit d'un être qui peut être blessé, facilement atteint, on y retrouve bien le soignant qui se retrouve atteint par le patient et son récit de vie, mais aussi par sa souffrance, par sa douleur, par sa précarité, par sa maladie, par la mort. Et les récits des soignants corroborent avec cette définition.

Alors si je reprends la définition de la l'impuissance selon le CNRTL, « *manque de force physique ou morale pour agir, manque de pouvoir* ».

Les soignants qui ont répondu à mon enquête sur ce sujet ont parlé d'une impuissance à soigner. Qu'est ce qui lie alors ces deux termes ?

Quand on est vulnérable, il y a une perte de pouvoir de se défendre, comme le dit la définition le vulnérable peut être blessé.

L'impuissance est un manque de force, de pouvoir, alors cela rejoint le concept de la vulnérabilité, puis qu'il est question d'être en position de faiblesse, de vulnérabilité. De cela peut naître une hypothèse selon laquelle l'impuissance amplifierait la vulnérabilité, donc la question de recherche qui me vient est :

**« En quoi l'impuissance du soignant viendrait-elle accroître sa vulnérabilité dans sa relation avec le patient ?**

## 11. Conclusion

Pour conclure ce travail de recherche, je vais revenir sur la démarche que j'ai effectuée, son déroulement, ainsi que ce qu'elle m'a apporté pour ma pratique future.

Suite à une situation qui m'a bouleversé j'ai lu des textes et enquêté auprès de différents soignants afin de trouver des réponses à mes interrogations sur la vulnérabilité et les émotions qui nous envahissent nous soignants dans les différentes situations de soin. Cela a confirmé que nous sommes fait d'émotions et que nous les ressentons tout au long de notre carrière. J'ai pu aussi découvrir les différentes façons de les utiliser et de s'en protéger.

Certains changent de service, certains restent mais passent la main à leurs collègues dans les moments difficiles, certains utilisent leur blouse blanche comme armure, certains pleurent, certains utilisent l'humour. L'essentiel est de les accueillir, et de les accepter. Les émotions sont très intimes, et ne doivent pas être dévoilées pour la plupart..

Elles ne doivent pas être montrées au patient, qui est déjà émotionnellement envahi par sa situation, mais aussi et surtout pas aux yeux des soignants. Montrer ses émotions à ses collègues démontre une faiblesse pour une grande partie.

Tout au long de ce travail j'ai appris également dans mes stages à accueillir, identifier et accepter mes émotions. Oui nous sommes tous touchés par cet autre que nous soignons. Cette recherche a soulevé le concept de l'impuissance éprouvée par le soignant qui viendrait accroître sa vulnérabilité.

Dans ma pratique future, ce travail me permettra de pouvoir avoir conscience de mes limites émotionnelles, également de pouvoir mettre en place des moyens de défense et aussi d'identifier cette impuissance si elle se présente.

Il pourrait aussi me permettre de travailler en équipe pour pouvoir mettre des mots sur le poids des émotions dans la vie de soignant et enfin d'accompagner au mieux les étudiants en soin dans la confrontation avec leurs émotions, afin qu'ils trouvent leur place dans cette relation.

## 12. Liste de références

- A, C. J., & Vigarello, G. (2016, 12). *histoires des émotions, vol I, de l'antiquité aux lumières*. Paris: Seuil.
- Bercot, E. (Réalisateur). (2020). *De son vivant* [Film].
- Cara, C., & O'Reilly, L. (2008, décembre). S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers n°95*, pp. 37-45.
- Charline. (2018). *Bonjour, C'est l'infirmière ! tous mes patients ont une histoire*. Paris: poche.
- Christophe, V. (1998). *Savoir mieux les émotions*. Villeneuve d'Ascq: presse universitaire du septentrion.
- Cyrułnik, B. (2001, Mai). Le monde de l'éducation.
- Dany, L., Dormieux, A., Futo, F., & Favre, R. (2006). La souffrance : représentations et enjeux. *Recherche en soins infirmiers n°84*, pp. 91-104.
- Dany, L., Dormieux, A., Futo, F., & Favre, R. (2006, janvier). La souffrance, représentations et enjeux. *recherche en soins infirmiers n°84*, pp. 91-104.
- Delhaye, M., & Lotstra, F. (2007). Soignants soignés, un rapport complexe, une réflexion "chemin faisant" quand au statut émotionnel du patient. *Cahier de psychologie clinique n°28*, p. 52.
- Delieutraz, S. (2012, avril). Le vécu d'impuissance chez le soignant : entre pertes et élan retrouvé. *Clinique*, pp. 146-162.
- Delion, P. (2009, février). La peur des soignants. La peur peut devenir une amie transférentielle. *Dialogue N°184*, pp. 55-58.
- E, M. (1946). *Traité du caractère*. Paris: Seuil.
- Edmond Marc, D. P. (2002). Dans *Vocabulaire de psychosociologie*,. p. pages 189 à 196.
- Emmanuel, M. (1946). *le corps d'autrui*. Paris: Seuil.

- Filliozat, I. (2001). *Que se passe-t-il en moi ? Comment bien vivre avec ses émotions?* Paris: Jean Claude Lattès.
- Fontaine, M. (2009, mars). L'accompagnement un lieu nécessaire des soins infirmiers... *Pensées plurielles* , pp. 53-63.
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalité. *Recherche en soins infirmiers* n°89, p. 35.
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers* n°89, pp. 33-42.
- Gilloots, E. (2006). Souffrance et douleur. *Gestalt*, pp. 23-32.
- Golleman, D. (2004). *L'intelligence émotionnelle*. Paris: J'ai lu.
- Isnard. (2017). La relation de soin. *La pleine conscience au service de la relation de soin*, pp. 87-96.
- Larousse. (s.d.). *Dictionnaire*.
- Launet, M., & Perez Court, C. (2021). *La boîte à outils de l'intelligence émotionnelle*. Paris: Dunod.
- Laurence, H. (2021). "De son vivant" : Benoît Magimel magistral dans un film bouleversant sur la fin de vie. *France Info Culture*.
- Le Breton, D. (2006). Scarifications adolescentes dans enfance et psy. p. 45.
- Lecoq, D., Lefebvre, H., Bellier, T., Antonini, M., Dumont, J., Van Cutsem, C., . . . Delmas, P. (2021, juin). Emotions des infirmières au chevet des patients hospitalisés pour la COVID 19. Recherche qualitative consensuelle. *Santé publique, volume 33 N°6*, pp. 863-873.
- Lemoinea E., L. L., Langea , F. Chapuisa, P. Vassal b,\*,, L., Chapuisa, F., & Vassal , P. (2014, avril 24). Ethique et santé. *Relation soigné soignant : réflexions sur la vulnérabilité et l'autonomie*, pp. 86-90.
- Liendle, M. (2012). Vulnérabilité. *Concepts en sciences infirmières*, pp. 304-306.

- Loehlé, c. (2019, juin). Heurts et douleurs dans la relation de soin. *Actualité en analyse transactionnelle n°167*, p. 52.
- Loehlé, C. (2019). Heurts et douleurs dans la relation de soin. *Actualités en analyse transactionnelle n°167*, pp. 41-54.
- Marzano, M. (s.d.). Qu'est ce que la confiance ? . *Etude tome 412*, pp. 53-63.
- Maury, L. (1993). Philosophie. *Les émotions de Darwin à Freud*, pp. 5-17.
- Mazurelle, H. (2020). *Kaspar l'obscur ou l'enfant de la nuit*. paris: La découverte.
- Mazurelle, H. (2021, juin 25). Comment écrire l'histoire des émotions. (X. Mauduit, Intervieweur)
- Mercadier, C. (2020). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital : le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné* (éd. 2e ). paris: poche.
- Merkling, J., & Langenfeld, s. (2010). *Les essentiels en IFSI Psychologie, sociologie, anthropologie. UE 1.1*. Issy les moulineaux: Elsevier Masson.
- Mounier. (1946). *Le traité du caractère*. Paris: Seuil.
- Paul, M. (2012, mars). L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique, l'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. *recherche en soins infirmiers n°110*, pp. 13-20.
- Schachtel, M. (1991). *j'ai voulu être infirmière*. Paris: Albin Michel.
- Sel, A., Bernard Peyre, , L., & Pigeon, A. (s.d.). *L'art de susciter des émotions*. Récupéré sur <https://tpe-les-emotions-33.websself.net/>.
- Svandra, P. (2018). Introduction à la pense d'Emmanuel Levinas. Le soin ou l'irréductible inquiétude d'une responsabilité infinie. . *Recherche en soins infirmiers n°132*, pp. 91-98.
- Tribonnière, D. X. (2016). *Pratiquer l'éducation thérapeutique*. paris: Elsevier masson.
- Tutu, D. (s.d.). *Le parisien*.
- Van Gogh, V. (1988). *Lettre à Théo*. Paris: Gallimard.

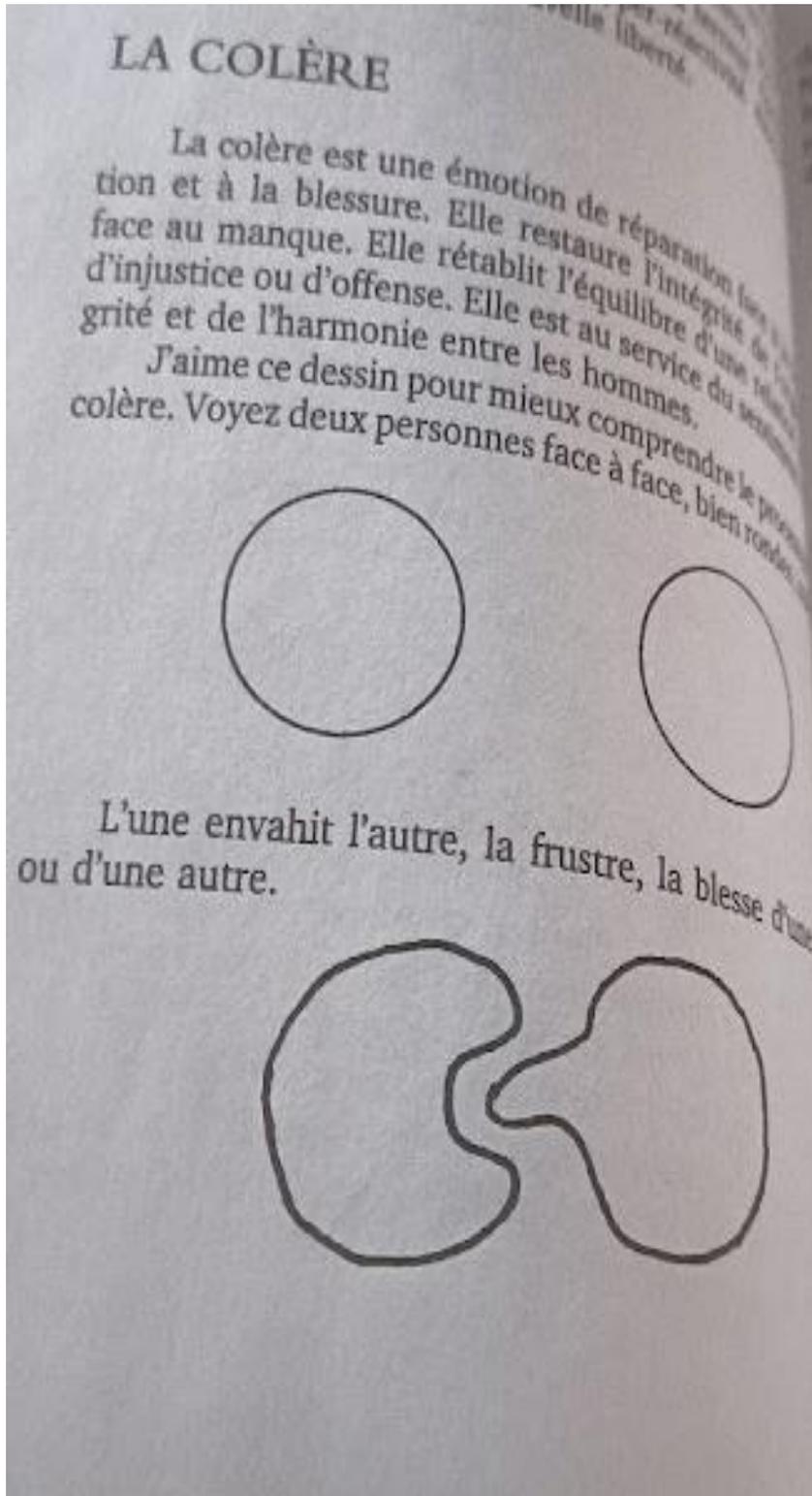
Vasseur A, & Cabié, M. (2005). La relation de confiance fondement de la résilience en psychiatrie. *recherche en soins infirmiers n° 282*, pp. 43-49.

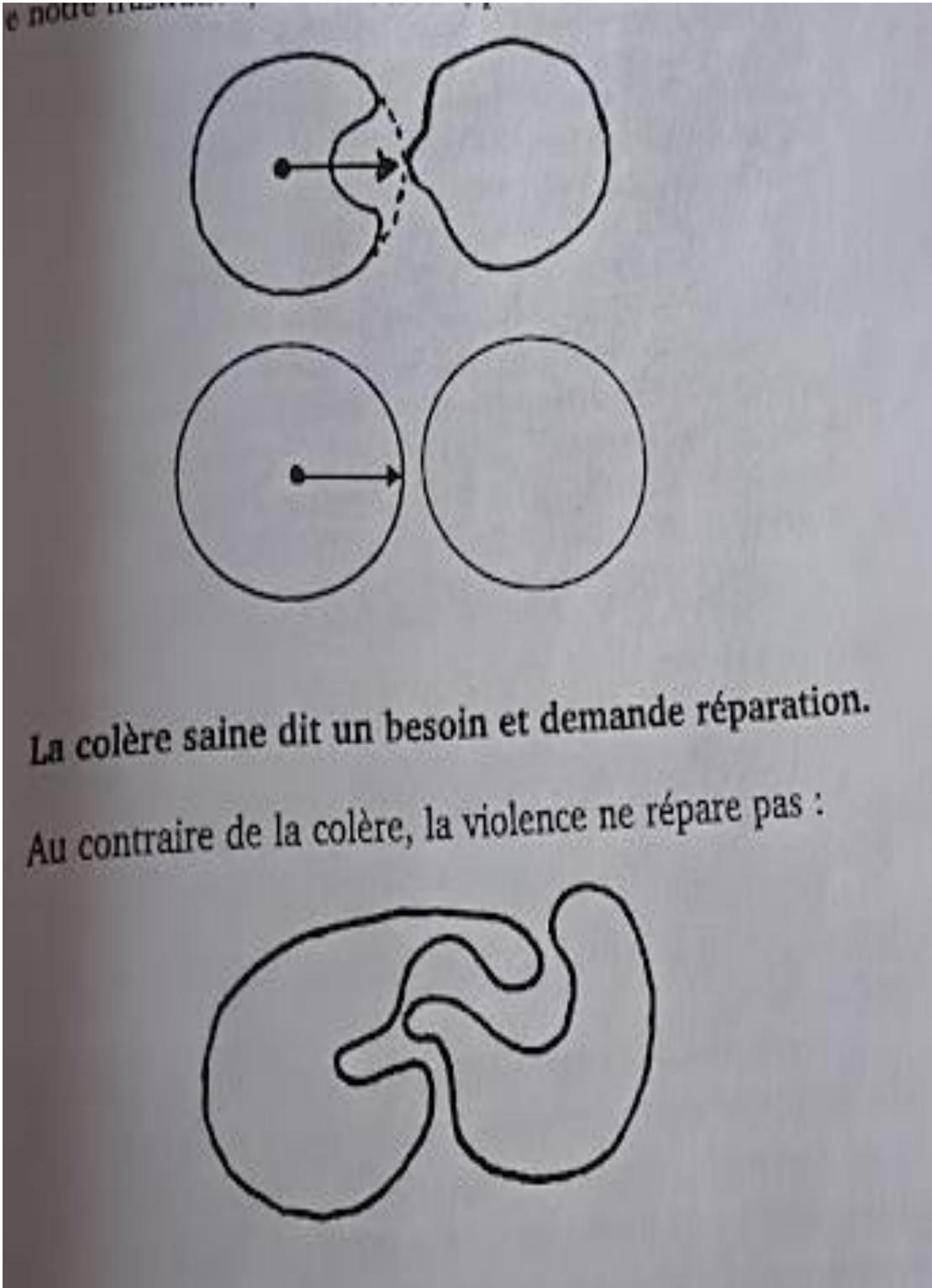
Zielinski, A. (2011). Cahier philosophique n°125. *Etre patient, être malade*, pp. 98-102.

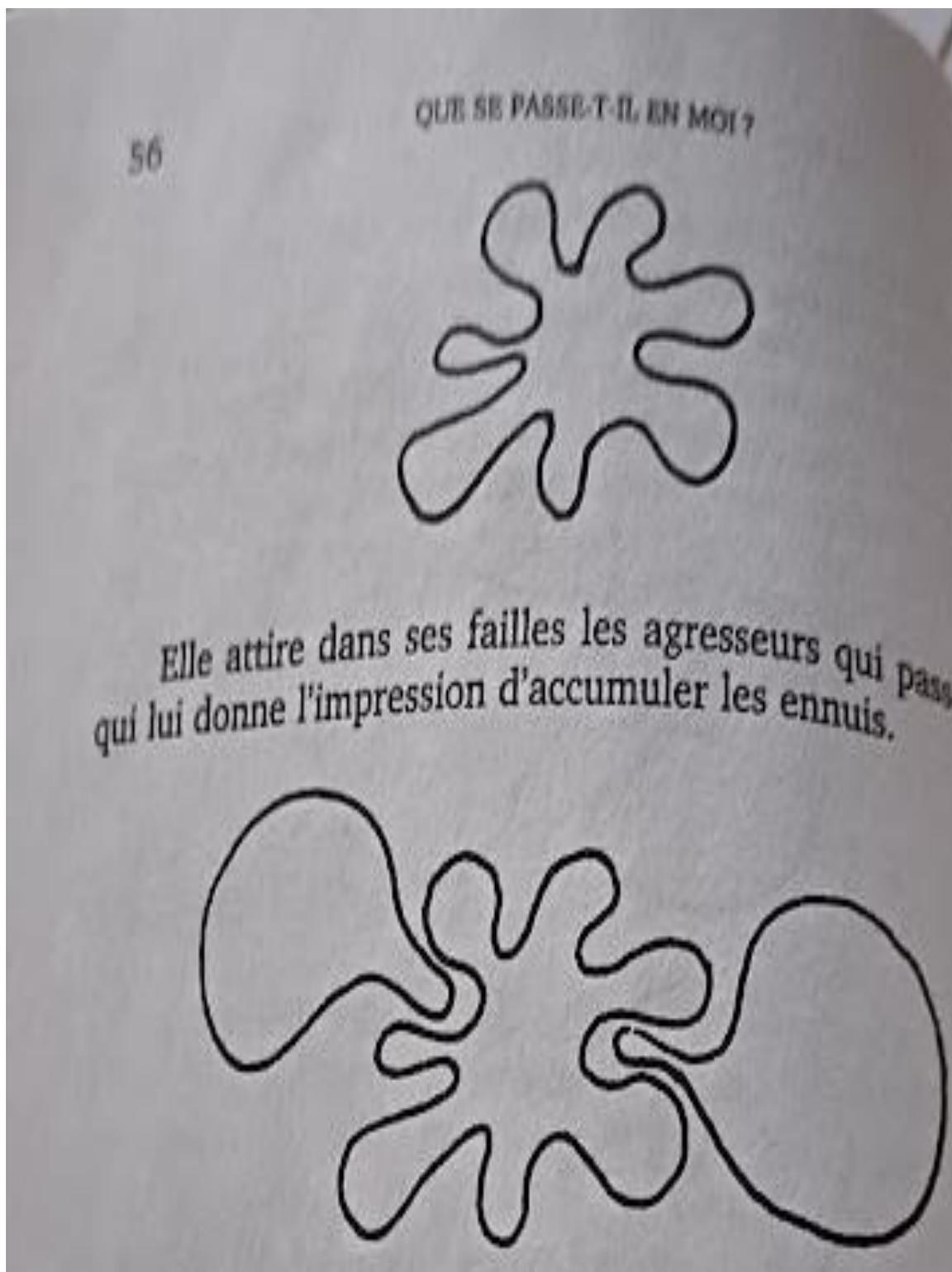
### 13. Table des annexes

<b>Annexe I : Schématisation de la colère ; page 54.....</b>	<b>I</b>
<b>Annexe II : Schématisation de la colère, page 55 .....</b>	<b>II</b>
<b>Annexe III : Schématisation de la colère, page 56.....</b>	<b>III</b>
<b>Annexe IV : Poème de Baudelaire .....</b>	<b>IV</b>
<b>Annexe IV : Demandes d'autorisations centres hospitaliers.....</b>	<b>VI</b>
<b>Annexe V : Demandes d'autorisations centres hospitaliers. ....</b>	<b>VII</b>
<b>.....</b>	<b>VII</b>
<b>Annexe VI : Demandes d'autorisations centres hospitaliers.....</b>	<b>VIII</b>
<b>Annexe VII: Autorisations de diffusion.....</b>	<b>IX</b>
<b>Annexe VIII : Autorisation des centres hospitaliers .....</b>	<b>XII</b>
<b>Annexe IX : Demandes d'autorisations centres hospitaliers.....</b>	<b>XIII</b>
<b>Annexe IX : Tableau d'aide aux entretiens.....</b>	<b>XIV</b>
<b>Annexe XI: Retranscription de l'entretien avec l'ESI .....</b>	<b>XVI</b>
<b>Annexe XII: Retranscription entretien avec ASORTHO .....</b>	<b>XXIV</b>
<b>Annexe XIII: Retranscription entretien IDEL .....</b>	<b>XXXII</b>
<b>Annexe XIV : retranscription de l'entretien avec l'infirmière de soins palliatifs, PALLIA .....</b>	<b>XXXVIII</b>
<b>Annexe XV : retranscription de l'entretien avec l'infirmière de l'EHPAD.....</b>	<b>XLVII</b>
<b>Annexe XVI : retranscription de l'entretien avec la psychologue .....</b>	<b>LIV</b>
<b>Annexe XVII : retranscription de l'entretien l'aide-soignante d'EHPAD.....</b>	<b>LXI</b>
<b>Annexe XVIII : Tri des données de l'entretien avec ESI.....</b>	<b>LXVII</b>
<b>Annexe XIX : Tri des données de l'entretien avec ASORTHO .....</b>	<b>LXX</b>
<b>Annexe XX : Tri des données de l'entretien avec PALLIA.....</b>	<b>LXXIII</b>
<b>Annexe XXI : Tri des données de l'entretien avec IDEL.....</b>	<b>LXXVI</b>

<b>Annexe XXII : Tri des données de l’entretien avec IDEBABA.....</b>	<b>LXXVIII</b>
<b>Annexe XXIII : Tri des données de l’entretien avec PSYCHO.....</b>	<b>LXXXII</b>
<b>Annexe XXIV : Tri des données de l’entretien avec ASEHPAD .....</b>	<b>LXXXVI</b>
<b>Annexe XXV : Analyse des données sur la vulnérabilité.....</b>	<b>LXXXIX</b>
<b>Annexe XXVI : Analyse des données sur les émotions .....</b>	<b>XCIX</b>
<b>Annexe XXVII :Table des abréviations et acronymes .....</b>	<b>CXI</b>







*Annexe IV : Poème de Baudelaire*

**Une charogne**

Rappelez-vous l'objet que nous vîmes, mon âme,  
Ce beau matin d'été si doux:  
Au détour d'un sentier une charogne infâme  
Sur un lit semé de cailloux,

Le ventre en l'air, comme une femme lubrique,  
Brûlante et suant les poisons,  
Ouvrait d'une façon nonchalante et cynique  
Son ventre plein d'exhalaisons.

Le soleil rayonnait sur cette pourriture,  
Comme afin de la cuire à point,  
Et de rendre au centuple à la grande Nature  
Tout ce qu'ensemble elle avait joint;

Et le ciel regardait la carcasse superbe  
Comme une fleur s'épanouir.  
La puanteur était si forte, que sur l'herbe  
Vous crûtes vous évanouir.

Les mouches bourdonnaient sur ce ventre putride,  
D'où sortaient de noirs bataillons  
De larves, qui coulaient comme un épais liquide  
Le long de ces vivants haillons.

Tout cela descendait, montait comme une vague  
Ou s'élançait en pétillant  
On eût dit que le corps, enflé d'un souffle vague,  
Vivait en se multipliant.

Et ce monde rendait une étrange musique,  
Comme l'eau courante et le vent,  
Ou le grain qu'un vanneur d'un mouvement rythmique  
Agite et tourne dans son van.

Les formes s'effaçaient et n'étaient plus qu'un rêve,  
Une ébauche lente à venir  
Sur la toile oubliée, et que l'artiste achève  
Seulement par le souvenir.

Derrière les rochers une chienne inquiète  
Nous regardait d'un œil fâché,  
Espionnant le moment de reprendre au squelette  
Le morceau qu'elle avait lâché.

– Et pourtant vous serez semblable à cette ordure,  
A cette horrible infection,  
Etoile de mes yeux, soleil de ma nature,  
Vous, mon ange et ma passion!

Oui! telle vous serez, ô la reine des grâces,  
Après les derniers sacrements,  
Quand vous irez, sous l'herbe et les floraisons grasses,  
Moisir parmi les ossements.

Alors, ô ma beauté! dites à la vermine  
Qui vous mangera de baisers,  
Que j'ai gardé la forme et l'essence divine  
De mes amours décomposés!

Annexe IV : Demandes d'autorisations centres hospitaliers.



**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

Mme Lambert Sandrine  
Étudiante en soins infirmiers  
Adresse

à Madame la Directrice des Soins

Téléphone : 06  
Mail : s

Orange, le 16 février 2023

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans les services : oncologie, soins palliatifs, chirurgie orthopédique.

auprès des populations : infirmières et aides soignantes

dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

**« les émotions et la vulnérabilité des soignants. »**

Vous trouverez ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

- Depuis combien de temps êtes-vous soignant ?
- Pensez-vous que vous êtes vulnérables ?
- Pour quelle raison ? pourquoi ?
- Dans quelle situation pourriez-vous vous sentir vulnérable ?
- Pouvez-vous me parler d'une situation où vous vous êtes sentis vulnérable et ses conséquences ?
- Quelle est la place des émotions selon vous dans la relation-soignant soigné ?
- Pensez-vous me parler de vos émotions dans votre vie professionnelle ?
- Pouvez-vous me raconter une situation dans laquelle vous vous êtes senti submergé par vos émotions ?
- Quelle situation de soin pourrait vous émouvoir ?
- Pensez-vous vous être servi de vos émotions dans la relation de soin ?
- Quand vous repensez au début de votre exercice dans ce service, pouvez-vous me dire comment vous vous sentez maintenant dans ces mêmes situations ?
- D'un point de vue émotionnelle pensez-vous avoir évolué dans votre carrière professionnelle ?

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de ma respectueuse considération.

Mme Lambert Sandrine.

Annexe V : Demandes d'autorisations centres hospitaliers.



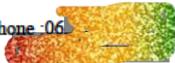
**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

Mme Lambert Sandrine  
Étudiante en soins infirmiers  
Adresse :



Téléphone :06

Mail :



à Madame la Directrice des Soins  
Monsieur le Directeur des soins

Avignon, le 16 février 2023

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le

Service : CMP de [redacted]  
auprès de la population :Psychologue  
dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

**« Les émotions et la vulnérabilité dans la relation soignant soigné ».**

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

- Depuis combien de temps êtes-vous soignant ?
- Pensez-vous que vous êtes vulnérables ?
- Pour quelle raison ? pourquoi ?
- Dans quelle situation pourriez vous vous sentir vulnérable ?
- Pouvez-vous me parler d'une situation où vous vous êtes sentis vulnérable et ses conséquences?
- Quelle est la place des émotions selon vous dans la relation-soignant soigné ?
- Pensez-vous me parler de vos émotions dans votre vie professionnelle ?
- Pouvez vous me raconter une situation dans laquelle vous vous êtes senti submergé par vos émotions ?
- Quelle situation de soin pourrait vous émouvoir ?
- Pensez vous vous être servi de vos émotions dans la relation de soin ?
- Quand vous repensez au début de votre exercice dans ce service, pouvez-vous me dire comment vous vous sentez maintenant dans ces mêmes situations ?
- D'un point de vue émotionnelle pensez vous avoir évolué dans votre carrière professionnelle ?

Etablissement régional de formation des professionnels paramédicaux - Alpes et Provence - AVIGNON et au Pays de Vaucluse  
740 chemin des Meinajaries - 84907 AVIGNON Cedex 9 - Tel 04 32 40 37 05

Annexe VI : Demandes d'autorisations aux centres hospitaliers.



**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

M. Lambert Sandrine  
Étudiant  
Adresse

à Madame la Directrice des Soins  
Monsieur le Directeur des soins

Téléphone : 06  
Mail : s

Avignon, le 16 février 2023

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le

Service : EHPAD de  
auprès de la population : Infirmière

dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

**« Les émotions et la vulnérabilité dans la relation soignant-soigné. »**

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

- Depuis combien de temps êtes-vous soignant ?
- Pensez-vous que vous êtes vulnérables ?
- Pour quelle raison ? pourquoi ?
- Dans quelle situation pourriez vous vous sentir vulnérable ?
- Pouvez-vous me parler d'une situation où vous vous êtes sentis vulnérable et ses conséquences ?
- Quelle est la place des émotions selon vous dans la relation-soignant soigné ?
- Pensez-vous me parler de vos émotions dans votre vie professionnelle ?
- Pouvez vous me raconter une situation dans laquelle vous vous êtes senti submergé par vos émotions ?
- Quelle situation de soin pourrait vous émouvoir ?
- Pensez vous vous être servi de vos émotions dans la relation de soin ?
- Quand vous repensez au début de votre exercice dans ce service, pouvez-vous me dire comment vous vous sentez maintenant dans ces mêmes situations ?

Établissement Régional de Formation des Professions Paramédicales - GIPES d'Avignon et du Pays de Vaucluse  
740 chemin des Meinjaries - 84907 AVIGNON Cedex 9 - Tel 04 32 40 37 05

Annexe VII: Autorisations de diffusion



**AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES**

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée Lambert Sandrine

Promotion : 2020 2023

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser mon travail de fin d'études.

(Titre du TFE) Vulnérabilité et émotions des soignants : une rencontre saisissante.

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui  non

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui  non

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le 30 MAI 2023..... Signature :



**AUTORISATION DE DIFFUSION D'UN ENTRETIEN**

**Je soussignée** Mme ESI

Promotion : 2020-2023

**Autorise**, sans limitation de temps Mme Lambert Sandrine

**à diffuser** l'entretien que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers avec elle

**En version papier** (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui  non

**En version numérique - PDF** (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui  non

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation l'entretien de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le 22 février 2023.

Signature :



AUTORISATION DE DIFFUSION D'UN ENTRETIEN

Je soussignée Mme ASEHPAD

Promotion : 2020-2023

Autorise, sans limitation de temps Mme Lambert Sandrine

à diffuser l'entretien que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers avec elle

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui  non

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui  non

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation l'entretien de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le 22 février 2023.

Signature :

Asehpad

Annexe VIII : Autorisation des centres hospitaliers



CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON  
305 rue Raoul FOLLIER  
84902 AVIGNON CEDEX 9  
DIRECTION DES SOINS  
☎ 04 32

Avignon, le 16 février 2023

Le Directeur Coordonnateur Général des Soins

Madame Sandrine LAMBERT

Nos Réf. : KR/ME/23

Vos Réf. : votre courrier du 16 février 2023

Objet : TEE

Madame,

J'accuse réception de votre demande dans laquelle vous sollicitez l'autorisation de réaliser des entretiens dans le cadre de votre travail de fin d'étude.

J'ai le plaisir de vous faire connaître que j'émetts un avis favorable à cette démarche. Je vous demanderai de bien vouloir prendre contact avec :

- Madame                   cadre de santé d'onco hématologie 1 au 04 32
- Madame                   , cadre de santé des soins palliatifs au 04 32
- Monsieur                 cadre de santé du service de chirurgie orthopédique au 04 32

afin de définir les modalités de réalisation de l'enquête.

Je vous prie d'agréer Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

POUR LE DIRECTEUR COORDONNATEUR GENERAL DES SOINS  
LE CADRE SUPERIEUR DE SANTE

CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON  
DIRECTION DES SOINS

Annexe IX : Demandes d'autorisations centres hospitaliers.



DIRECTION DES SOINS,

☎ 04 90 1

Avignon, le 22 Février 2023

**Madame Sandrine LAMBERT**

[slambert@erfpp84.fr](mailto:slambert@erfpp84.fr)

Réf. : ST/FB/029/2023

Objet : Demande d'autorisation d'entretiens infirmiers

Madame,

En réponse à votre demande, je vous informe que je vous donne mon accord pour que vous puissiez réaliser des entretiens auprès d'infirmiers et psychologues de l'établissement dans le cadre de votre travail de fin d'études.

Votre demande a été transmise aux Cadres Paramédicaux du Pôle [redacted]. Vous serez contactée directement pour définir les modalités de ces entretiens dans les meilleurs délais.

Je vous prie de croire, Madame, à l'assurance de mes salutations distinguées.

Coordinatrice Générale des Soins,

Stéphanie

Annexe IX : Tableau d'aide aux entretiens

Thèmes	Question	Intention
La vulnérabilité dans la relation soignant-soigné	1. Pensez-vous être vulnérable ? Pour quelle raison ? si la réponse est non passer à la question 2. Si la réponse est positive passer à la question 3.	Savoir si les soignants se sentent vulnérables dans leur vie professionnelle. S'ils ont conscience de cette vulnérabilité.
	2. Dans quelle situation pourriez-vous vous sentir vulnérable ?	Savoir si un contexte particulier, par exemple les soins particulier, une patientèle particulière, provoquerait cette prise de conscience de la vulnérabilité.
	3. Pourriez-vous me parler d'une situation de soin où vous vous êtes senti vulnérable et me dire pourquoi ainsi que les conséquences que cela a eu ?	Savoir s'ils ont vécu une situation, leur ressenti et les émotions que cela a suscité va me permettre d'engager la thématique des émotions.  Ce qu'ils ont fait après cette situation, et ce qu'ils ont fait quand une nouvelles situation s'est présentée.
Les émotions dans la relation soignant-soigné.	1. Quelle est selon vous la place des émotions dans la relation soignant-soigné ?	Connaitre la vision concernant les émotions de la part des soignant quand ils sont dans la relation soignant soigné.
	2. Pouvez-vous me parler de vos émotions dans votre vie professionnelle ?	Savoir si les soignants interrogés ont déjà ressenti des émotions dans une situation de soin, une relation de soin, et s'ils les ont identifié.
	3. Pouvez-vous me raconter une situation dans laquelle vous vous êtes senti submergé par vos émotions ?	Savoir si les soignants interrogés ont déjà été submergé par leurs émotions dans leur exercice, ce qu'ils en ont fait. Ce qui s'est passé après.
	4. Quelle situation de soin pourrait vous émouvoir ?	Dans le cas où le soignant répond négativement à la question précédente, il y a peut-être une situation, un service qui pourrait

		susciter en eux des émotions. Ce qui révélerait qu'il est possible de ressentir des émotions.
	5. Pensez-vous vous être servi de vos émotions dans la relation de soin ?	Savoir si les émotions sont des outils pour certains soignants
	6. Quand vous repensez au début de votre exercice dans ce service, pouvez-vous me dire comment vous vous sentez maintenant dans ces mêmes situations ?	Savoir si les soignants ont ressenti une évolution ou une régression dans leur vie professionnelle. S'ils ont des moyens de défense.
	7. D'un point de vue émotionnelle pensez-vous avoir évolué dans votre carrière professionnelle ?	Savoir si les soignants interrogés se sentent plus à l'aise avec leurs émotions depuis le début de leur exercice.

1 *Annexe XI: Retranscription de l'entretien avec l'ESI*

2 Durée 30 minutes et 16 secondes

3 **-Alors pour commencer bonjour et merci de bien vouloir participer à mon enquête**  
4 **exploratoire pour mon mémoire donc je vais te parler des émotions et de la vulnérabilité**  
5 **mais pour commencer est-ce que tu peux te présenter et puis me parler de ton cursus**  
6 **professionnel ?**

7 -Alors ben je m'appelle ESI donc je suis aide-soignante depuis 2013 donc sur mon parcours  
8 d'aide-soignante j'ai travaillé en psychiatrie donc j'ai travaillé en gérontopsychiatrie, j'ai  
9 travaillé en pédopsychiatrie, j'ai travaillé en accueil et crise fermée, et après je suis allé en  
10 maison d'accueil spécialisée. Voilà donc c'était des handicapés mentaux et moteurs et après j'ai  
11 passé le concours du coup d'infirmière et que j'ai réussi et du coup là je suis ça fait 3 ans que je  
12 suis à l'école de l'infirmière. J'ai quarante-six ans et j'ai cinq enfants.

13 **-Je vais aborder le premier sujet avec toi , donc la vulnérabilité. Et ma première question**  
14 **est : penses-tu être vulnérable dans ton exercice professionnel ?**

15 -Alors oui je me sens vulnérable parce qu'il y a aussi des moments on se sent vulnérable où on  
16 se sent impuissant et on peut se mettre à pleurer parce qu'on se sent fatigué, on peut en avoir  
17 assez car on se sent dépassé, on voit des décès ...

18 **-Peux-tu me parler d'une situation de soin où tu t'es senti vulnérable et me dire pourquoi**  
19 **ainsi que les conséquences que cela a eu ?**

20 -Je fais référence par exemple à un patient que j'ai suivi en Maison d'Accueil Spécialisée, je  
21 savais qu'il allait décéder, on a fait son accompagnement jusqu'à la fin de sa vie. On était à côté  
22 avec l'éducatrice on lui serrait la main, on s'est senti impuissant, on ne pouvait rien faire. Ce  
23 monsieur était trisomique, on savait qu'il était en âge, il avait 63 ans, un âge très bien car on ne  
24 vit pas longtemps avec cette pathologie. Nous on est soignant on savait qu'il ne fallait pas  
25 pleurer, il y avait la famille quand ils sont arrivés il ne fallait pas pleurer. Bon entre nous on  
26 savait qu'on pouvait se laisser aller, avec les autres infirmières. Après avec les éducatrices, les

27 AMP, les aides-soignants on a pleuré oui. Entre nous on savait qu'on pouvait évacuer, mais  
28 après quand la famille est arrivée au contraire, on leur a donné la main mais on a pas pleuré  
29 avec eux. On était là pour eux. Face à une famille on pleure pas, on tisse un lien avec la famille  
30 aussi, en plus une MAS c'est un lieu de vie, on est autant avec les familles que les résidants.  
31 On boit le café avec eux, on tisse une relation, et on se dit ils sont tellement mal de par le décès,  
32 qu'on se dit on peut pas rajouter à leur chagrin, on peut pas leur montrer qu'on est mal aussi.

33 **-Est ce qu'il y a des moments où tu as senti ta vulnérabilité dans d'autres situations ?**

34 **Tu parlais tout à l'heure d'impuissance face à la mort.**

35 -Oui des fois on sait que la personne elle est mal, et on peut rien faire quoi ... ou alors elle est  
36 algique alors on peut essayer de donner des antalgiques, augmenter les paliers, mais quand ils  
37 sont en fin de vie, de voir cette souffrance ça nous rend enfin ... on peut rien y faire du coup on  
38 se sent vulnérable ... on est dans l'accompagnement c'est tout ce qu'on peut faire. Mais je  
39 pense qu'on se projette aussi, on se dit dans cette souffrance qu'ils ont, c'est pas possible de  
40 vivre ça, et on aimerait faire quelque chose et on se dit si nous on est à leur place, ou à la place  
41 de leur famille on aimerait que les soignants fassent quelque chose. C'est ça qui fait que je me  
42 sens vulnérable, c'est le fait de me voir en eux.

43 **-On a donc traité la vulnérabilité,**

44 **-Alors du coup maintenant on va aborder le sujet des émotions, dans la relation soignant**  
45 **soigné d'après toi quelle est la place des émotions ?**

46 -Ah oui ben ils ont une place après on peut des fois on peut pas exprimer nos émotions selon le  
47 moment selon l'instant quoi c'est je veux dire car je parle de ça c'est par rapport à si jamais on  
48 est on a de la colère envers un patient et ben on peut pas divulguer cette colère mais bon  
49 forcément ça va se voir à notre comportement mais on va pas lui crier dessus on va devoir  
50 retenir cette émotion-là. Ou quand quelqu'un est en souffrance on va pas se mettre à pleurer ou  
51 alors comme là comme je disais quand ce patient est décédé ben oui entre soignant on a pleuré  
52 parce que c'est quelqu'un à qui on s'était attaché mais après face à la famille on s'est empêché  
53 de montrer nos émotions en fait mais on s'est retenu parce que ça a été difficile de voir la famille,  
54 ses sœurs parce que sa maman était décédée mais ça a été difficile pour nous de retenir nos

55 émotions c'est comme un patient qui va nous frapper parce que ça peut arriver en psychiatrie  
56 que un patient ah ben il nous lève la main dessus on peut avoir un moment de colère et de dire  
57 non de lui crier dessus mais on ne peut pas. Cette colère ça sera jamais physique quoi on va  
58 pouvoir dire non mais en criant pour qu'il s'arrête pour essayer de calmer ou alors essayer de  
59 l'apaiser mais on pourra pas exprimer cette colère comme il se doit quoi parce qu'on va pas crier  
60 plus fort que lui si jamais il cri. On va pas le faire même si nous au fond de nous on a envie de  
61 crier. Dans certaines situations alors les émotions n'ont pas leur place selon la situation par  
62 exemple tu peux pas l'exprimer non parce que sinon ça va envenimer la situation et au contraire  
63 des fois il faut mieux rien dire pour essayer d'apaiser ou parler calmement et pas dire sa colère  
64 à ce moment-là

65 **-D'accord.**

66 -C'est comme la peur aussi, j'ai eu peur d'un patient parce que quand je suis allé en stage c'était  
67 en gérontopsychiatrie, on était en plein repas parce qu'on faisait les repas thérapeutiques avec  
68 tous les patients et en fait se patient un moment donné ben du coup il a dû avoir des  
69 hallucinations donc il s'est levé il a tout envoyé en l'air le chariot repas les couverts et c'est vrai  
70 qu'à ce moment-là on a eu très peur déjà pour les patients qui étaient aussi avec nous parce  
71 qu'on était en plein repas thérapeutique et vu qu'il y avait des couteaux il y avait des fourchettes  
72 et on a eu peur pour nous aussi donc on savait pas comment faire à ce moment-là.

73 Bon après il existe des dispositifs qu'on appelle ça des DATI qu'on peut arracher et du coup il  
74 y a des renforts qui arrivent pour nous aider mais à ce moment-là le seul truc qu'on s'est dit il  
75 faut pas qu'on ait peur pour les autres patients parce que déjà eux ils étaient recroquevillés sous  
76 la table, on les a vite écarté à l'extérieur de l'unité, on a laissé le patient en crise tout casser  
77 dans la salle à manger, on a gardé notre sang froid, on a déclenché les DATI, à ce moment-là  
78 on a rien laissé transparaître, on a tout gardé, mais on avait le cœur qui tapait à deux mille, on  
79 avait peur nous aussi, on se demandait si on allait arriver à sortir tout le monde sans que  
80 personne soit blessé. L'émotion de la peur qui était bien là elle pouvait pas avoir sa place en  
81 fait. On devait la contenir, en tant que soignant on se devait de ne pas laisser voir cette peur par  
82 rapport aux autre patients parce que pour nous si nous on montrait qu'on avait peur les autres  
83 patients auraient eu peur et après on aurait pas pu gérer la situation. C'est comme quelqu'un qui  
84 a mis un feu dans une unité si on commence à paniquer et ben tout le monde va paniquer et ça

85 va envenimer les choses et en fait on va réussir à rien faire à part peut-être être brûlé à la fin  
86 quoi. Donc l'émotion elle se transmet alors de toute façon.

87 **-Une autre question est-ce que ça t'arrive de te servir de tes émotions dans la relation avec**  
88 **le soigner avec le patient ?**

89 -Alors ça peut arriver parce que du coup je pense que inconsciemment on peut se servir de nos  
90 émotions pour calmer un patient.

91 **-Tu as un exemple à me donner ?**

92 Un exemple d'une émotion on peut alors un exemple alors j'essaie de trouver une situation  
93 vécue ... on parlait tout à l'heure de la colère donc à certains moments par contre on est obligé  
94 de se mettre en colère parce qu'il y a des patients en fait ils en ont besoin ... si on le remet pas  
95 un cadre quand on crie pas qu'on se met pas en colère ils écouteront pas selon le moment bien  
96 sûr et du coup je vais te donner un exemple : on avait un patient jeune mais par contre c'était un  
97 « Golgoth », il était immense très musclé mais par contre il avait un retard mental donc  
98 forcément pour lui au niveau mental c'est un enfant de 8 ans mais dans un corps d'adulte donc  
99 à des moments mais on était obligé, parce que des fois il c'est pareil il nous prenait le chariot il  
100 nous le retourner ou alors il défonçait les portes pour sortir même s' il avait pas le droit de sortir  
101 de l'unité, donc à des moments donc on était obligé quand même de montrer cette colère et de  
102 lui dire, de le prendre entre quatre yeux et de lui dire « *non mais maintenant ça suffit parce que*  
103 *vraiment là maintenant je suis en colère* » il y a que comme ça où il arrivait à se calmer et à se  
104 canaliser quoi parce que si on lui disait gentiment il ne s'arrêterait pas, il fallait vraiment montrer  
105 cette colère pour qu'il s'arrête.

106 Alors après par la suite avec le travail avec la famille on s'est aperçu le papa nous disait que lui  
107 c'était aussi comme ça qu'il faisait, qu'il montrait qu'il était en colère autrement son enfant il  
108 comprenait rien quand il venait il le prenait en permission le weekend donc au final on s'est pas  
109 trompé et dans cette situation on se servait de nos émotions, on était obligé de se servir de notre  
110 colère pour que le patient s'arrête.

111 **-Quand tu repenses à tes débuts dans la formation jusqu'à ce jour en 3e année est-ce que**  
112 **tu sens que ça a évolué quand tu te retrouves dans une situation où il y a un moment où**

113 **tes émotions elles vont prendre le dessus ? Est-ce que tu gères mieux ou moins bien, ou -**  
114 **c'est pareil ?**

115 -C'est vrai que au niveau des émotions quand même j'ai remarqué que je les contrôle peut-être  
116 même un peu plus. Après c'est peut-être aussi bon du coup l'expérience mais en même temps et  
117 j'ai un peu plus de réflexion on va dire parce que du coup l'école nous apprend en fait à plus  
118 réfléchir sur les bonnes pratiques. On va dire que c'est vrai que quand on était aide-soignante  
119 on avait des notions mais c'est pas les mêmes notions, c'est pas les mêmes concepts, c'est pas la  
120 même réflexion et là pendant les études d'infirmière on nous apprend vraiment au niveau de la  
121 réflexion de comment agir. C'est vrai qu'au niveau de mes émotions et ben je sais après c'est  
122 spontané donc on peut pas dire qu'on y réfléchit parce que c'est quand même un automatisme.  
123 Nos émotions font partie de nous, on soigne des personnes plus sensibles plus fragiles et plus  
124 vulnérable parce que aussi quand il y a des situations des fois qu'on vit personnellement où ça  
125 nous rend plus vulnérable au niveau du travail parce que des fois on dit il faut tout laisser au  
126 vestiaire mais ou alors tout laisser à la maison et pas rentrer avec au vestiaire mais des fois c'est  
127 compliqué selon les situations qu'on vit forcément ça va se répercuter au niveau du travail et de  
128 nos émotions.

129 Par exemple quelqu'un qui va avoir divorcé récemment et ben elle va aller au travail, si un  
130 patient va un peu l'embêter ou alors un patient va se mettre à pleurer elle va être plus sensible  
131 et se mettre à pleurer aussi donc notre vie personnelle en fait elle influence aussi les émotions  
132 qu'on peut ressentir, les événements qui se passent dans nos vies voilà...

133 Et puis notre vécu aussi ça influence nos émotions notre vie privée influence nos émotions mais  
134 après c'est vrai qu'avec l'école d'infirmière nous a quand même appris à contrôler nos émotions,  
135 enfin non parce que ça s'apprend pas mais on a quand même une réflexion. On faire les choses  
136 moins spontanément on va quand même réfléchir prendre du recul.

137 ...

138 **-Donc tu dirais que d'un point de vue émotionnel tu as évolué dans ta carrière**  
139 **professionnelle ?**

140 -La formation elle m'a permis d'évoluer dans mes émotions oui, mais elles seront quand même  
141 toujours là mes émotions parce que d'après moi j'ai une sensibilité et j'ai ma propre vulnérabilité  
142 que je travaille quand même au niveau de l'école et au niveau de quand on est en stage mais  
143 après au fond de nous on sera toujours nous-même donc certes on va les cacher nos émotions  
144 parce qu'en fait on nous apprend beaucoup à cacher nos émotions mais on nous apprend ...c'est  
145 pas l'école qui nous apprend à cacher nos émotions mais c'est nous qu'on s'interdit de montrer  
146 nos émotions déjà pour le regard des autres parce que on se dit on a pas le droit de les montrer  
147 aux autres soignants.

148 **-Pourquoi tu dis que tu pas le droit ?**

149 -Le regard des autres soignant, on se dit on a pas le droit mais pourquoi ?

150 Quand j'étais aide-soignante on avait des séances d'analyse de pratique et on pouvait se  
151 permettre de parler de nos émotions, de nous lâcher avec l'équipe. On parlait des situations et  
152 si on avait envie de pleurer on pleurait.

153 Ça fait du bien aussi de pouvoir évacuer un petit peu ses ressentis et ses émotions même des  
154 fois on était en colère aussi. Pendant ces analyses pratiques des fois on reparler simplement  
155 d'une situation en équipe ou celle de l'unité sans spécialement faire de réunion et ça nous faisait  
156 du bien de transmettre.

157 **-Donc vous aviez des moyens en fait pour pouvoir évacuer vos trop-plein d'émotions ?**

158 -Oui ces séances d'analyse de pratique ça nous donnait les moyens de vider nos émotions ça  
159 fait du bien aussi il faut.

160 **-Tu insistes bien sûr il faut, mais pourquoi ne faut-il pas montrer ses émotions aux autres**  
161 **membres de l'équipe ?**

162 -Il ne faut pas que les autres ils voient qu'on est vulnérable après ils peuvent penser qu'on est  
163 fragile qu'on est qu'on est pas à la hauteur parce que l'image du soignant c'est : il doit être fort,  
164 il doit être solide, il est là pour soigner, il est là pour guérir, pour prendre soin, et lui il n'a pas  
165 le droit en fait d'être fragile. C'est pour ça qu'on se cache dans nos émotions.

166 **-Donc pour toi il faut cacher nos émotions aux autres soignants sinon on paraît faible,**  
167 **vulnérable ?**

168 -Oui, parce que on voudrait pas que l'autre pense tout ça de nous en fait. On a le droit d'être  
169 vulnérable mais pas au regard des autres soignants et ou des patient. Je sais que je suis  
170 vulnérable mais je ne dois pas le montrer ni à mes collègues ni à mes patients.

171 **-Et c'est plus important de ne pas le montrer aux soignants ou de ne pas le montrer aux**  
172 **patient ?**

173 -Ah ben pour moi c'est plus important de pas le montrer au patient parce que le patient ben déjà  
174 lui il est vulnérable donc si nous on lui apporte notre vulnérabilité c'est pas possible, pour moi  
175 c'est juste pas possible. S'il se met à pleurer je vais pas me mettre un pleurer avec lui je vais  
176 essayer plutôt le rassurer mais je vais pas me mettre à pleurer avec lui.

177 J'ai été par exemple en stage en oncologie et c'est vrai que il y avait une patiente où ben du coup  
178 elle pleurait beaucoup elle savait qu'elle allait mourir, elle avait à peu près mon âge elle pleurait  
179 beaucoup, elle pleurait énormément et je suis resté presque 2h30 auprès d'elle parce qu'elle était  
180 sous morphine et elle avait mal et elle savait qu'elle allait mourir elle avait un enfant de l'âge de  
181 mon dernier donc c'est vrai que c'est à ce moment-là on se dit non tu as pas le droit mais du  
182 coup ça nous fait quand même ce transfert-là. On se met est à la place de la personne, et on se  
183 dit je pourrais être à sa place parce que elle a presque le même âge elle a un enfant qui a presque  
184 l'âge et du coup au niveau de ses émotions qu'elle faisait que pleurer, au bout de 2h30 on a  
185 même presque envie de pleurer avec elle mais non on a pas le droit au contraire j'étais là je lui  
186 mettais un gant sur le visage, je disais « *ça va passer il faut le temps que la morphine fasse*  
187 *effet* » j'ai essayé tout mais pourtant malgré les bolus de morphine elle était en fin de vie.

188 Le temps qu'il fasse la Réunion pour lui mettre quelque chose en plus un sédatif et ça a mis du  
189 temps parce que du coup le médecin voulait pas prendre la responsabilité seul de le faire donc  
190 ils ont débattu plus de 2h30. Je suis restée auprès d'elle et là à ce moment-là j'ai c'est vrai que  
191 j'ai ressenti ce moment que j'ai été fragile parce que 2h30 auprès d'une patiente qui fait que  
192 pleurer et qui crie parce qu'elle a mal et qui pleure et qui dit « et mon enfant comment elle va  
193 faire ? » c'est compliqué c'était la gestion de mes émotions là j'ai dû essayer de les gérer quoi.

194 **-Et quand elles sont arrivées tes émotions quand tu étais face à cette patiente comment**  
195 **qu'est-ce que tu as qu'est-ce qui s'est passé comment tu as fait en fait tu l'as accueilli**  
196 **l'émotion ?**

197 -J'étais triste, j'avais mal au cœur, je le sentais se serrer j'ai senti mon corps qu'il était mou. Je  
198 n'arrivais plus à gérer mon corps, impossible de reprendre le dessus ... Et je me suis dit non tu  
199 peux pas !! tu es là pour justement la soutenir. Je me suis dit que j'avais pas le droit, elle avait  
200 besoin d'aide, elle avait besoin de soutien et elle avait pas besoin de quelqu'un qui pleurerait avec  
201 elle. Voilà ce qui m'est passé dans la tête.

202 **-Et après quand c'était fini quand tu es sorti de la chambre comment tu as analysé tout ça**  
203 **quand tu as terminé ta journée est-ce que tu as repensé à ce moment ?**

204 -On a quand même eu un petit débriefing avec l'équipe parce qu'ils étaient quand même très  
205 soudés et puis ils font souvent ça il se réunissent si jamais il y a des situations qu'ils ont vécu et  
206 ils en discutent entre eux et là bon moi en plus en tant qu'étudiante. Cette patiente et sa situation  
207 de fin de vie les a aussi bousculé. Et du coup c'est vrai qu'ils en ont parlé aussi donc parce que  
208 même eux ça leur faisait mal au cœur et il disait il avait pas honte de parler leurs émotions et  
209 au contraire ils les cachaient pas et à ce moment-là c'est là que j'ai découvert que oui ça fait du  
210 bien de parler des émotions et de son ressenti ce que je faisais aussi en tant qu'aide-soignante.

211 Mais selon les équipes on le fait d'accord et oui ça dépend aussi la relation je pense qu'on avait  
212 de l'équipe.

213 Mais après ça a pas empêché que même après se débriefing là j'ai repensé et j'y repense encore  
214 à cette dame parce que du coup c'est dans mon esprit c'est ça, ça m'a marqué parce que  
215 maintenant je me dis elle est sûrement décédée et son enfant qui avait 4 ans et ben oui il est  
216 seul ... d'où le fait que ça me renvoie à ma vie privée aussi.

217 **-Nous arrivons à la fin de l'entretien, je te remercie de ta coopération pour mon travail**  
218 **de recherche, voudrais-tu ajouter quelque chose à rajouter ?**

219 Non, rien d'autre.

220 **Je te remercie pour tous ces témoignages**

1

1 *Annexe XII: Retranscription entretien avec ASORTHO*

2 Durée de l'entretien 35 minutes et 14 secondes

3 **Je te remercie d'accepter de participer à mon enquête exploratoire. Je vais aborder la**  
4 **vulnérabilité pour commencer et les émotions ensuite. Avant de commencer est ce que tu**  
5 **peux te présenter s'il te plait ?**

6 Alors j'ai quarante-cinq ans je suis une maman de deux enfants.

7 Mon parcours professionnel alors juste avant pendant quelques années j'ai élevé mes enfants et  
8 avant j'étais dans des formations technico-commercial c'est-à-dire un BTS, ça n'avait rien avoir  
9 du tout. Maintenant je suis aide-soignante en orthopédie traumatologie depuis quatre ans.

10 **Pourquoi es-tu devenue soignante ?**

11 En fait je me suis retrouvé dans le commerce par dépit quand j'étais adolescente et ça me  
12 correspondait pas je voulais faire du sanitaire et social.

13 Je suis venu habiter Avignon, On était du Nord et après plusieurs petits boulots j'ai commencé  
14 à faire une prépa infirmière pour reprendre mon projet professionnel qui me tenait à cœur.  
15 C'était un parcours assez difficile encore dans plusieurs années j'ai essayé de le passer mais  
16 comme j'y arrivais pas j'ai pas réussi j'ai passé le concours d'aide-soignante parce que je voulais  
17 vraiment être là pour les autres c'était vraiment mon souhait d'être dans le soin et donc je me  
18 suis dirigée vers la formation d'aide-soignante.

19 **Je te remercie, je vais passer maintenant à ma première question sur la vulnérabilité.**  
20 **Penses-tu être vulnérable et pour quelles raison ?**

21 Je pense que tout le monde est vulnérable pour moi donc je suis vulnérable et je pense que on  
22 est tous un peu. Je pense que oui parce que on est des êtres humains, on a des émotions et que  
23 les émotions elles viennent de quelque part de l'extérieur et qui fait qu'on a toujours quelque  
24 chose qui nous rappelle du vécu donc dans notre expérience. On est tous vulnérables soignants  
25 ou pas. Et encore plus quand on est soignant. Chaque jour on vit des situations qui nous rendent  
26 vulnérables, on côtoie la mort, la douleur, la souffrance, la peine...

27 **Est-ce que tu peux me parler d'une situation dans ta profession où tu t'es senti**  
28 **vulnérable ?**

29 Oui, c'est une patiente qui est arrivée, elle avait un cancer du sein, elle venait pour un problème  
30 orthopédique, dans le service où je travaille.

31 Mais son cancer était apparent, elle avait déjà des métastases tout ça et donc en fait elle est  
32 arrivée avec sa fille et moi ça m'a rappelé ma mère qui est décédée d'un cancer du sein et donc  
33 là je m'y attendais pas en fait ça m'a vraiment sauté dessus quand je les ai vu. L'amour qui avait  
34 entre eux alors qu'elle était malade et qu'elle était en train de sourire, tous ces mots gentils, il y  
35 avait une complicité, on le sentait beaucoup. Il y avait beaucoup d'émotions dans la pièce et en  
36 moi ça m'a vraiment fait remonter tout ça et avec la complicité que j'avais avec ma mère et donc  
37 je me suis sentie vulnérable parce que je commençais à avoir les larmes, je me disais qu'en tant  
38 que professionnel il fallait que je reste, je veux dire que les émotions ne se voient pas et donc  
39 là il faut se remettre en question, se dire : Qu'est-ce que je fais donc à ce moment-là je me suis  
40 dit bon je les écoute et à un moment donné je me suis dit bon je vais sortir de la pièce parce que  
41 on a des limites à supporter donc il faut qu'un moment voilà on se sorte de là pour pouvoir  
42 reprendre nos esprits. Je sais qu'à ce moment-là ça m'avait beaucoup touché.

43 **Donc tu es sorti de la chambre?**

44 Oui, je suis sortie de la pièce pour souffler parce que je sentais que ça commençait à monter et  
45 je voulais pas que les larmes arrivent devant la patiente et sa fille parce qu'il y avait tellement  
46 d'amour entre elles alors qu'elle savait que son cancer ne pouvait pas guérir, c'était un stade  
47 terminal, et sa fille était là ça m'a fait vraiment ça m'a beaucoup touché. C'était vraiment très  
48 difficile de rester et de continuer. Je ne devais pas rajouter mon chagrin au leur. Ils sont là pour  
49 se faire soigner, on doit créer un lien de confiance.

50 **Ne pas leur montrer notre vulnérabilité c'est pour toi établir une relation de confiance**  
51 **alors ?**

52 Oui tout à fait. On est là pour les soigner, on a l'impression que en fait les patients quand ils  
53 arrivent c'est un peu comme s'ils se reposent sur nous. Je veux dire on sait ce qu'on doit faire  
54 nous pour eux, ils nous font confiance c'est une question de confiance, et donc on se dit que si

55 jamais on lâche des émotions, ça peut montrer qu'on est humain mais il est important qu'ils se  
56 rendent compte qu'ils sont entre de bonnes mains. Il faut qu'ils voient qu'ils peuvent nous faire  
57 confiance. On peut pas montrer trop d'émotions personnelles parce que on peut pas non plus  
58 rentrer dans leur dans leur vie mais au moins qu'on les soigne pour ce qu'ils sont venus et donc  
59 on doit rester à notre place. On a une place à garder et on peut pas déballer sa vie. En fait il faut  
60 rester humain, je veux dire on a tous des émotions mais à un moment donné, ils sont aussi là à  
61 l'hôpital. Nous on est professionnel et toutes nos émotions doivent être contrôlées à ce moment-  
62 là. Oui voilà, on est dans le contrôle permanent de nos émotions.

63 **On va parler des émotions maintenant. Tu me dis qu'on peut avoir des émotions qu'il faut**  
64 **les contrôler donc ma question : selon toi y-t-il une place pour les émotions dans la**  
65 **relation avec le soigné ?**

66 En fait c'est surtout je veux dire nos émotions peuvent aussi nous aider dans le soin. En fait je  
67 pense qu'elles peuvent nous aider dans le sens où la personne on va avoir une empathie pour  
68 elle et on va essayer de se mettre à sa place et de se dire : qu'est-ce qu'ils attendent de nous et  
69 donc les émotions elles sont aussi là pour nous rappeler que des fois on se retrouve dans des  
70 situations et qu'on a besoin d'aide... comment te dire ça... on a besoin de se faire comprendre  
71 de savoir d'avoir quelqu'un en face de nous qui nous comprennent et donc les émotions pour  
72 nous en fait en tant que soignant ça nous permet de ressentir le patient et de créer un lien aussi  
73 de mieux comprendre sa situation et de pouvoir faire au mieux pour qu'il puisse se sentir bien.

74 Le fait de dire qu'en fait quand on le soigne il puisse nous voir comme une personne et pas que  
75 comme un soignant en fait c'est pouvoir créer un lien. L'émotion ça nous montre aussi que on  
76 est là, qu'on les comprend, qu'on est là pour les écouter et que l'émotion elle est importante  
77 mais nous après il faut une limite, c'est-à-dire qu'il faut une limite dans nos émotions parce que  
78 le soigné ne peut pas recevoir non plus nos émotions. Lui il est déjà dans un état où justement  
79 il a besoin que d'être pris en charge et donc nous en tant que soignant on peut pas en rajouter  
80 donc il faut qu'on contrôle, c'est pour ça que on est vraiment dans le contrôle des émotions. Il  
81 faut qu'on sache la limite. Je veux dire on peut créer un lien mais il faut une limite. Les émotions  
82 ça se travaille, je veux dire il faut que l'on travaille sur nos émotions pour se protéger, et  
83 protéger le soigné.

84 **On va passer aux deux dernières deux derniers points donc quand tu repenses au début**  
85 **de ton exercice dans la profession moi je parle que voilà depuis le premier jour où tu es**  
86 **soignant même le premier jour où tu es entré en formation d'aide-soignant jusqu'à ce jour**  
87 **est-ce que tu peux me parler de la façon dont tu vis ces situations maintenant ? Est-ce que**  
88 **dernièrement par exemple il y a eu une situation qui s'est passé où ben ça a soulevé une**  
89 **nouvelle émotion tristesse, joie, colère, et comment tu l'as accueilli ? Comment tu l'as géré**  
90 **est-ce que tu as eu plus de facilité, plus de difficultés, c'était pareil ?**

91 Je pense que ça va vraiment dépendre de la situation.

92 Alors là c'était une situation, c'était une dame qui était en fin de vie, je m'y attendais pas mais  
93 en fait c'était une dame dont je me suis occupé pendant un moment et en fait elle était vraiment  
94 très entourée. Elle était venue pour une prothèse totale de hanche et en fait elle a eu d'autres  
95 problèmes derrière et donc ce qui a fait que son état s'est aggravé et la famille s'y attendait pas  
96 et donc à chaque fois ils venaient la voir. Au début ils venaient la voir, ils avaient le sourire, ils  
97 étaient super content de la voir. Et elle était toujours dans le truc de vouloir mourir et donc déjà  
98 rien que d'entendre pour nous quelqu'un qui veut mourir c'est déjà difficile à entendre. Ils sont  
99 là pour qu'on les soigne, on n'aime pas trop entendre ça et donc et là la famille a fait un peu au  
100 début un déni quand on leur a dit qu'elle était en fin de vie. La famille est venue et à chaque  
101 fois qu'ils venaient en fait il y avait tellement un trop plein d'émotions de la famille que il nous  
102 faisait ressentir. Plusieurs membres de la même famille qui sont venus me voir et qui m'ont  
103 transmis leurs émotions.

104 C'est-à-dire leur tristesse. Ils m'ont raconté son histoire de vie donc comment elle était. Ils m'ont  
105 raconté des choses qui ont fait que ça sortait un peu de notre soin en fait. C'est à dire de notre  
106 spécialité et en fait la famille quand ils ont vu qu'elle commençait à partir, c'est-à-dire vraiment  
107 les derniers jours les deux trois derniers jours, il y avait les petits-enfants qui pleuraient tout le  
108 temps, qui venaient, qui étaient complètement effondrés mais vraiment quand je dis effondrés  
109 ils étaient effondrés parce qu'ils avaient déjà perdu quelqu'un quelques mois avant. Ils n'avaient  
110 pas encore fait le deuil du précédent décès. Moi j'étais là pour les soutenir, j'ai fait au mieux  
111 pour les aider à surmonter cette épreuve. Je les ai encouragé en leur disant qu'ils étaient là pour  
112 elle, que c'était ce qu'il y avait de mieux. Qu'ils étaient soudés et qu'il fallait profiter des  
113 derniers moments. Qu'elle était là donc il faut il faut profiter d'elle tant qu'elle est là. Mais ce

114 qui m'a vraiment fait de la peine c'est que je les voyais pleurer un par un et quand ils venaient,  
115 ils étaient tous en train de pleurer mais vraiment d'une tristesse on sentait qu'il y avait quelque  
116 chose et ça m'a beaucoup touché. Ça m'a touché et comme je m'en occupait depuis un moment  
117 ça faisait longtemps que je m'en occupais et je les voyais pleurer tout le temps j'ai envoyé un il  
118 pleurait ... ça pleurait, ça pleurait ça pleurait et à chaque fois qu'il venait il me raconter ils  
119 pleuraient, l'une d'entre elles, une jeune fille, sa petite fille se déversait ... en fait j'ai  
120 l'impression qu'elle se déversait sur moi.

121 A un moment je me suis dit c'est pas bon et donc là j'ai commencé à me dire ça m'affectait ...  
122 mais ça m'affectait dans le sens où c'était il y avait un trop plein. Après on a l'habitude je veux  
123 dire des décès des choses comme ça des familles qui sont tristes qu'on essaie de surmonter mais  
124 là il y avait tellement un trop-plein, je veux dire qu'on avait l'impression que la famille s'était  
125 déversée vraiment mais vraiment déversée sur moi parce que je les écoutais et c'était pas bon  
126 pour moi.

127 Quand elle est décédée c'est ça m'a fait beaucoup de peine aussi et j'ai senti que j'étais pas bien  
128 et j'en ai pleuré. Alors que quelque part, on a quand même eu des décès et on sait qu'on doit se  
129 détacher quelque part de tout ça de la situation parce que c'est la vie et que on passe par là dans  
130 notre métier. Mais là c'était vraiment en fait c'était la famille qui m'avait retransmis et pourtant  
131 ça avait rien de particulier, je veux dire avec une situation que j'avais déjà vécu mais là c'était  
132 vraiment parce à cause de la tristesse de la famille ... il me l'avait déversé sur moi et ils m'ont  
133 retransmis tout ils avaient besoin de déverser et c'est retombé sur moi . Ça m'a affecté en fait  
134 j'ai pris vraiment la tristesse et que j'aurais dû me protéger de ça à ce moment-là.

135 **Tu penses que tu aurais dû faire quoi pour te protéger ?**

136 Je ne sais pas ce qu'aurais pu faire à ce moment-là pour ne pas être autant impactée. Je les ai  
137 laissé me transmettre parce qu'à chaque fois je veux dire je les écoutais, je les voyais pleurer et  
138 j'ai essayé de les consoler mais le fait de d'essayer de les consoler alors qu'on est quelque part  
139 on n'est pas de la famille, eux ils se déverse et nous moi je suis comme une éponge.

140 Je sais que là je me suis pas protégé en fait j'aurais dû à un moment couper dans le sens où  
141 j'aurais dû je pense les laisser, passer la main ou les laisser seul dans la chambre. Tout en leur  
142 disant que nous étions là en cas de besoin. Quand j'ai vu que ça m'affectait beaucoup j'ai ce que

143 j'ai fait c'est que j'ai coupé ... c'est pas que j'ai coupé court ... c'est que je leur ai dit qu'on était  
144 là que si ils avaient besoin on était une équipe que s'il avait besoin de quelque chose ne serait-  
145 ce qu'un café ou besoin de parler à quelqu'un qui avait une psychologue tout ça. Donc après j'ai  
146 fait ça pour essayer de ne pas être encore plus happée. Après je me suis éloigné mais je l'ai fait  
147 peut-être un peu tard. Je me suis dit qu'il ne faut pas qu'à chaque fois que la famille soit là je  
148 rentre dans la chambre et que j'essaie de les consoler.

149 A un moment, il faut qu'ils se préparent tout seul, qu'il se préparent à faire leur deuil. Il faut  
150 aussi qu'on se protège car on a d'autres patients derrière quand on doit aller travailler qu'on est  
151 pas bien, on peut pas montrer l'émotion, il faut qu'on sache où il faut mettre la limite et moi je  
152 sais qu'à ce moment-là je l'ai pas fait tout de suite et donc quand je m'en suis rendu compte que  
153 vraiment ça m'affectait, que parce que j'en ai parlé à mes collègues, et ben là je me suis dit je  
154 me suis pas assez protégée et je me suis dit il faut que je fasse quelque chose et à ce moment-  
155 là j'ai essayé de mettre une petite distance en disant bien que on était là mais qu'en même temps  
156 je m'éloignais pour dire de me protéger moi. Mais je l'ai fait un peu tard mais je sais que ça  
157 m'avait beaucoup affecté, surtout la tristesse de la famille.

158 **Tu t'es rendu compte que tu t'es protégé trop tard, cela veut-il dire que tu as évolué**  
159 **émotionnellement dans ta carrière ?**

160 Je dirais que je trouve que j'ai quand même évolué de ce côté-là car j'arrive à me remettre en  
161 question et à se rectifier. Quand il y a une situation qui va venir juste après je vais essayer de  
162 me protéger plus pour ne plus trop faire la même erreur.

163 L'équipe c'est important aussi. On est une équipe, dans la situation de la fin de vie, il va y avoir  
164 un dialogue avec la famille, on sera tous là, mais il faut essayer de garder conscience que c'est  
165 un chemin de vie, que la famille va devoir passer l'épreuve. Nous on sera là pour les  
166 accompagner. Mais il faut que ça s'arrête là. Sinon après c'est nous qui plongeons avec eux.  
167 Pour nous après ça va pas, on a besoin de se protéger pour faire notre métier.

168 Et après je pense qu'il y a des situations plus difficiles que d'autres parce que ça nous rappelle  
169 quand c'est familial mais après je veux dire quand on voit, on sait que bon de toute façon il y  
170 aura des situations difficiles on passe par là mais on est quand même une équipe on parle entre  
171 nous et donc on arrive à essayer de se dire ce que l'on aurait fait, on discute et donc ce qui fait

172 que ça nous permet aussi de faire attention à des choses et de se dire : fais attention si tu sens  
173 que là ça t'affecte trop stop. Tu dois passer la main et donc ça je sais que je le fais de temps en  
174 temps, et puis après c'est prendre sur soi. Je m'autorise à sortir ou je veux dire trouver des  
175 choses qui font que on puisse mettre de la distance tout en étant là pour le patient. Je m'aperçois  
176 que je pratique plus ce genre de comportements avec les années d'expérience. Je pense qu'avec  
177 le temps ça va encore évoluer. Je ne suis soignant que depuis 4 ans, cela peut paraître beaucoup  
178 mais en fait non c'est très peu, j'en ai encore à apprendre dans la gestion de mes émotions. Je  
179 n'ai pas encore été confrontée à toutes les situations. Il y a des patients qui acceptent, et d'autres  
180 qui sont complètement dans le déni. On doit s'adapter à tout ça et mettre une distance. Sinon le  
181 Burn out nous guette, et là c'est fini.

182 Si dans ta vie professionnelle tu rentres à la maison avec des casseroles ça joue sur la famille  
183 on reporte un peu ce qu'on a pas su évacuer au travail, on le reporte sur la famille. En plus on  
184 en a parlé y a pas si longtemps au travail, qu'il ne fallait pas ramener des choses du travail à la  
185 maison parce que sinon on allait perdre pieds. Il faut qu'on coupe.

186 Ca j'arrive à mieux le faire aujourd'hui je m'en suis rendu compte c'est que là j'ai une semaine  
187 de vacances et j'ai vraiment coupé. C'est bizarre mais là je me suis dit que je me sentais tellement  
188 fatigué du travail que ça avait tellement été dur que je me suis dit là j'ai pris ma semaine de  
189 vacances et j'ai coupé et j'ai profité de mes enfants comme je devais le faire en fait et là ça m'a  
190 ça m'a vraiment fait du bien.

191 **Tu n'en avais pas conscience avant ?**

192 J'arrivais pas à le faire au début, à me détacher je sais que quand je sortais d'une journée de  
193 travail et ben je repensais à ma journée de travail en me disant est-ce que j'ai fait tout ce qu'il  
194 fallait ? Qu'est-ce que j'aurais pu faire de mieux ? Des situations difficiles en y repense puis  
195 après comme je dis il y a aussi des bons retours donc les bons retours. Aujourd'hui on essaie de  
196 prendre un peu plus et de se dire que ça valorise ça nous valorise aussi ce qu'on fait donc ça  
197 nous permet aussi de savoir que on est utile qu'on a fait notre travail et que donc ça nous fait du  
198 bien donc tout ça joue dans la balance. Ça nous construit.

199 **Nous arrivons au bout des questions, est-ce que tu as est-ce que tu veux rajouter quelque  
200 chose qui te semble important à dire concernant ces deux concepts ?**

201 Au niveau de la vulnérabilité du soignant soigné, elle peut jouer aussi sur l'équipe en fait parce  
202 que quand on est pas bien des fois les autres peuvent le ressentir je veux dire nos collègues  
203 peuvent le ressentir et des fois il y en a qui supportent totalement plus qui font que au bout d'un  
204 moment il en parle pas je veux dire au bout d'un moment comme on dit on a parlé du burn-out  
205 je veux dire ils sont pas bien on sent qu'ils sont pas bien et donc après il y a quelque chose qui  
206 va qui va pas dans l'équipe parce que en fait ça quand tu es une équipe et que il y a il y en a un  
207 qui va bien qui te boost qui te dit allez qui a toujours quelqu'un qui te pousse quand ça va pas  
208 ou justement quand il y a des situations difficiles et que là si tu as une équipe qui est toujours  
209 dans l'émotion que tu te protèges pas c'est pas bon c'est pas bon parce que là ça joue sur l'équipe  
210 et donc ça joue aussi la fatigue, aussi sur le fait de comment tu vas prendre en charge le patient  
211 parce qu'il faut la patience. Je veux dire selon comment est le patient il faut qu'on arrive à se  
212 contrôler, si nous on est pas bien on peut pas prendre en charge le patient comme il faut et donc  
213 ce qui fait que si entre collègues on arrive pas à former une équipe, je veux dire on va dire  
214 essayer de former une équipe soudée qui peut s'entraider justement dans les moments difficiles,  
215 parce que c'est aussi ça aussi de que ben on est humain donc on n'est pas toujours je veux dire  
216 il y a des situations qui sont difficiles et puis bon il y a aussi la vie personnelle qui joue aussi  
217 donc dans notre travail aussi il faut pas qu'on fasse voir mais des fois ça joue ben si on est pas  
218 bien on a toujours les collègues à qui parler et ça nous permet d'aller mieux et ça nous permet  
219 de mieux prendre en charge le patient. On mélange pas le personnel et le professionnel. On se  
220 dit que quand tu bosses avec une bonne équipe, tu vas pas travailler pareil que quand tu es avec  
221 une équipe aigrie, ou des gens qui viennent travailler à reculons donc ça joue aussi quand on  
222 vient travailler. Pour moi je me dis qu'à partir du moment où on arrive à se parler entre nous de  
223 certaines choses qui nous ont touché et ben ça permet aussi de dégager nos émotions entre nous  
224 parce que on fait le même métier donc on se comprend et donc qu'est-ce qui fait que quand tu  
225 as tout ça que tu arrives à parler et ben après tu ça peut te permettre de te remettre en question  
226 et justement de de changer ta façon de faire te dire bah tiens elle arrive à faire ça et moi c'est  
227 vrai que à force d'entendre que il y en a qui arrivait à couper comme ça je leur ai demandé pour  
228 un peu des conseils pour savoir comment il faisaient, et je pense qu'à un moment ça vien tout  
229 seul. On se dit il faut vraiment faire la coupure entre travail et maison. Ça permet de faire mieux  
230 son travail.

231 Je veux dire c'est important de se dire que il faut être bien pour aller travailler parce que quand  
232 on voit tout ce que le COVID a fait, beaucoup de choses qui ont fait que mentalement il fallait

233 aller travailler. Les patients le ressentait si on était pas bien parce que le patient le ressent ...  
234 on avait peur d'être malade, on avait peur de transmettre la maladie à la fois aux patient, à la  
235 fois à nos proches ... la confrontation avec la mort ... .

236 Le COVID nous a beaucoup fatigué, mais les gens ont vu que nous étions des êtres humains, et  
237 ils ont reconnu notre métier. Ils nous le disent beaucoup plus maintenant. Ça réveillé des  
238 consciences. Ils tolèrent mieux le fait qu'on ne puisse pas tout faire tout de suite pour eux. Ils  
239 se rendent compte que ce métier est vraiment difficile. Ils nous valorisent maintenant. Ils savent  
240 que l'on fait ce qu'on peut avec ce qu'on a.

241 Ils sont beaucoup plus compréhensifs et ça fait du bien, des fois même on a des retours positifs  
242 et chaleureux et on se dit qu'on est content, on a fait ce qu'on devait faire.

243 Ils se sont rendu compte qu'on est des humains, et qu'on faisait ce qu'on pouvait en tant que  
244 humain vulnérable comme eux.

245 **Je te remercie pour cet entretien.**

246 De rien c'était un plaisir.

1 *Annexe XIII: Retranscription entretien IDEL*

2 **Bonjour IDEL, je te remercie de participer à mon enquête exploratoire.**

3 **Peux-tu te présenter s'il te plait ?**

4 Bonjour, je m'appelle IDEL, j'ai trente-sept ans, j'ai effectué mes études d'infirmière de 2011  
5 à 2013 à Mendes, en Lozère. Mes derniers stage c'était en onco et en libéral, j'ai aussi fait de  
6 l'intérim en tant qu'aide-soignante dans une maison de retraite. Dès que j'ai été diplômée, j'ai  
7 été appelée par l'hôpital. J'ai travaillé au pool en gastro, en rééducation, de la chirurgie ortho,  
8 en l'ORL, jamais de médecine, ni hémato.

9 Un an après on m'a proposé l'ortho et depuis je suis restée là-bas. J'ai voulu changer mais  
10 j'étais tellement bien que j'ai abandonné. Et quand le COVID est arrivé, j'en ai eu marre de la  
11 gestion de tout ça par l'hôpital, j'ai décidé de partir en libéral. Je suis partie en libéral en juillet  
12 2019.

13 J'ai fait des remplacement dans différents cabinets. J'ai vu de tout. Des lieux où on faisait  
14 beaucoup de toilettes, ça m'a moins plus. J'ai beaucoup aimé Tarascon pour la diversité, et  
15 Saint Rémy aussi, beaucoup de soins palliatifs, ça m'a beaucoup plus. J'ai pris la place de  
16 quelqu'un qui partait en retraite. Elle m'a proposé de racheter son cabinet.

17 **Je te remercie, je vais te parler de la vulnérabilité maintenant. Penses-tu être vulnérable**  
18 **dans ta profession d'infirmière libérale ?**

19 Je pense que je suis quelqu'un de vulnérable oui, dans certaines situations, quand on approche  
20 des fins de vie, des actions compliquées... j'ai eu l'expérience d'un monsieur, qui a eu un cancer  
21 avec méta osseuses, et il était dans le déni, et sa compagne encore plus. Un jour il saignait quand  
22 il urinait, je lui ai dit que ce n'était pas normal, qu'il fallait consulter. Sa compagne m'a choppé  
23 et m'a dit : « *mais pourquoi vous lui dites ça ? vous l'inquiétez !! il ne faut pas !* » Je lui ai dit  
24 qu'il fallait agir, qu'il était temps avant que cela ne devienne trop important, si ça ne l'était pas  
25 déjà ...

26 J'ai eu un patient qui m'a beaucoup affectionné aussi, atteint du cancer aussi, je me suis  
27 retrouvée aux funérailles, car quand on est en libéral, on est tellement inclus dans la vie des  
28 familles, et ce monsieur était portugais, et la famille a des coutumes particulières. Il y avait  
29 tellement de fleurs, que nous n'avons pas pu déposer la gerbe que nous avons fait pour ce  
30 monsieur, et nous l'avons déposé dans une pièce avec d'autres et nous sommes parties avec ma  
31 collègue. J'ai ensuite pris mon congé maternité, pour ma fille et je n'ai pas revu cette famille.

32 Cela m'a manqué ... j'ai eu l'impression que j'ai laissé tomber la famille un petit peu. On voit  
33 le chagrin des autres, et chez certains patients avec qui on a plus de feeling on arrive plus à  
34 couper et à passer outre.

35 Chez certaines personnes, on les prend dans les bras, on les réconforte, mais chez d'autres c'est  
36 plus fort.

37 Selon les familles on se sent plus vulnérables ...

38 **Peux-tu me parler d'une situation où tu as senti ta vulnérabilité encore plus ?**

39 Oui chez un monsieur qui avait un parkinson, il s'est dégradé jusqu'au bout. Sa femme de  
40 quatre-vingts ans s'en occupait tellement ... on l'a accompagné à partir, on était là pour son  
41 dernier souffle, on lui a dit qu'il pouvait partir tranquillement, il est parti ... ça nous a fait  
42 quelque chose. Les patients Alzheimer ou parkinson, c'est compliqué ils se rappellent plus de  
43 nous. Mais là c'était particulier. La relation était forte, il nous connaissait, il savait qui on était.

44 **On va passer aux émotions maintenant. Selon toi y a-t-il une place pour les émotions  
45 dans la relation soigné. ?**

46 Pour moi il y a toujours des émotions. Après c'est plus ou moins démonstratif. Ça dépend du  
47 patient et de la situation .

48 Une de mes patientes a une fibromyalgie, elle est très fermée. Elle ne supporte pas qu'on lui  
49 demande si ça va. Alors on lui demande : « quoi de neuf ?, ou alors il fait beau aujourd'hui non  
50 ? » on essaie de détourner la phrase, on la prend pas en peine, elle ne supporte pas. Nous on  
51 essaie de mettre des choses en place, ça nous fait mal au cœur mais on peut pas s'immiscer pour  
52 prendre le dessus. On aimerait faire plus mais à un moment c'est la famille qui prend le relais.  
53 Très souvent c'est des personnes âgées, et elles demandent faites-moi ci ou faites-moi ça. J'ai  
54 appris à dire non. Les gens qu'on soigne, ils se disent comme elle est là c'est elle qui va faire,  
55 mais c'est pas mon rôle.

56 On a une dame de quatre-vingts ans qui est maintenant décédée. Ma collègue a eu de la peine  
57 car la dame était dans une maison insalubre, alors elle lui a fait son café une fois, puis deux,  
58 puis tout de suite son fils nous a mis un mot comme il avait remarqué qu'elle lui mettait couler  
59 le café

60 « *merci de faire le café de maman* »... et en fait il faut des émotions pour que la relation se  
61 passe bien mais il y a une dose à ne pas dépasser. Il faut la juste dose, sinon les gens profitent  
62 de la vulnérabilité et des émotions.

63 J'expliquais à une dame, sa fille voulait la garder à domicile, elle nous demandait d'ouvrir les  
64 volets, de faire le petit dej, mais j'ai dit non. Si on a le temps on le fait, mais sinon il ne faut pas  
65 que ça devienne une habitude. Après on prend du retard sur les suivants et on peut pas se  
66 permettre.

67 **As-tu été déjà submergé par tes émotions dans une relation de soin ?**

68 Je réfléchis à une situation vécue ... oui ça a été compliqué chez une dame de la communauté  
69 gitane, une famille très présente qui vivait avec ses fils. Elle est décédée d'un cancer cérébral.  
70 Un des fils était dans le déni, elle est parti le 26 décembre, on y est allé pour lui rendre visite,  
71 ça a été difficile, j'ai pleuré, on y allait 3 fois par jour, il y avait des perfusions à domicile. La  
72 famille nous a accueilli pour le décès, on a été invité au repas. La famille a été tellement  
73 bienveillante avec nous. La patiente ne voulait pas mourir... je ne pouvais pas lui dire non vous  
74 n'allez pas mourir. Je changeais les phrases, je disais : « *on va tous partir un jour* »... c'était  
75 mon moyen de défense ...

76 **Et quels sont tes moyens d'évacuer tout ce trop plein d'émotions quand tu montes dans  
77 ta voiture alors que ton patient est à 5 minutes ?**

78 J'appelle ma collègue, je lui déballe tout, que ce soit nerveux, que ce soit de la colère, quand  
79 les gens m'excèdent. Sinon quand j'arrive chez le patient suivant, selon la situation de la  
80 personne, je parle de ce que je viens de vivre, sans donner de détails, ni de noms mais je jauge  
81 si je peux le faire, si le patient est dans une situation lourde je ne dis rien évidemment... je dis  
82 « *c'est compliqué chez une dame, excusez-moi..* » Sinon je rumine... je n'ai pas de punchingball  
83 dans ma voiture (rires).

84 **Penses-tu que les émotions peuvent être des outils dans une relation de soin ? Peut-on  
85 s'en servir ?**

86 Oui on peut dans l'acceptation de certaines choses ...

87 **Par exemple ?**

88 Le fait qu'il y ait un peu d'affect, si le patient sait que l'on est présent, s'il ressent qu'on  
89 s'intéresse à lui, certains patients acceptent plus de faire les choses.

90 Là j'ai une dame de quatre-vingts quinze ans qui est seule, elle vient de perdre son mari. Elle  
91 entend des voix par moments, elle dit « *vous me prenez pour une folle !!* »

92 Je lui répond que je ne la crois pas folle mais que moi je n'entends rien, et comme on garde  
93 cette relation, elle sait que je vais la respecter et que je ne me moque pas d'elle, à ce moment-  
94 là elle se calme. Si je rentre dans ce jeu, je suis ferme et je vais au frontal, ça explose.

95 J'ai aussi une patiente qui a fait un AVC le jour de sa retraite et elle n'accepte pas sa maladie,  
96 c'est du frontal. Elle n'a plus de filtre quand elle parle, si on rentre dans son jeu ça clache à  
97 chaque fois. Dès qu'une nouvelle vient chez elle, elle nous agresse. Si je laisse parler mes  
98 émotions, que je lui répond sur la colère, elle s'emporte et on arrive à rien.

99 Ma collègue en a fait l'expérience, et elle lui a dit, on essaie d'apaiser tout ça, ou ça va pas aller.  
100 Il faut savoir qu'en libéral on a pas le droit de laisser quelqu'un sans soins. C'est-à-dire qu'on  
101 a une ordonnance qui dure un an et pendant un an on doit soigner le patient. Si on refuse d'y  
102 aller c'est une faute professionnelle. Soit on trouve un autre cabinet soit on va au bout du  
103 contrat.

104 Alors il valait mieux apaiser les choses. Cette patiente était sans filtre, ma collègue a réagi en  
105 faisant parler ses émotions et ça n'a pas été.

106 **Penses-tu que on puisse utiliser sa tristesse alors ?**

107 Alors je ne la montre pas. J'ai pas ma place de comment dire ... si je suis triste parce que ....  
108 Je veux pas montrer que je suis triste à mes patients. Il ne faut pas.

109 J'ai une dame qui est atteinte d'un cancer, je la connais de longue date. Je ne montre pas ma  
110 tristesse, je ne l'utilise pas car j'ai l'impression de l'enfoncer encore plus.

111 Je ne pleure pas avec elle, il ne faut pas. Quand c'est un décès, on va soutenir, mais on va pas  
112 pleurer à chaude larmes même si c'est quelqu'un qu'on affectionnait. Mais on va pas pleurer  
113 dans les bras comme si c'était quelqu'un de notre famille.

114 La psychiatrie c'est encore différent, il faut montrer qu'on a pas peur ... c'est encore autre  
115 chose.

116 J'ai une patiente psy, on fait le pilulier, mardi dernier ma collègue lui dit, il faut aller chercher  
117 les médicaments pour que IDEL puisse préparer le pilulier. Moi je la connais, alors Mardi matin  
118 je la rappelle et je lui dis Mme J. vous avez pensé aux médicaments à la pharmacie ? Elle me  
119 répond que non, elle a pas envie de sortir. Je lui dis que si elle y va pas ça va poser problème,  
120 qu'elle n'a pas le choix, j'essaie de la convaincre. Je ne rentre pas dans son jeu. J'arrive chez  
121 elle mardi, elle s'était fait livrer les médicaments, sauf que c'était pas la bonne ordonnance. Elle  
122 avait pas tout. Je lui dis demain vous retournez à la pharmacie. Dans cette situation, on la prend  
123 pas en affect, je lui ai dit qu'il fallait qu'elle se prenne par la main et qu'elle y aille. Qu'à un

124 moment je ne pouvais pas le faire pour elle que ça fait partie de ce qu'elle doit faire. Il fallait  
125 que j'ai cet aplomb. Si j'arrive chez elle qu'elle a pas ses cachets, je vais devoir repartir, et  
126 revenir, et ça fait partie de son projet de soin en plus.

127 **Alors tu n'as pas utilisé un peu la colère quand même ?**

128 C'est pas de la colère, c'est de la « fermitude » !!! ( rires) c'est un nouveau mot !

129 **As-tu quelque chose à rajouter sur l'utilisation des émotions ?**

130 Je trouve que c'est important d'avoir une bonne relation avec ses patients, et donc d'avoir des  
131 émotions. Il faut adapter ça à chaque patients, il y en a que je connais, je me permettrais de  
132 parler de plus de choses.

133 J'ai un patient qui n'est pas en état en ce moment, une dégénérescence neuro, son fils vit avec,  
134 je me permet de faire des blagues raisonnables, je me permet de dire *parfois* « *oh ! qu'est-ce*  
135 *que tu fais ?* »

136 Par contre je ne sais pas dire tu.

137 C'est une barrière, je n'arrive pas, je prends en charge des personnes que mes parents  
138 connaissent, que je connais bien. Une dame par exemple qui me dit toujours : « *oh ! tu vas finir*  
139 *par arrêter de me dire vous !! on se connait, je t'ai vu petite !!* » Et je lui dis que je ne peux pas  
140 ... c'est plus fort que moi.

141 C'est peut-être une barrière qui me permet de me protéger aussi de mes émotions.

142 Je les appelle par leur prénom, ou Madame ou Monsieur, parfois des surnoms

143 « *Mich 'miche* »...Ce petit surnom, je sais que je peux, mais pas tout le monde. Chez la dame  
144 qui a fait l'AVC, c'est Madame. Si je ne suis pas d'accord avec elle, je vais lui dire sans rentrer  
145 en conflit. Elle dit non, je dis ok. Elle va redescendre aussi vite, et c'est fini. Le lendemain elle  
146 s'excuse et voilà.

147 On apprend tout ça sur le tas. Tu jauges la personne, elle est réceptive, ça va, sinon on se limite  
148 aux soins et pas plus.

149 **Je vais te parler de l'évolution émotionnelle, comment te sens-tu au fur et à mesures des  
150 situations que tu vis ?**

151 L'hôpital et le libéral c'est opposé. Les médecins à l'hôpital ils sont quand même présents. On  
152 peut parler avec eux. En libéral, non, on sait même pas quelle tête a le médecin. Je suis certaine  
153 que le médecin il ne sait même pas qui je suis. On ne se contacte que par message, par mail. Je  
154 ressens des fois que je ne fais rien pour mes patients. J'ai du mal à me contenir pour ne pas  
155 rentrer dedans. Il faut dire les choses avec tact au médecin...

156 J'avais une dame à qui on a découvert deux phlébites. Le médecin lui a mis du Lovenox 0.4.  
157 Pour moi on était pas dans une situation de prévention mais de curatif. J'ai appelé le médecin,  
158 j'ai eu la secrétaire, j'ai dû expliquer la secrétaire. Déjà j'ai un intermédiaire à qui réexpliquer.  
159 Elle, elle comprendra pas quand je vais lui dire qu'il faut du 0.6 minimum.

160 Bref, j'ai réussi, mais la réponse du médecin a été : NON. Sans aucune explication. Donc  
161 j'exécute mais je ne sais pas plus. Ça me frustre.

162 Un autre patient ce Week end, il avait des selles rouges, j'ai fait le test avec l'eau oxygénée, ça  
163 mousse, je sais qu'il n'aura pas de colo, il est trop faible. Le médecin me dit de lui faire une  
164 copro, elle revient positive au sang, et moi je fais quoi de ça ? Je suis frustrée, livrée à moi-  
165 même ... et ça me met en colère. Mais je ne peux rien dire. Et là encore je gère cette émotions.

### 166 **Et avec les patients ?**

167 Oui j'ai toujours des émotions, à l'hôpital je n'avais pas le temps de m'attacher je le ressentais  
168 moins, en libéral c'est pas pareil, on passe du temps avec eux, on fait partie de leur vie, et parfois  
169 de leur famille. A Noël on a tous nos chocolats, pour la naissance de ma fille, j'ai eu des cadeaux.  
170 Le patient est reconnaissant autrement à domicile... alors forcément j'ai évolué, j'ai appris à  
171 maîtriser mes émotions car je suis très sensible, je cherche à me protéger, et j'ai appris à les  
172 mettre à profit. Y a certains patients qui vont préférer que ça soit moi qui vienne, et pas une  
173 autre car je serais plus patiente, je prendrais plus de temps.

174 Je travaille sur mes émotions, et sur le NON ... j'y travaille ? Je suis en évolution permanente  
175 au niveau professionnel et émotionnel.

176 **Je te remercie pour le temps que tu l'as consacré, et je vais te laisser aller faire ta**  
177 **tournée.**

178 C'était avec plaisir.

1 *Annexe XIV : retranscription de l'entretien avec l'infirmière de soins palliatifs, PALLIA*

2 Durée de l'entretien 56 minutes et 46 secondes.

3 **Bonjour et merci de participer à mon enquête exploratoire. En premier, puis je te**  
4 **demander de te présenter ? Quel a été ton parcours ?**

5 Je m'appelle PALIA j'ai quarante-deux ans.

6 J'ai travaillé à l'hôpital pendant dix-huit ans dont dix ans en tant qu'aide-soignante et huit ans  
7 d'infirmière générale et depuis six mois maintenant j'ai passé mon concours d'infirmière  
8 puéricultrice. Je suis au CHU de C... en tant qu' étudiante infirmière puéricultrice.

9 Mon parcours : j'ai travaillé vraiment dans beaucoup de services en tant qu'aide-soignante j'ai  
10 travaillé en maternité donc pendant quelques années. Je me suis spécialisée en soins palliatifs,  
11 en même temps je suis spécialisée en allaitement maternel. En fait travailler avec l'humain c'est  
12 ce qui me plaît que ce soit de la naissance à la personne âgée. Et après en tant qu'infirmière j'ai  
13 travaillé en chirurgie traumatologique, et ensuite en soins palliatifs et ensuite en Réa néonatalogie de  
14 nuit et après je suis parti à l'école depuis octobre 2022.

15 **Du coup je t'ai choisi par rapport à ton parcours et en particulier en palliatif, mais aussi**  
16 **par rapport à la réanimation en néonatalogie. Ma première question c'est : te sens tu**  
17 **vulnérable en tant que soignant ?**

18 Oui pour moi la vulnérabilité c'est être fragile par rapport à quelque chose, c'est faire face. On  
19 dit que le patient est vulnérable parce qu'il est vulnérable dans la maladie et dans le soin, parce  
20 que nous on est en position différente du patient, mais ce n'est pas parce qu'on met une blouse  
21 blanche que nous ne sommes pas vulnérables. On absorbe au quotidien les émotions, la maladie,  
22 la souffrance, des familles et du patient. Donc on est forcément vulnérable face à ça, nous ne  
23 sommes pas des surhumains, et bien sûr que la vulnérabilité on l'est tous. A nous de gérer face  
24 à ça. Par rapport aux expériences de la vie ...

25 **Est-ce que tu pourrais me parler d'une situation de soin ou tu as ressenti cette**  
26 **vulnérabilité et les conséquences que cela a eu?**

27 Je pourrais t'en dire, j'en ai vécu énormément, toutes différentes car chaque situation est  
28 différente par la représentation de la maladie, de la mort et propre à chaque patient et soignant.

29 J'ai eu un patient par exemple qui a eu une SLA, c'était un jeune sportif, en Soins Palliatifs et  
30 ce jeune, il était très bien et au fur et à mesure de son hospitalisation, son corps se dégradait...  
31 on devenait ses mains, on l'aidait dans tout son quotidien. On était dans une petite unité de 10  
32 lits, le meilleur service selon moi car c'était une petite unité et humainement c'était vraiment le  
33 meilleur service, j'y ai vécu des choses merveilleuses. Parce que dans la relation de soin c'est  
34 super, et donc ce jeune patient il se dégradait, il avait des coups de gueule, il me disait : « quand  
35 je pourrais plus marcher et que je pourrais plus manger, je vais devenir un morceau de chiffon,  
36 un papier de carton que l'on va jeter. »

37 Nous on absorbe la colère, la tristesse, toutes les émotions du patient et de la famille.

38 On est là aussi pour poser un cadre, les aider, les accompagner dans leur maladie dans leur fin  
39 de vie. Et ce jeune un jour, il ne pouvait plus ... je devais lui maintenir la tête pour arriver à  
40 manger, j'étais obligée de tenir sa tête. Les toilettes étaient devenues trop difficiles, il y avait  
41 le déambulateur mais ça devenait compliqué, je devais faire la toilette au lit. Par la suite, il  
42 parlait, mais ça devenait trop compliqué. Il a été muté dans un service spécialisé pour les SLA.  
43 J'étais contente pour lui, je lui ai dit qu'il allait dans un service où il allait avoir une prise en  
44 charge adaptée à son corps, à sa maladie, qu'il pourrait se maintenir stable. Il me dit ... « vous  
45 savez pas ce que c'est d'être malade, d'avoir la SLA » . Il m'en voulait que moi je marchais, je  
46 vivais, quand j'avais fini ma journée je rentrais, et lui il restait là ... il m'en voulait. Je lui ai  
47 expliqué que je connaissais dans ma vie personnelle des personnes qui avaient la SLA, que je  
48 connaissais des personnes qui vivaient avec cette maladie. On a discuté et j'ai réussi à renouer  
49 le contact, à ce qu'il ne me boude plus ... en fait il n'allait plus me voir et c'était ça qui n'allait  
50 pas.

51 En soins palliatifs on a une relation privilégiée avec les patients et les familles, et une relation  
52 de soin où on connaît vraiment le patient par cœur. Il est le cœur de notre prise en soin. La  
53 famille c'est très important aussi, elle gravite autour du patient. C'est très important de connaître  
54 toutes les attitudes ... ce qu'ils aiment, ou pas, pour mettre en place les soins les plus appropriés.  
55 Et ce jour-là il me dit : « *c'est le début de ma descente en enfer* » .

56 Moi j'ai eu la gorge serrée, je ne voulais pas qu'il le voit. On se dit on ne peut pas pleurer avec  
57 le patient, mais on est des êtres humains, fait d'émotions, donc on peut si on a envie leur  
58 montrer. Mais je me devais d'être là pour l'accompagner et de trouver des mots pour apaiser  
59 ses maux.

60 Je lui dis : « *mais non ça va être mieux, vous allez être verticalisé* », parce que nous en soins  
61 palliatifs on a pas de moyens de les verticaliser, pas de verticalisateur, « *vous allez pouvoir voir*  
62 *du monde aller dans le salon* », ici il s'isolait.

63 Après j'ai été en repos, il a été transféré. En fait, en me parlant de sa descente en enfer, il parlait  
64 du fait que je ne serais pas là pour lui dire au revoir. Je lui avais dit au revoir avant, mais pas le  
65 jour où il est parti.

66 Une nuit j'ai rêvé de ce patient, il est venu me secouer dans mon rêve, il m'a pris par les bras et  
67 il m'a secoué très fort... il criait. Je me suis réveillé en sursaut, je tachycardais. Je le voyais  
68 comme toi et moi dans mon rêve. Ça m'a perturbé.

69 Le médecin qui travaillait dans cette unité spéciale SLA, est venu se former chez nous quelques  
70 temps après. Et pendant tout ce temps-là, les infirmières de ce service appelaient chez nous pour  
71 avoir des renseignements sur les façon de prendre en charge ce patient. Moi je le connaissais  
72 par cœur ça faisait trois mois que je m'en occupais, je continuais à le suivre du coup. Il se  
73 laissait aller, syndrome de glissement, il se laissait mourir.

74 La bas personne ne le comprenait. Une semaine après, j'étais dans une chambre avec une  
75 patiente, elle faisait sa toilette, je l'aidais, et une collègue entre et me dit à voix basse :

76 « *Est-ce que tu as vu le médecin du service de SLA ?* »

77 Je lui répondais que non et je demandais pourquoi? Elle me répond que le jeune homme est  
78 décédé ...

79 J'ai fermé la porte, j'ai dit excusez-moi je vais vous chercher un tricot de peau... ça a été ma  
80 façon de faire redescendre l'émotion qui m'avait envahi. J'avais les larmes aux yeux, il ne fallait  
81 pas le montrer à cette patiente, je suis allée à l'armoire cela m'a pris moins de dix secondes, il  
82 me fallait me reprendre. Ma tristesse devait passer inaperçue. Je n'ai pas voulu en parler pendant  
83 longtemps.

84 Dans le service palliatif et cancérologie, on a un psychologue pour l'équipe, il vient tous les  
85 quinze jours ou une fois par mois. mais il faut être là ce jour-là.

86 Je l'ai très mal vécu, j'étais aide-soignante encore à l'époque, pas encore infirmière. Cela me  
87 préparait pour faire mes armes en fait par la suite. Ce sont des expériences qui par la suite font

88 que identitairement, professionnellement, tu te construis, émotionnellement tu te construis en  
89 tant que futur professionnel.

90 **Quelle est la place des émotions dans la relation soignant soigné pour toi ?**

91 En fait les émotions c'est différent de la vulnérabilité parce que ce sont des mécanismes de  
92 défense, tu as peur, la tristesse, la colère, la joie, la culpabilité aussi, le stress. Ce sont des  
93 moyens de défense pour que tu apprennes à gérer tout ça. La vulnérabilité c'est quand tu es face  
94 à quelque chose que tu te sens pas incapable, mais fragile. Quand tu vois la maladie, quand les  
95 personnes vont te confier leurs secrets les plus profonds. Parce que c'est ça aussi dans le soin tu  
96 vas rencontrer des gens qui vont se confier, des choses profondes et ils te diront qu'ils savent  
97 que ça va être bien gardé parce que tu es soignant, et qu'ils savent qu'il y a le secret  
98 professionnel aussi. Dans la vulnérabilité tu as aussi l'éthique, parce que ça fait partie de la  
99 confiance et de plein de choses en fait.

100 J'ai eu des moments où j'ai pas réussi à gérer, j'étais triste, les larmes sont montées...

101 J'ai eu une dame qui a eu comme les « gueules cassées », il lui manquait la moitié du visage, je  
102 devais lui faire des soins, des pansements, des lavages de bouche, elle n'avait plus de visage ...  
103 On nous prévient ou on nous prépare avant, on nous dit attention le pansement ça s'est dégradé,  
104 vous allez voir des choses que c'est inhumain ... tu te dis comment le corps peut supporter ça,  
105 Comment nous on peut visuellement supporter des choses comme ça. J'ai eu un patient aussi  
106 on lui faisait des pansement directement, ses côtés se dégradent, il ne voulait pas être endormi  
107 pour les soins, il avait eu une allogreffe et elle se détruisait au fur et à mesure, on lui faisait 4  
108 heures de pansement par jour ... pendant que nous on faisait le pansement, l'autre équipe prenait  
109 le service en charge à notre place en fait. Parce que pendant quatre heures tu es enfermée avec  
110 le patient qui ne veut pas être sédaté, pour pouvoir faire les soins, pour le confort, il voulait  
111 maîtriser tout ça, et il y a les odeurs, cela peut te faire émotionnellement remonter le dégoût.  
112 On lui mettait des globes de sérum physiologique au niveau des paupières, il n'avait plus de  
113 peau, ses jambes c'était des plaies partout, comme les grands brûlés, le plus gros c'était  
114 au niveau de son thorax, on voyait les côtes se désintégrer de jour en jour, on l'avait gardé 3  
115 mois je crois. On avait créé une relation de confiance, il avait peur d'être endormi, il avait peur  
116 de ne plus jamais se réveiller. On a fini par voir son cœur battre, parce que on voyait le cœur  
117 au travers des côtes, c'était purulent tout autour, absolument effroyable, jusqu'au jour où il nous  
118 a confié qu'il avait peur. Il avait fait ses directives anticipées. Il a dit qu'à partir de ce moment-

119 là, il a accepté, il a ensuite commencé à se recroqueviller, comme un fœtus, et on préparait  
120 quand même des protocoles, il pouvait faire une hémorragie cataclysmique, son cœur pouvait  
121 exploser à tout moment et donc il faut se préparer à des choses comme ça.

122 Après on oublie pas, on peut pas dire ça, ça fait partie de ta construction de ta vie. Il y a ton  
123 vécu, tu as été confronté à la mort, à des AVP, à des accidents de ta vie familiale, des morts in  
124 utéro, des morts de bébé qui sont morts de morts subite du nourrisson. Moi, ce sont ces choses  
125 qui m'ont construite comme ça. Mon identité professionnelle et mon identité personnelle font  
126 que je suis passionnée par l'humain, que même les personnes qui sont malveillantes sont des  
127 personnes qui sont en souffrance, qu'ils ne savent pas gérer les émotions mais en même temps  
128 on est pas responsable de la conduite des autres.

129 Humainement, les patients ils ne savent pas ce que tu vois en tant que soignant, ta vulnérabilité,  
130 l'éthique, ton sens humain, ta disponibilité, ta bienveillance, le travail en équipe, la  
131 communication verbale et non verbale, tout ça fait que toi quand tu rentres dans une chambre,  
132 tu fais l'observation, tu ne t'arrêtes pas à ce qu'on t'as dit sur le patient à la relève, du genre  
133 qu'il est ceci ou cela. Tu gravites autour, tu recherches ce dont tu as besoin pour ton patient. On  
134 ne te préviendra peut-être pas de ce qui t'attends derrière la porte ... ça va arriver. On va pas te  
135 dire par exemple que le patient il est défiguré, fais attention. Parce que si tu ne supportes pas, y  
136 a un relais de collègue, ta collègue va te dire moi ça va aller.

137 J'ai eu aussi une situation d'un jeune enfant de quatorze ans, attention tu peux aussi faire des  
138 transferts et contre transferts, si tu as tes enfants, tu te dis c'est comme mes enfants.

139 En soins palliatifs, on a environ 80 décès par an. On a des personnes qu'on accompagne pour  
140 la douleur, qui font des séjours de répit, que l'on accompagne et qui repartent chez eux. Ce n'est  
141 pas parce que c'est de la fin de vie qu'il n'y a plus rien à faire, il y a au contraire tout à faire en  
142 soins palliatifs.

143 Ce jeune de quatorze ans savait que sa maman était malade, mais il ne savait pas que c'était la  
144 fin. Et il y avait un conflit familial, la dame avait deux enfants, une fille qui vivait avec elle et  
145 son fils qui vivait avec le père. Ils étaient divorcés. Sauf que cette maman qui se battait depuis  
146 sept ans contre son cancer, ne disait rien à ses enfants. Malheureusement, on ne doit pas juger,  
147 on écoute, on entend, on donne notre point de vue mais c'est plutôt les écouter, recueillir ce  
148 dont ils ont besoin. Son fils partait pour une semaine, je crois en suisse, pour un truc scolaire.

149 L'ex-mari ne savait pas non plus la gravité de la situation. La maman de cette dame me demande  
150 alors ce qu'il est mieux de faire car les enfants ne sont pas au courant de la situation. Je lui ai  
151 dit que je n'avais pas de conseil à donner, mais émotionnellement ça va être compliqué pour  
152 les enfants de savoir que leur mère a quelques heures à vivre, il vaut mieux prendre le temps  
153 d'expliquer, ne pas juger. Bien sûr que l'enfant va être mal de savoir que sa maman va mourir,  
154 mais en même temps on ne peut pas se mettre à la place de l'autre et on ne doit pas essayer de  
155 canaliser les émotions des autres. On ne sait pas s'il sera bien ou pas bien d'apprendre cela. Il  
156 sera d'autant plus mal qu'il n'aura pas été au courant de cela avant. Ça a été très dur, il a fallu  
157 dire à la famille que l'important dans les deux jours à venir c'était de dire que la maman allait  
158 partir. Qu'il allait partir en voyage scolaire et qu'il ne la reverrait pas en rentrant.

159 Ce n'était pas à moi de le dire aux enfants. Mais c'était à moi de dire à cette famille que la  
160 situation se dégradait et qu'il fallait agir pour les enfants. Le mari ne savait pas du tout non  
161 plus. Elle avait tout caché à tout le monde sauf ses parents à elle. Heureusement les médecins  
162 sont très bienveillants en soins palliatifs, avec la cadre de santé du service.

163 Les unités identifiées palliatifs c'est pas pareil que l'unité palliative. La famille est en  
164 partenariat avec nous, on fonctionne tous ensemble, on les inclut dans la prise en charge et dans  
165 la maladie des personnes, les amis aussi.

166 Il a fallu qu'on lui annonce au petit ... et c'était moi ce jour-là (petit rictus)

167 Je lui ai expliqué ce sa maman elle allait mourir, et qu'elle se serait plus là quand il va revenir  
168 de voyage ... et que de toute façon s'il décide de partir en voyage comme prévu, qu'il ne fallait  
169 pas qu'il culpabilise, parce que il n'y avait plus rien à faire, elle ne serait plus consciente quand  
170 il allait partir. Sa sœur et lui ont pu dire au revoir à leur maman, il a pleuré ... et là moi, je  
171 voulais pleurer aussi ... . J'ai essayé de me focaliser sur une image intérieurement qui est belle  
172 pour ne pas pleurer avec lui. Ça m'arrive de me tourner et de laisser une larme couler aussi ... .

173 Tu as aussi la violence, les soins palliatifs ça démarre à partir de quinze ans et neuf mois. Le  
174 plus jeune que j'ai eu il avait dix-sept ans. J'ai eu aussi beaucoup de trente, quarante ans. La  
175 maladie de Huntington, maladie des nerfs, tu n'arrives plus à contrôler tes mouvements, c'est  
176 génétique. Tu as des patients qui veulent mourir car ils disent qu'on ne fait rien pour eux à part  
177 calmer la douleur, ils sont en colère, ils nous le montrent, ils sont violents ... .

178 Tu as des patients qui ont une canule qui tient dans la trachée, ils pleurent car ils ne peuvent  
179 plus parler, crier, tu vois les larmes couler ... Tu as des petites jeunes qui ont un cancer ORL,  
180 elles ont des trous dans les joues... .

181 En soins palliatifs, tu alternes jour et nuit. Tu as toujours le même binôme de nuit, le même de  
182 jour, pour ne pas perturber les patients et les familles. La nuit je tourne toujours avec la même  
183 aide-soignante.

184 Je préparais les traitements, mon binôme avait une formation de sophrologue également, on  
185 avait pris un fauteuil cocon, on a emmitouflé une de nos patientes et on lui faisait faire le tour  
186 du service, ça la berçait, comme un bébé. On adapte nos soins, nos sentiments, nos regards  
187 différents.

188 **Tes émotions sont-elles des outils dans la relation soignant-soigné ?**

189 Cela permet la relation de confiance. Par exemple en traumatologie, les accidents de la voie publique  
190 quand le patient a perdu un être cher. Cela ne t'appartient pas. Cela m'atteint, je m'assois à côté  
191 de lui, je ne dis pas que je me mets à sa place, j'entends ce qu'il a à dire.

192 Selon ce qu'il va te dire tu vas t'adapter. Mais tu laisses passer une petite émotion qui montre  
193 que tu t'intéresses à lui. Je reste moi-même.

194 Il faut être au clair avec soi-même, et avec ses émotions.

195 **Le service palliatif t'as apporté beaucoup j'ai l'impression.**

196 Si un jour je peux y retourner j'y retournerai, j'ai un projet de création d'une unité palliative  
197 pour enfants. Je veux créer une unité dans laquelle il y a une maison où les familles, les parents,  
198 tout en étant médicalisé, ne se rendent pas compte que c'est médicalisé. Un endroit où chacun  
199 peut libérer sa parole.

200 **Penses-tu avoir évolué émotionnellement au fur et à mesure de ta carrière ?**

201 A ce jour, j'ai un regard différent, je ne dis pas que je n'ai plus d'émotions, que je les coupe,  
202 mais j'essaie de prendre du recul et ne pas tout prendre sur moi. Je ne suis pas invincible, je les  
203 accompagne du mieux que je peux, je fais avec ce que j'ai, ce que je suis, au fond de moi et la  
204 professionnelle que je suis.

205 Le service palliatif ne peut pas forcer les gens à y aller, en tant que soignant. Les jeunes ils ne  
206 sont pas pris habituellement. C'est à la demande du soignant. Il y a des personnes qui sont partis  
207 au bout d'un mois.

208 En soins palliatifs j'ai vécu aussi de belles choses. Quand ils descendent fumer on leur fait des  
209 petites surprises. J'en avais un qui aimait star Wars, alors comme mes enfants avaient enlevé  
210 des posters de star Wars, j'ai vu avec mon encadrement si je pouvais faire une surprise à ce  
211 patient. J'ai apporté des gommettes collantes, mes collègues surveillaient le patient qui devait  
212 descendre fumer, quand il est descendu on a vite décoré sa chambre, sa femme était fan de Bruel  
213 on avait fait aussi une petite déco Bruel pour elle, quand il est remonté il a ouvert la porte et il  
214 a explosé de joie! C'était magnifique.

215 J'ai eu un autre patient il y a deux ans, ça faisait vingt-cinq ans qu'il était avec une femme, et  
216 un jour il me dit qu'ils ne sont pas encore mariés, malheureusement il allait mourir... alors en  
217 rigolant je lui dis mais vous êtes pas encore marié!! mais c'était aussi sérieusement, je n'ai pas  
218 de tabou avec quoi que ce soit, si le patient a envie de parler je suis là. Ils n'étaient ni mariés ni  
219 pacsés, et il ne pensait pas qu'il allait mourir durant toutes ces années. Il me dit alors qu'il  
220 aimerait la demander en mariage. Le soir chez moi j'ai trouvé des déco sur ce qu'il aimait, et  
221 j'ai fait une sorte de carton d'invitation. Il a pris une photo de cette carte et il l'a envoyé à son  
222 amie. On a tout organisé, contacté le maire, et tout. J'ai acheté des confettis, un tapis rouge, et  
223 tout. On était nous l'équipe et les témoins, le maire et son adjoint. Il était tous oxygène, on avait  
224 mis la musique qu'il aimait, c'était Bob Marley je me rappelle, on prenait des photos, et j'ai  
225 pris une photo incroyable ... le patient sous une pluie de confettis les bras en l'air le sourire aux  
226 lèvres, il était heureux. Cette photo est toujours dans le service. C'était un merveilleux moment.  
227 Il y a des moments de joie, de tristesse, de colère, et tout ça nous construit.

228 Au fur et à mesure que tu avances et que tu te construis dans ta vie professionnelle, tu fais de  
229 même dans ta vie personnelle, les deux cheminent ensemble et tu te construis avec les deux. Ça  
230 peut détruire aussi. Quand tu descends au plus bas, ça te permet de remonter après. C'est pas  
231 facile, tu es chamboulé, tu te dis que jamais tu ne vas t'en sortir. Il faut prendre du recul et se  
232 laisser aller si on a besoin de pleurer. Il ne faut pas contrôler l'émotion. Moi je suis au clair  
233 avec mes émotions. Et mon principal centre d'intérêt c'est le bien être de mon patient. Je vais  
234 m'asseoir avec lui, je vais l'écouter, l'entendre, lui dire que c'est difficile la mort. Je ne vais pas  
235 cacher mes émotions. Je ne vais pas pleurer avec lui, je ne suis pas malade, c'est lui qui l'est.  
236 Je ne vais pas prendre toutes les maladies des autres sur moi.

237 Maintenant j'arrive à sortir de l'hôpital, et à passer à autre chose. Avant, je ne le faisais pas. ça  
238 me poursuivait. Mais maintenant ce ne sont pas mes émotions à moi, ce sont les émotions du  
239 patient, de sa famille, si j'ai envie de pleurer dans une pièce avec les collègues, ou de sortir de  
240 passer le relais, c'est savoir se protéger de ses émotions.

241 Ce n'est pas parce qu'on a une blouse qu'on est super woman... Je ne suis pas un soignant-  
242 sauveur. Des fois, il y a un trop plein, parce que tu as besoin de pleurer dans ta voiture, de crier,  
243 on essaie de pas trop en parler à la maison. Au fur et à mesure des années ton sac à dos quand  
244 tu rentres chez toi il devient lourd ... alors on le laisse dans le vestiaire.

245 **As-tu des choses à rajouter que je n'aurais pas abordé ?**

246 Ton sujet est très intéressant, il y a tellement de choses à dire. C'est propre à chacun les  
247 émotions et la vulnérabilité. Il faut rester soi, et donner le meilleur de soi, et ne pas se perdre  
248 soi-même.

249 Des fois se perdre ça fait partie de la construction et de l'identité personnelle. Tu vas t'en  
250 prendre plein la figure, tu vas vivre des choses que tu ne peux pas entendre. Mais tu devras  
251 accompagner ton patient au mieux. A toutes ces émotions vont s'ajouter le stress, il faut en tenir  
252 compte, c'est une émotion qui est omniprésente dans la vie d'une infirmière.

253 **Je te remercie pour ces témoignages.**

1 *Annexe XV : retranscription de l'entretien avec l'infirmière de l'EHPAD*

2 **Bonjour Baba,**

3 **Je te remercie de te prêter au jeu pour mon mémoire.**

4 **Peux-tu te présenter, et me parler de ton parcours professionnel ?**

5 Alors j'ai quarante-neuf ans, je suis diplômée en soins infirmiers depuis 2019. Avant j'étais  
6 aide-soignante depuis plus de quinze ans. J'ai travaillé donc plus de quinze ans en SSR et en  
7 EHPAD, et pendant mon cursus infirmier mes stages m'ont permis de faire différents services,  
8 j'ai pu voir autre chose que des soins sur des personnes en long séjour ... J'ai vu d'autres publics.

9 Je suis infirmière dans cet EHPAD depuis 2019.

10 **Je vais aborder le thème de la vulnérabilité pour commencer. Ma question c'est est-ce que**  
11 **tu penses être vulnérable dans ta profession d'infirmière ?**

12 Si je disais non ça serait mentir, parce que je pense qu'être vulnérable c'est humain. Mais je  
13 dirais que non car je sais faire la part des choses, en fin de compte quand j'endosse ma tenue  
14 d'infirmière je suis infirmière, ce qu'il y a à côté, ma vie personnelle, tout le monde a des soucis  
15 personnels, ça ne ... prend par le dessus sur mon rôle infirmier. Donc je pense ne pas être  
16 vulnérable mais quelquefois on l'est sans le vouloir.

17 **Que veux-tu dire par là ? Pourrais-tu me parler d'une situation ?**

18 C'est vrai que la vulnérabilité c'est se sentir faible auprès de quelqu'un, ou ressentir que l'on  
19 est pas compétent ... la vulnérabilité c'est vaste. Très vaste ...

20 Y a une seule fois où j'ai eu l'impression en tant qu'infirmière de pas être en capacité de  
21 répondre à certains besoins auprès d'une résidente que je voyais souffrir, et là en fin de compte  
22 je me suis senti incompétente.

23 A la période du COVID, nous les soignants d'EHPAD on s'est senti presque délaissés ... quand  
24 une personne âgée elle a le COVID elle a moins d'importance qu'une personne jeune pour la  
25 prise en soin vu les problèmes que l'on rencontrait, je peux le comprendre. Mais quand on  
26 téléphone au SAMU et dire voilà, cette personne à la COVID, son état général s'aggrave, à  
27 notre niveau on peut rien apporter, on se sent impuissant, ça aussi c'est être vulnérable que de  
28 se sentir impuissant. Et on te répond, ben quel âge elle a ? Et quand on dit que c'est une personne  
29 d'un certain âge, ... mais c'est un être humain aussi ! Je veux dire derrière y a une famille, y a

30 des enfants, et nous en tant que soignant on peut pas rester insensible, je veux dire j'ai des  
31 parents, j'ai des enfants, si on me répond ça pour mes parents ... (elle lève les yeux au ciel)

32 Mais ce qui m'a permis de ne plus me sentir seule c'est que l'on a un très bon gériatre ici, très  
33 présent. Et dans les moments du COVID il était joignable même le Week end, et c'est vrai que  
34 si on a pas de prescription pour dispenser certains traitements, on se sent impuissant, on peut  
35 pas soulager la personne. Je me rappelle c'était un dimanche, la personne elle avait un COVID  
36 avec des symptômes ... on a pas eu beaucoup de décès ici du COVID, mais cette personne-là  
37 elle a eu des symptômes et des conséquences...D'ailleurs je me suis sentie pas à la hauteur,  
38 presque j'étais perdue quand on a pas su me dire quoi donner, quoi faire, et après j'ai eu la main  
39 tendue du médecin. Il m'a dit vous mettez en place ça, je vous envoie la prescription après par  
40 fax, ne vous inquiétez pas. Et là j'ai senti un soulagement quelque part.

41 C'est la seule fois où je me suis sentie vulnérable face à une situation.

42 **Est-ce qu'il y a une situation qui pourrait révéler ta vulnérabilité selon toi ?**

43 Y a une autre fois où je me suis senti vulnérable, j'étais en stage pendant mes années de  
44 formation à l'IFSI, en gynécologie, et en fin de compte, on reçoit une patiente qui avait un  
45 cancer du sein, je me rappelle, le sein droit, je la voit encore cette dame, et on reçoit cette  
46 patiente qui venait pour une mastectomie totale avec curage de ganglions. On m'a demandé de  
47 la préparer pour le bloc, faire son entrée, expliquer la douche à prendre, les consignes... et  
48 pendant que je l'informais de tout ce qu'il fallait faire, la dame, je m'y attendais pas, elle  
49 commence à se confier à moi et son cancer en fin de compte a été découvert très subitement  
50 suite à la présence d'une masse à la poitrine. Tout s'est enclenché très rapidement, elle avait 50  
51 ans, des enfants, dont le plus jeune il avait dix-huit, dix-neuf ans, et je sais pas pourquoi, j'ai eu  
52 les larmes aux yeux, d'ailleurs ça me touche encore ( ses yeux se remplissent de larmes) je m'en  
53 souviens très bien de cette dame ...

54 Pendant qu'elle me racontait tout ça, c'est comme si j'avais pris une baffé, et je me suis sentie  
55 envahie par mes émotions et j'ai eu les larmes aux yeux, et en tant que professionnel, être  
56 rattrapé par ses émotions c'est compliqué à gérer surtout face au patient ...

57 Déjà la personne elle t'explique son mal être et toi en tant que professionnel, elle peut le prendre  
58 et se dire oui mon histoire la touche mais au fond de moi c'était pas ça. En fin de compte ça  
59 m'avais pris en pleine figure, c'est vrai que c'est personnel, et c'est la seule fois qu'un problème  
60 personnel m'avait rattrapé dans mon professionnalisme.

61 En fin de compte je suis quelqu'un de très sensible, dans certaines situations mais j'essaie de  
62 pas le montrer. On est là pour soigner les autres et pas se soigner soi-même déjà de une. Et en  
63 fin de compte j'ai rencontrés le même vécu que cette dame, et enfin c'est comme si j'avais fait  
64 un transfert ... on s'y attend pas, et sur le coup je me suis senti vulnérable et pas assez  
65 professionnelle pour ... je pense que la patient elle attendait que je la rassure, eh ben là je  
66 pouvais pas, j'étais en incapacité de prononcer quoi que ce soit. Mes émotions elle m'avaient  
67 submergé...La seule que j'ai pu dire c'est « excusez-moi je reviens ». Et je suis sortie.

68 Quand je suis sortie de la chambre, je me suis effondrée, j'ai pleuré, pleuré, pleuré... mais sur  
69 le coup, là je te le dis avec du recul, mais sur le coup j'ai pas compris ça. C'est après en faisant  
70 une analyse de pratique que j'ai relaté cette situation, en expliquant et quand j'ai mis ca sur  
71 papier j'ai fait le rapprochement ... en fin de compte j'ai fait un transfert. Après c'est aussi une  
72 question d'éducation aussi ... mais comme je refoulais cette situation, ça m'a mis face à la  
73 réalité. Et ça a été le plus dur.

74 C'est pour ça que je dis que l'on peut être vulnérable sans le vouloir, je ne m'y attendais pas du  
75 tout.

76 **Donc j'en viens aux émotions, tu as abordé le thème toi-même, est ce que tu penses que les**  
77 **émotions elles ont une place dans la relation soignant-soigné ?**

78 Alors je pense que d'avoir des émotions c'est normal car nous sommes des êtres humains, on  
79 est fait de chair et de sang, sinon on serait des robots, pas humains. Et puis certaines émotions  
80 elles peuvent aider dans la relation soignant-soigné, elles peuvent avoir une place mais la par  
81 exemple dans la situation que je viens de te raconter , non elles avaient pas leur place. Pas du  
82 tout ... parce que ça a été le contraire. Mais sinon je pense que en tant qu'être humain, si j'avais  
83 pas d'émotions je ne pourrais pas faire ce métier, je ne pourrai pas le faire ...

84 Et puis si on ressent pas les émotions de l'autre, on ne peut pas rentrer en relation, si on se met  
85 une barrière, on se met un mur et on se dit aller je ne montre rien de ce que je ressens... et les  
86 émotions ça montre aussi ce que l'on est ...

87 Les émotions elles peuvent être positives ou négatives ... c'est aussi un sourire, et c'est vrai  
88 que depuis ce COVID on nous le fait comprendre qu'à travers ce masque on nous dis qu'on  
89 arrive plus à savoir si la personne, sourit, si elle est contente, pas contente, et donc y a plus que  
90 le regard, et à travers un regard je te raconte pas ce qu'on peut transmettre ... .

91 **Peux-tu me parler d'une situation où il y a eu des émotions dans la relation de soin, dans**  
92 **cet EHPAD, lieu de vie ?**

93 Pour moi la relation soignant-soigné est différente ici en EHPAD et dans un service, parce que  
94 y a des personnes auxquelles on s'attache, c'est comme ça, un feeling, une relation de confiance  
95 qui se crée. Après en tant que professionnelle, je pense que chaque personne est unique et que  
96 chaque personne, même si des fois on manque de temps, le peu de temps que je leur accorde à  
97 chacun, à mes quarante résidents, que je connais, et puis on a le temps de les connaître. On a  
98 plus de temps que dans un service. Ils sont de passage dans un service. Quand ils rentrent dans  
99 un EHPAD c'est pour finir leur vie, c'est malheureux à dire mais c'est comme ça. On les  
100 accompagne au mieux pour finir leur vie et dans cet accompagnement, on reste pas insensible,  
101 même quelqu'un que je connais depuis que je suis là et avec qui je n'ai pas plus d'affinités, si  
102 il venait à partir j'aurais ce sentiment de tristesse. Parce que je ne reste pas insensible. Comme  
103 j'ai toujours dit à mes collègues, le jour où j'aime plus mon métier je le saurais, le jour où  
104 j'aurais une parole déplacée, un geste déplacé,... et ça je n'espère pas ... ça voudra dire que je  
105 n'ai plus de patience et que je ne suis plus faite pour ce travail, que j'ai perdu mon humanisme.  
106 Je viens avec plaisir travailler, j'aime mon travail, mes résidents m'apprécient et je les apprécie  
107 tellement aussi, et ils le voient.

108 Ils ne me connaissent qu'avec le masque, puisque je travaille ici depuis trois ans et donc depuis  
109 le COVID. A travers le masque ils savent, même si on veut cacher qu'on est pas bien. Les  
110 personnes elles savent que aujourd'hui Baba ça va pas.

111 Y a la gestuelle, l'intonation, en plus je suis quelqu'un qui parle beaucoup (rires) ... Le silence  
112 chez moi c'est signe que ça va pas ! c'est pas que ça va pas, c'est que je rentre dans une chambre  
113 j'arrive à sa porte du résident, tout ce qui est personnel reste à la porte de l'EHPAD. Mais c'est  
114 vrai que nos émotions, notre façon d'être nous rattrapent des fois, sans le vouloir aussi. Même  
115 si tu leur dis « non ça va aujourd'hui ! » Ils le voient que ça va pas. On veut mentir et la  
116 personne elle voit que je ne suis pas comme d'habitude. Ça veut dire que y a des choses qui se  
117 voient. Ils sont en permanence avec moi.

118 C'est très difficile de ne pas s'attacher quand on travaille en EHPAD.

119 **Quand un résident va décéder, que ressens tu ? Que te dis-tu ?** (elle réfléchit avant de parler)

120 C'est vrai qu'on est différent avec chaque personne, ça dépend aussi de l'affinité que j'ai avec  
121 cette personne. Dans l'accompagnement de fin de vie les patients ont aussi leur famille. Les

122 familles nous connaissent. Ici dans cet établissement, il y a beaucoup de personnes qui se  
123 connaissent car nous sommes dans un village. Il y en a beaucoup aussi que les résidents  
124 connaissent depuis qu'ils sont petits, c'est vraiment différent d'un grand établissement où ne  
125 serait-ce qu'un établissement de ville. Et quand on accompagne quelqu'un en fin de vie, selon  
126 l'attachement et l'affinité, on a l'impression de faire partie de la famille du résidant qui s'en va.  
127 Et on le vit tel quel, malgré notre posture de soignant qui nous rappelle souvent qu'on est là  
128 pour apporter des soins et pour soulager et accompagner au mieux les personnes. Mais y a aussi  
129 les familles. Et les familles aussi on les accompagne. On fait au mieux pour qu'ils soient  
130 présent. C'est vrai que par rapport à l'hôpital, ici c'est leur maison. Et les familles peuvent  
131 rester autant qu'ils veulent. Ils sont intégrés à la fin de vie de leur parent. Après les familles  
132 nous remercient, ils nous disent que l'accompagnement s'est fait comme si il était chez lui leur  
133 parent. C'est leur dernière demeure.

134 Et des fois, par moment, on est amené, c'est vrai qu'on nous l'interdit, on nous dit qu'il ne faut  
135 pas être trop proche, qu'il ne faut pas de familiarité. Mais c'est impossible, moi j'ai une famille  
136 en face de moi, que je connais depuis des années, ils vont se mettre à pleurer je ne vais pas  
137 rester en face d'eux sans les prendre dans mes bras. Ça m'est arrivé, c'est humain. Ça va  
138 m'affecter c'est sûr, je vais pleurer, et la personne devant moi elle a peut-être besoin que je sois  
139 comme ça, que je pleure avec elle. Je m'adapte à la situation, à la famille, aux personnes.

140 On ne reste pas insensible, même si je ne suis pas attachée aux gens, quand je fais un  
141 accompagnement de fin de vie, je suis épuisée, je me donne à cent pourcent pour accompagner  
142 le résidant et sa famille au mieux. Et à la fin quand la personne s'en va, y a encore la prise en  
143 charge pendant et après le décès.

144 Tant que la personne ne s'en va pas de l'EHPAD, le cheminement n'est pas fini.

145 Comment t'expliquer ... c'est vrai que quand on accompagne quelqu'un, la famille est perdue,  
146 on les rassure on les conseille. Quand le défunt s'en va, je me dis ça y est, il n'est plus dans  
147 l'établissement. Et je ressens un ... ( et elle souffle très fort) ... c'est difficile de t'expliquer  
148 avec des mots ... comme un poids sur mes épaules qui s'en va.

149 **Et quand tu reviens bosser le lendemain ? Tu repasses devant la chambre et tu ressens**  
150 **quoi ?**

151 Ça arrive que je ressentis quelque chose quand je fais mon tour. Je saute la chambre, et les  
152 premiers temps ça fait bizarre, la porte est fermée ... alors moi j'ouvre la porte, et je vérifie, je

153 ne sais pas si je vérifie si les affaires sont encore là ou si je rentre parce que j'ai un sentiment  
154 particulier. Quand le patient est décédé, on a l'impression que la personne est encore là, tant  
155 qu'il y a ses affaires aussi. J'ai toujours ce réflexe de frapper à la porte aussi ...

156 Ça c'est ce qui me représente moi, mes valeurs, mes principes, mon éducation, et mes  
157 croyances.

158 En fin de compte j'ai travaillé avec des collègues quand j'étais aide-soignante, et je tenais à être  
159 présente jusqu'au bout pour la personne, donc y compris la toilette mortuaire, et pendant toute  
160 la toilette je parle à la personne. Au début ça a surpris ... j'ai expliqué que c'était ma croyance,  
161 et que pour moi son esprit est toujours présent, son âme est toujours là. J'ai un respect de son  
162 enveloppe charnelle après le décès. Certes elle n'est plus la physiquement, mais son âme est  
163 encore là et je lui parle, et c'est ma façon de faire mon deuil aussi. Je leur dis « *je vous souhaite*  
164 *le repos* » par exemple.

165 Et avec les personnes avec qui j'ai moins d'affinité, je vais au dépositaire et je fais le même, je  
166 leur dis au revoir. J'ai un petit geste, avec mon doigt sur le front. Et je dis « *partez en paix* ».

167 **Quand tu repenses à ton exercice dans la profession, peux-tu me dire si tu te sens dans les**  
168 **mêmes situations aussi affectée ?**

169 Je pense qu'on évolue dans la vie, en tant que personne, et aussi dans la formation. Quand on  
170 est jeune, tout ce qu'on voit pour la première fois ça surprend, et puis on se dit je ne pourrais  
171 jamais refaire ça car je ne tiendrais pas. Mais j'ai appris à évoluer, par l'amour de ce métier, je  
172 suis toujours émotive, je ne changerai pas. J'exprime mes émotions plus facilement. Quand  
173 j'étais jeune c'était tabou d'exprimer ses émotions devant les autres collègues, devant un patient  
174 devant une situation. On nous disait, vous êtes soignant, vous êtes là pour leur apporter du bien,  
175 pas pour pleurer. C'était interdit de pleurer. Même de nos jours, on nous dit que dans la relation  
176 soignant soigné il faut garder une certaine distance, pas d'affinité. Mais ça dépend dans quel  
177 lieu. Oui dans un service de chirurgie on ne crée pas d'affinité, de relation, c'est passager. Dans  
178 un lieu de vie c'est différent. Donc on apprend à vivre face à ça. On sait qu'elle vient ici pour  
179 finir ses jours chez nous, on est là pour l'accompagner et vivre ses derniers jours au mieux. Je  
180 pense que la formation aide bien aussi. Elle nous apprend les pathologies, de certaines façon de  
181 prendre en charge. Je pense que les soignants, au fur et à mesure des années si on veut bien  
182 faire notre travail, on doit se perfectionner, faire des formations.

183 **D'un point de vue émotionnel, toi à ce jour trouves-tu que tu as alors évolué ?**

184 Oui , je pense que en extériorisant les émotions que je vis, c'est pas un poids. C'est des émotions  
185 normales que je dois avoir face aux situations, on travaille avec des humains. Une personne qui  
186 me dit qu'elle n'est pas touchée par des situations avec les patients je me dis c'est pas possible.  
187 C'est une carapace ça, et cette personne c'est mauvais pour elle, cette personne la ça va lui  
188 exploser en pleine figure et c'est pas bon. Parler et extérioriser c'est pas une honte. Pendant la  
189 pandémie j'ai découvert des choses qui m'ont endurci et blindé. On a fait au mieux avec ce  
190 qu'on avait, on en appris plein la figure, les restrictions, les interdictions, les familles qui  
191 pouvaient pas voir leur proches ...

192 Je me souviens d'une personne qui avait le COVID et il y avait interdiction d'autoriser les  
193 familles à venir les voir. C'était la fin ... en tant que fille, moi-même, je ne pouvais pas, en tant  
194 que mère... laisser une personne mourir sans que ses proches soient là, ça m'avait beaucoup  
195 touché ça aussi. Le contexte de soin y était, et le contexte de la prise en charge de la famille  
196 aussi. Je me suis permis d'appeler le médecin un dimanche, j'ai dit c'est pas possible, même un  
197 animal on lui fait pas ça. La pauvre dame elle souffrait et d'interdire la visite de la famille j'ai  
198 trouvé que c'était pas ... c'était horrible. Bon c'était interdit, j'ai appelé la directrice, j'ai  
199 demandé une faveur, elle m'a dit oui sans problème. J'avais tout prévu pour protéger la famille  
200 avec les équipements. La directrice était aussi humaine que moi...

201 On était à deux ce jour-là, avec l'aide-soignante. Moi j'ai réussi à retenir mes larmes, mais  
202 l'aide-soignante, elle est parti en sanglots ... Donc je me revoie, je la fais rentrer par la porte  
203 de secours, je lui donne les consignes, je l'habille, l'aide-soignante présente aussi. La dame  
204 était tellement reconnaissante ... je lui ai dit que j'étais moi aussi maman, et j'ai aussi des  
205 parents, et ma collègue elle s'est mis à pleurer !!! je lui ai fait des yeux !! je voulais juste lui  
206 faire comprendre : pas devant la famille ...

207 Elle n'a pas géré le trop plein d'émotions.

208 **As-tu quelque chose à rajouter ?**

209 Non je pense t'avoir tout dit.

210 **Je te remercie d'avoir pris du temps pour moi, et je vais te laisser aller retrouver les**  
211 **résidents.**

1 *Annexe XVI : retranscription de l'entretien avec la psychologue*

2 Durée 38 minutes 46 secondes

3 **Bonjour Psycho, je te remercie pour ce temps que tu m'accordes. Peux-tu te présenter, et**  
4 **quel est ton cursus professionnel ?**

5 Je suis psychologue clinicienne de formation, je travaille actuellement au CH... au CMP de ...,  
6 un centre médico psychologique pour adulte et aussi au CATTP... J'ai été diplômée en 2003,  
7 j'ai travaillé avec les enfants et les adolescents, j'ai travaillé en maison de retraite, sur  
8 Martigues, Marignane, Marseille, et en 2009 j'ai intégré l'hôpital. J'ai travaillé aussi en service  
9 d'accueil et crise. Dernièrement j'ai modifié mon emploi du temps, je travaille aussi en libéral.

10 **Je commence par le thème de la vulnérabilité, penses-tu être vulnérable et pour quelles**  
11 **raisons ?**

12 Euh il faudrait définir le terme de vulnérabilité pour commencer ... tu l'entends comment ? On  
13 le perçoit souvent dans le sens péjoratif, mais aussi quelque chose de très normal et de très  
14 positif surtout chez le soignant. Tout dépend comment on l'entend. Dans la prise en charge d'un  
15 patient, qu'il soit somatique ou psychique il est question de sa vulnérabilité et pour nous  
16 l'accompagner dans sa vulnérabilité là il faut qu'on soit euh ... juste nous même, dans nos  
17 dimensions subjectives et humaines. Si on dit que la position de soignant est vulnérable c'est  
18 piégeux parce que ça voudrait dire que cela ne fait pas de nous un bon soignant. Être fragile ça  
19 voudrait dire que ça fait pas de nous des bons soignants. Un soignant est sensé tout entendre et  
20 tout encaisser.

21 C'est compliqué si je me mets à pleurer avec les patients en entretien. Il faut avoir un cadre de  
22 travail et un cadre intérieur où on essaie d'avoir un positionnement qui dans la relation respecte  
23 un certain cadre. C'est-à-dire que je peux comprendre l'émotion du patient, être touchée par  
24 cette émotion par ce que l'empathie fait que, sans pour autant me laisser embarquer. Parce que  
25 si cette vulnérabilité, elle s'emballer, enfin je la maîtrise plus, je peux plus être soignante, je ne  
26 suis plus à ma place de soignant. C'est compliqué parce qu'il y a aussi une histoire de neutralité  
27 dans la position de soignant. On travaille avec les émotions et le ressenti, du patient, en tout cas  
28 en psy d'autant plus, et du soignant mais il faut garder une posture neutre. Je ne peux pas me  
29 laisser embarquer comme quelqu'un de sa famille ou un amie le ferait. L'idéal ça serait d'être  
30 au clair avec soi-même, avant, pour pouvoir prendre en charge les gens. C'est pour ça que les  
31 psycho sont sensé avoir fait un travail personnel sur eux en tant que humain. Du coup ils sont  
32 sensé avoir abordé ces question-là de la vulnérabilité et de leurs points forts, leurs faiblesses.

33 Pas pour être au-dessus du lot, mais pour être au clair sur ce qui est de l'ordre de leur zone  
34 d'ombre, de leur points faibles. Quand ils prennent en charge quelqu'un ils sont capable de  
35 savoir qu'est ce qui appartient à qui. Sinon les attitudes défensives ou d'identification on a tous  
36 très vite fait d'être embarqué avec le patient et de mettre en place des mécanismes de rejet, ou  
37 là on arrive plus trop à tenir sa place de soignant. Si on est un peu plus au clair avec soi-même  
38 et son fonctionnement propre on peut au moins avoir ça à l'œil et il faudrait, je prêche pour ma  
39 paroisse, mais il faudrait que les soignants fassent eux aussi un travail sur eux car pour prendre  
40 en charge l'autre c'est quand même mieux ... que ça soit en psy ou en somatique.

41 **Est-ce qu'il y a des situations de soin ou tu t'es senti vulnérable particulièrement ?**

42 Tu penses à quelle forme de vulnérabilité ?

43 **Envahi par l'autre, son histoire par exemple.**

44 Il me vient plusieurs choses en tête, il me vient que ce que j'ai pu ramener à la maison ça a pu  
45 être des situations où je suis inquiète pour un patient. Quand on est dans des problématiques de  
46 crises suicidaire. Cela a pu me poser problème après car c'est une inquiétude. Ou aussi quand  
47 il y a un accord avec le patient pour qu'il n'y ait pas d'hospitalisation pour X raisons, là oui, ça  
48 m'impacte en dehors du travail. C'est quand ça déborde c'est ça ?

49 Touché par les patient oui je le suis.

50 **Et de quelle façon ?**

51 Je peux être touchée par une patiente complètement démunie ... tu vois dernièrement j'ai reçu  
52 une jeune femme polytoxicomane, qui essaie de faire pour la première fois une démarche un  
53 peu c'est ou ça ou je sais que je vais en mourir bientôt. Elle est toute seule, très démunie, pleine  
54 de bon sens, et en même temps très immature. Je l'ai reçu avec une infirmière, et on a été très  
55 touchée de cette petite fille de trente-cinq ans. Elle nous a beaucoup touché parce que c'est très  
56 dur car le sevrage est au premier plan et on ne peut pas la prendre en charge comme on voudrait  
57 aussi... ça par exemple ça vient toucher ma posture de soignant où on peut pas répondre comme  
58 on voudrait. Elle me touche par exemple.

59 J'ai eu un patient skinhead qui m'a touché autrement, il est venu me faire réagir par ses propos  
60 qui sont très provoque, il me pousse, il veut que j'ai une réaction. On aurait tendance à réagir  
61 mais il ne faut pas se faire embarquer. Mais en fait tout ça on parle de contre transfert pour le  
62 psy. C'est un outil dans la prise en charge, on est assez à l'aise dans ces histoires de  
63 vulnérabilité, on s'en sert tout le temps. La vraie question c'est comment ça va être perçu ?

64 Je peux être touchée par plein de vulnérabilités différentes, en bien comme en pas bien. Mais  
65 l'intérêt c'est pourquoi ça vient me chercher là. Et comment j'arrive à travailler ça et je ne me  
66 laisse pas embarquer dans une réaction ?

67 **Qu'est ce qui fait qu'une situation plus qu'une autre va te toucher ?**

68 Ça peut être un écho que ça va faire par rapport à mon histoire, soit des inquiétudes types crises  
69 suicidaire ...

70 **Dans ce cas penses-tu que ce soit une vulnérabilité qui est liée à une impuissance à gérer  
71 une situation ?**

72 Oui ça peut être ça mais est-ce que ça a été bien géré, est ce que je me suis pas fait balader ?  
73 manipuler ? Est-ce que j'aurais dû être plus dans des modalités d'urgence ? Quand tu as des  
74 situations qui sont sur un fil ?

75 Il y a aussi une histoire de moyen, il faut composer, on ne peut pas travailler comme on le  
76 voudrait.

77 Nous les psy, notre travail c'est de métaboliser ça la vulnérabilité. De symboliser, de  
78 comprendre pourquoi, de le comprendre. Pourquoi tel patient me met dans telle situation ?  
79 Comme les réunions que l'on fait ici, une situation qui soulève des choses chez les soignants,  
80 nous les psy on essaie d'amener, de faire des analyses de pratique. On va chercher ce que ça a  
81 soulevé chez les soignants, pourquoi il a voulu répondre ça ou ça. Le travail de pensée, de  
82 symbolisation permet de soulager quelque chose car c'est une mise en sens. Donc ça évite d'être  
83 dans des passages à l'acte en miroir et ça évite d'être dans des réactions. C'est notre travail avec  
84 l'équipe et les patients.

85 **Je vais passer au thème des émotions. Selon toi y a-t-il une place pour les émotions dans  
86 la relation soignant-soigné ?**

87 Est-ce qu'il y en a une actuellement ou est ce qu'il en faudrait une tu veux dire ?

88 **Est-ce qu'il y a une place dans une relation avec un patient, pour les émotions quelles  
89 qu'elles soient ?**

90 Je vais être pénible ... je différencierai affect, émotion, ressenti, parce que je ne sais pas ce que  
91 tu mets dans émotions ... ( rires )

92 **Je parle des émotions telles que la joie, la tristesse, le dégoût, la surprise, la colère ... les**  
93 **principales émotions. Je sais qu'il en existe plus mais ce sont les principales.**

94 Alors je vais te poser une autre question ... quand tu es dans un entretien, que tu reçois, que tu  
95 accueilles une émotion, à qui elle est ? Est tu envahie par l'émotion de l'autre ? ou est-ce que  
96 c'est la tienne ? Est-ce que ça vient chercher quelque chose en toi ? Mais c'est une question  
97 foireuse en vrai ! Il y a sûrement un peu de tout...

98 Je veux dire que l'on est souvent contaminé par l'état émotionnel de l'autre. Que ça soit des  
99 gens qui transpirent l'angoisse, des gens qui sont complètement déprimés alors qu'ils affichent  
100 un grand sourire, des fois tu as même des dissonances comme ça, tu te dis mais pourquoi je me  
101 sens envahie par un sentiment presque mélancolique parce que ça ne transparait pas. Il faut  
102 pouvoir accueillir ça et donc pas être dans une position trop défensive. Si je me barricade trop  
103 je ne peux pas accueillir ça. Donc pareil je le renvoie. Il faudrait pouvoir accueillir l'état  
104 émotionnel de l'autre en face de toi, entre ce qui est dit et non-dit. Une fois que j'accueille ça  
105 je comprends mieux l'autre, dans quel état il est, et je peux mettre des mots sur ce qu'il n'arrive  
106 pas à faire, ou lui montrer que je comprends et créer une alliance avec lui et en même temps,  
107 ne pas me laisser trop envahir profondément dans mon ressenti à moi. Il faut se laisser ... pas  
108 envahir c'est trop fort ... il faut se laisser accueillir l'état émotionnel de l'autre sans se laisser  
109 envahir. Tu as une partie de toi que tu prêtes à ressentir ce que ressent l'autre, et une autre qui  
110 est comme au-dessus pour essayer d'analyser ce qui se passe.

111 On revient sur l'idée d'être au clair avec soi-même. Ça vient teinter ta neutralité. Comment on  
112 peut parler de neutralité si on est pas au clair avec soi-même ? Allez tous chez le psy quoi !! (   
113 rires )

114 Quand on prend en charge l'autre c'est lourd, donc si on a pas un espace où on est clair avec  
115 soi pour penser sa propre histoire et se dégager de ce qui se passe. Mais c'est au niveau perso,  
116 et chacun fait comme il veut. Mais ça devrait être plus présent dans les écoles de formation,  
117 dans les équipes, il faudrait mettre en place ça. Mettre en pensée ce qui est de l'ordre des  
118 émotions et de la vulnérabilité car c'est très large en fait.

119 Mais son on ne parle pas de tout ça comment on prend en charge l'autre ?

120 Tu es infirmier en cardio ou autre chose, ton patient il doit avoir une anesthésie et il est rempli  
121 d'angoisse, agressif, toi tu arrives là, tu accueilles son état émotionnel, tu es obligée. Alors soit  
122 tu l'accueilles soit tu mets une barrière... et la relation de soin elle est inexistante si tu mets une

123 barrière. Ou tu arrives à te décaler de cet état émotionnel qui prend une apparence et comme tu  
124 le penses et que tu arrives à te dire que tu arrives à être empathique, tu te décales et tu arrives à  
125 faire quelque chose qui sera apaisant.

126 Ça dépend de plein de trucs, si le patient lui-même est pas ... se sent pas bien dans son contexte  
127 il ne sera pas bien ... et là on se mord la queue ... C'est très actuel.

128 **Y a-t-il une situation qui t'as déjà ému ? Où tu n'as pas géré tes émotions ?**

129 Oui sûrement...Y en a plein, ça peut être aussi très positif. Avec des patients par exemple qui  
130 sont en larme parce qu'ils en reviennent pas de leur avancée, ou quelque chose de super positif  
131 dans leur vie, moi ça me fait une vague d'émotions, je suis hyper contente pour eux, c'est  
132 presque palpable !

133 Il y a deux choses différentes dans ta question, une situation où je n'ai pas géré mes émotions  
134 c'est autre chose. Pas de perte de contrôle, pour moi, je peux être prise dans une vague  
135 d'émotions, tu vois j'ai eu une dame qui venait de perdre un enfant noyé sous ses yeux, elle  
136 s'effondre quand elle te racontes le truc, c'est lourd... en plus si tu es mère, mais encore que  
137 même si tu ne l'es pas... y a des psy qui sont pas mères et qui seront touchées aussi.

138 Ce sont des situations lourdes dans le suivi, mais pas de perte de contrôle ... je cherche mais je  
139 ne crois pas.

140 Mais je peux aussi tu vois quand je reçois une dame, le truc que j'utilise avec elle c'est le rire,  
141 on rigole tellement que l'équipe me demande si je travaille vraiment. Mais c'est un levier avec  
142 elle, c'est sa façon de se défendre.

143 C'est une dame qui a eu un cancer enfant, c'est son mode de défense le rire. Mais tu vois les  
144 émotions elles peuvent être très présentes mais perdre le contrôle non je n'ai pas l'impression.

145 **Je vais le formuler autrement. Une situation où tu as eu besoin d'en parler, d'évacuer ...**

146 Oui ça c'est souvent et c'est double. Je tiens vachement à ce que l'on parle en équipe et j'y  
147 tiens, et on parle des patients que l'on a en commun et ceux que j'ai seule. Après y a des  
148 situations plus ou moins délicates, j'en parle moins, par exemple cette patiente qui a perdu son  
149 enfant noyé, j'en ai parlé beaucoup moins, y avait beaucoup de congé maternité, de soignants  
150 qui étaient déjà dans des situations particulières, j'en ai très peu parlé.

151 Les psycho on a aussi des supervision aussi, on va nous même voir quelqu'un pour parler de  
152 notre pratique, de notre clinique, des situations qui nous ont débordé. C'est souhaitable oui.  
153 C'est une intervision entre psy. Si nous on se laisse embarquer ... pffffff

154 On essaie de tirer l'équipe qui est plus au front ... si nous on se laisse embarquer on s'en sort  
155 plus. C'est un peu théorique quand même ...

156 **Est-ce que dans une relation de soin, tu penses te servir de tes émotions et de celles de la**  
157 **personne que tu as en face de toi ?**

158 Oui, si par exemple je ne comprends pas, avec des personnes qui ont du mal à penser les choses,  
159 dans le passage à l'acte, je me sers de ce que moi il me donne à ressentir ou de ce que je ressens.  
160 Je leur en fait part. Je leur prête mon appareil à penser ou à ressentir pour leur proposer quelque  
161 chose ou leur montrer ... ça pourrait être des mots que je veux que la personne mette. Je peux  
162 dire, ça me donne l'impression qu'il y a beaucoup d'agressivité, ou de colère. C'est pas ma  
163 colère a moi, si j'accueille l'état émotionnel de l'autre je peux m'en servir comme ça.

164 Les patients qui attaquent le cadre de travail ou qui arrivent défoncés en entretien ou qui  
165 dépassent les limites ... j'ai mon cadre que je respecte, je les mets à la porte ... j'ai pas besoin  
166 de me mettre dans un état de colère. Le but du jeu c'est d'essayer de penser ce qui se joue dans  
167 le suivi ou le cadre de suivi, ou ce qui m'est adressé à moi sachant que ça n'est pas adressé à  
168 moi car on ne se connaît pas dans un cadre personnel. Si y a une provoque, je dois la sentir, oui  
169 ça m'agace ou ça m'énerve mais tout de suite, en dire ou faire quelque chose, non.

170 Peut-être que ça aide à être dans son ressenti quand on a un cadre. Mais ici ça va, c'est pas  
171 comme en accueil et crise, je ne gère pas ce que les soignants ont la bas comme les colères et  
172 l'agressivité entre patients tu vois. Le cadre de travail te sert à être plus apaisé et rassuré dans  
173 ta prise en charge.

174 **Comment te sens tu dans des situations qui sont plus ou moins similaires, plus à l'aise avec**  
175 **la gestion des émotions ? Moins à l'aise ?**

176 Oui je suis différente, j'ai évolué dans ma pratique, heureusement !! (rire)

177 Plus d'assurance justement, ... mais l'expérience fait ça aussi. Oui je te disais tout à l'heure que  
178 certains soignants sont trop investis, personnellement, entièrement et qui ne dosent pas. Ça use  
179 un soignant ça.

180 Je le gère différemment, j'ai pris à doser, c'est un équilibre. On cherche à comprendre pourquoi  
181 on a vécu les situations comme ça et ce que ça a fait en nous, et on essaie de comprendre la  
182 façon de penser. On essaie de comprendre les fonctionnements. Si je dis je ne veux plus revivre  
183 ça, on a trop tout ouvert, et on fait un trop tout fermé. Et si on est soignant en psy, tu travailles  
184 qu'avec de l'humain, donc tu t'ouvres trop et tu te fermes trop et tu te déséquilibres. Donc c'est  
185 un travail de chercher un dosage, mais l'expérience et la connaissance, la clinique t'apprend  
186 beaucoup, l'équipe aussi, c'est très important.

187 **Donc d'un point de vue émotionnel tu penses avoir évolué ?**

188 Oui j'espère !! (rire )

189 Oui parce que au plus t'avances et au plus tu comprends le moment où ça se joue, donc dès que  
190 tu mets du sens sur ce qui se passe ça fait avancer. C'est exactement ce que l'on vient de faire  
191 en réunion, on a cherché du sens à ce qu'on a fait et on a ressenti des soulagements quand on a  
192 trouvé nos réponses. Bon en psy on est un peu possédés quand même !! (rires) mais c'est ça,  
193 c'est le sens. Sinon ça userait trop.

194 Le lien et le sens c'est très important.

195 **Est-ce que tu veux rajouter quelque chose car j'ai fini mon questionnaire ?**

196 L'équipe, le travail en équipe ça permet de confronter les différences dans les vulnérabilités de  
197 chacun, et ça c'est hyper important. Tout le monde ne va pas avoir les mêmes réactions et les  
198 mêmes émotions ressenties sur les prises en charge. Et croiser ça c'est très important. Pour  
199 prendre entièrement un patient en charge dans sa globalité il faut le prendre dans son ensemble  
200 et dans sa vulnérabilité et ça demande d'être au clair et d'accepter la vulnérabilité du soignant.  
201 Si on ne peut pas s'accueillir en soi comment on fait pour accueillir l'autre. Ça oriente  
202 l'asymétrie.

203 On est pas dans le rétablissement total de la symétrie. Tu es soignant, tu restes soignant. Tu ne  
204 dis pas si je lui raconte ma vie ça va aller mieux. Dans l'absolu tu gardes ton cadre de soignant  
205 subjectif. Quand tu t'investis dans la relation avec ton patient tu es toi et un autre le fera d'une  
206 autre façon.

207 Il faut être vrai, authentique dans la relation sinon ça ne prendra jamais.

208 **Je te remercie de ta participation.**

1 *Annexe XVII : retranscription de l'entretien l'aide-soignante d'EHPAD*

2 **Bonjour ASEHPAD, je te remercie de ta participation pour mon travail de fin d'année.**  
3 **Je vais te demander de te présenter en premier lieu, et de me parler de ton parcours**  
4 **professionnel ?**

5 Je m'appelle ASEHPAD, j'ai quarante ans, j'ai commencé comme ASH faisant fonction à  
6 partir de 2000, j'avais dix-sept ans, les Week end et les vacances scolaires, et après j'ai arrêté  
7 ASH en 2002, et je suis rentrée à l'école d'aide-soignante en 2008. Donc j'ai fait principalement  
8 de l'EHPAD de 2000 à 2012, et après je me suis fait muter sur l'hôpital, au pôle chirurgie, dans  
9 un service, soins généraux et soins intensifs. Entre temps j'ai fait l'école d'ambulancier pour  
10 faire du SAMU. Et Maintenant je suis à l'école d'infirmière en troisième année.

11 **Je te remercie. Je vais commencer par le premier thème de mon mémoire, la vulnérabilité,**  
12 **penses-tu être vulnérable et pour quelle raison ?**

13 Euh, oui bien sûr, en fait vulnérable tant sur les émotions que par rapport au résidents, parce  
14 que on fait souvent des transferts par rapport à des situations avec eux. On peut penser que ça  
15 peut être un membre de la famille, un grand parent, un parent, donc euh ... et aussi sur le côté  
16 collègue et hiérarchie aussi, je pense qu'on peut pas spécialement faire ce qu'on veut comme  
17 on veut, parce que si on me dit qu'il faut faire comme ça et pas autrement on est vulnérable  
18 aussi.

19 **Que veux-tu dire par là ? Peux-tu être plus précise ?**

20 Dans les débuts, quand j'ai commencé à travailler j'avais pas d'expérience, et si on me disait  
21 que je devais faire comme ça et pas autrement j'écoutais ce qu'on me disait. Je pense que de  
22 l'expérience on est vulnérable de se dire que par le manque d'expérience, on est vulnérable.  
23 On a appris la théorie, et on apprend la pratique encore longtemps après et moi je me suis sentie  
24 vulnérable par rapport à ça, à mon manque d'expérience au début.

25 **Peux-tu me parler d'une situation où tu t'es sentie vulnérable ?**

26 Alors attends, ... une situation ... c'était en fait ...être vulnérable c'est que tu gères pas tes  
27 émotions ... pour moi c'est ça ...

28 Ce qui m'énerve en EHPAD c'est que comme ce sont des gens âgés, on va pas prêter attention  
29 à des problèmes de santé, à des urgences vitales sous prétexte que ils sont âgés. Et ça a le don

30 de m'énerver, je suis vulnérable par rapport à ça parce que, c'est des êtres humains comme les  
31 autres et c'est pas parce qu'ils ont pas vingt ans qu'il faut pas les sauver. J'ai eu une dame qui  
32 avait cent un ans, autonome, cohérente, elle marchait, elle faisait sa toilette seule, et en fait là  
33 où je travaillais y avait pas d'infirmière l'après-midi, donc c'était nous, les aides-soignants qui  
34 faisons office d'infirmière. Cette dame elle était en bradycardie à vingt-cinq ou trente  
35 Battements Par Minute (BPM), j'appelle le SAMU pour savoir quoi faire, je leur explique, et  
36 au départ ils ne voulaient pas se déplacer, alors j'ai dû me mettre en colère, j'ai dû insister, je  
37 leur ai dit qu'elle était encore très bien pour son âge et qu'on pouvait pas la laisser comme ça !  
38 et là je me sentais vulnérable, je voyais pas pourquoi elle n'aurait pas été prise en charge !  
39 j'étais contente d'avoir insisté, et tenu tête. Cette dame après que je sois partie de l'EHPAD elle  
40 était toujours en vie, deux ans après !

41 J'ai aussi vécu une situation la nuit, il n'y a que une aide-soignante et une ASH, l'ASH  
42 m'appelle, elle me dit que la résidente désature, j'ai appelé le SAMU, j'ai dû insister parce  
43 qu'ils ne voulaient pas venir ... C'est un peu pas de l'impuissance mais presque, pas de la  
44 frustration ... c'est vraiment de la colère, je comprends pas pourquoi quand on parle d'une  
45 personne âgée on la prend pas en charge comme les autres patients. Pour moi dans la tête des  
46 gens, le patient ou le résident il a plus de quatre-vingts ans, on se déplace pas, et je ne suis pas  
47 d'accord, c'est un être humain comme un autre. C'est vrai que oui cette vulnérabilité-là, comme  
48 je te disais tout à l'heure cette personne ça pourrait être moi, ou un membre de ma famille,  
49 autant moi à quatre-vingts ans je serais encore bien et on s'occupera pas de moi ...

50 **On va passer aux émotions. Quelle est selon toi la place des émotions dans la relation**  
51 **soignant soigné ?**

52 Alors, oui bien sûr qu'il y a des émotions, y a de l'empathie, y a de la tristesse, de la peur bien  
53 sûr, et je pense que les émotions c'est important, il en faut mais il faut faire attention de pas se  
54 faire bouffer. Moi ça m'est arrivé de ... c'est un peu mon problème, j'ai justement trop  
55 d'émotions, et y a eu des services que j'adorais comme le SAMU, et les soins intensifs, y avait  
56 justement trop d'émotions, sur le coup ça allait mais après je rentrais et je faisais que pleurer  
57 ... certaines situations aussi par rapport à la prise en charge que je ne trouvais pas adaptée. Oui  
58 des émotions il en faut parce que sans émotions on peut pas faire ce travail, et comme je te  
59 disais, il en faut pas trop sinon tu te fais facilement bouffer quoi ...

60 **Tu me dis qu'il faut un minimum d'émotions sinon on peut pas faire ce travail ... alors**  
61 **que permet l'émotions pour toi ?**

62 Justement je pense que ça permet la relation de confiance, c'est très important. Y a des tas de  
63 choses que le patient ne va pas nous dire et qui sont importantes dans la prise en charge, surtout  
64 au niveau psychologique et relationnel. Si le patient est pas bien psychologiquement, on le  
65 voit pas tout de suite, il faut lui parler. Et le soin c'est autant somatique que psychologique. Et  
66 justement il faut cette relation de confiance, si tu arrives en mode fermé, il va pas se confier à  
67 toi. Le patient qui est pas bien aujourd'hui, si tu as pas un minimum d'empathie tu vas passer à  
68 côté de quelque chose d'important pour la prise en charge.

69 C'est quand même important d'être la quand le patient a eu une annonce, il faut qu'on soit là  
70 pour l'aider à appréhender cette nouvelle vie qui l'attend. On est quand même un minimum de  
71 gentillesse, de tristesse, on doit compatir à son malheur.

72 **Peux-tu me parler d'un situation où tu t'es sentie submergée par tes émotions ?**

73 C'est rigolo, une situation que j'ai vécu y a cinq ou six ans, j'en pleure encore ... (ses yeux se  
74 remplissent de larmes) C'était très difficile. J'en ai vécu plusieurs de tristesse, j'étais en  
75 chirurgie, de nuit, un patient de quarante ans, en post op je me rappelle plus pour quel motif  
76 d'entrée, il devait sortir le lendemain, à quatre heure au tour je l'ai retrouvé décédé. J'ai  
77 demandé à ma collègue de faire la toilette mortuaire, je n'ai pas pu rester, j'ai demandé à rentrer  
78 chez moi ... ça a été, je m'y attendais pas ...

79 En SAMU je devais prendre en charge un jeune d'une quarantaine d'années, il venait de faire  
80 un AVC, à cet âge c'est souvent hémorragique, j'étais contre le fait de le conduire à Marseille,  
81 je savais que ça allait mal finir, le SMUR n'a pas voulu le médicaliser. Il fallait l'emmener à  
82 Marseille. J'étais ambulancière, j'ai dit au SMUR que non ça n'était pas possible, qu'il allait  
83 décompenser, j'en étais certaine ... conclusion j'ai fait la route pour Marseille, et est arrivé ce  
84 qui devait arriver, il a convulsé, il est mort dans mes bras, sur le bord de la route. J'ai eu  
85 tellement de colère, j'ai pétié une gueulante, j'ai dit toute ma colère au SMUR, j'étais en colère  
86 qu'ils ne donnent pas une chance à ce jeune de quarante ans, parce qu'il était 8 heure du matin,  
87 la fin de la garde, et les médecins voulaient rentrer se coucher. J'ai pleuré, tellement pleuré, et  
88 j'ai décidé d'arrêter le SAMU après cette mission-là.

89 **Donc ces situations lourdes en émotions t'ont fait changer de service, de métier aussi**  
90 **parfois ?**

91 Oui, parce que trop d'émotions les patients le voient et tu peux pas être une bonne  
92 professionnelle si tu es trop pleine d'émotions. C'est pas une vie pour l'équipe aussi. Une aide-  
93 soignante qui chiale tout le temps c'est pas une vie. Alors mon truc c'est de changer de service,  
94 et quand je vois que ma carapace elle commence à se fissurer, je demande à partir.

95 **Mais un jour tu auras fait le tour de tous les services alors ... ?**

96 Peut-être ... ( rires)

97 **Est-ce que tu penses que tu peux te servir de tes émotions dans la relation de soin ?**

98 C'est un outil pour construire et aider le patient, par exemple en EHPAD, les personnes âgées  
99 sont souvent mises à l'écart par leur famille, et l'outil de la gentillesse, de tout ça, je pense que  
100 ça les aide eux à se sentir bien. Mes résidents ils m'appelaient ma petite, ma mie, ils me  
101 considéraient comme un membre de la famille, car pour moi l'EHPAD c'est la maison des  
102 résidents et ce sont nous qui vivons chez eux. Et je pense que oui c'(est un outil les émotions  
103 pour les aider et les prendre en charge correctement et leur faire comprendre que d'avoir 80 ans  
104 ce n'est pas une punition. J'ai arrêté l'EHPAD parce que j'étais jeune, je voulais voir autre  
105 chose, aller sur autre chose de plus technique, et j'avais déjà en projet l'école d'infirmière, ça  
106 me permettait de savoir si je pouvais le faire. L'EHPAD c'est très enrichissant au niveau  
107 relationnel, et ce n'est pas un regret d'avoir fait ça, ils m'ont appris plein de choses. Les  
108 émotions ils les voient aussi , quand j'arrivais ils savaient que ça allait pas...ils me disaient  
109 « *qu'est ce qui va pas ma chérie ?* »

110 **Quand tu repenses au début de ton exercice, peux-tu me dire si tu es émotionnellement**  
111 **différente face aux différentes situations ?**

112 Non, j'en pleure encore tu vois, alors y a des situations ou je relativise un peu plus, genre j'ai  
113 l'impression d'être sans cœur. Je dis à mes collègues que j'ai l'impression d'être un dragon ...  
114 par rapport à un décès qui n'est pas attendu, ça va toujours me faire quelque chose, mais par  
115 contre un décès attendu, je vais accompagner la personne jusqu'à ce quelle décédé dans mes  
116 bras. Y a vingt ans en arrière, j'aurais jamais pu le faire, je pleurais autant sur un décès attendu  
117 que non attendu, maintenant je relativise beaucoup plus, donc oui ... je m'adapte, je sais que  
118 maintenant un patient qui convulse, je vais y aller, alors que dans les premiers temps je tremblais

119 j'avais peur et maintenant non j'y vais. J'ai l'impression d'être sans cœur. Avec tout ce qu'on  
120 voit on se blinde, on se met cette carapace, sinon on se fait bouffer par les émotions et c'est  
121 pour ça qu'il y a tant de Burn out, que tant de soignants changent de métier, justement ils sont  
122 arrivés à un stade où ils ramènent du travail à la maison, ils savent plus gérer leurs émotions ...

123 **Penses-tu avoir évolué alors émotionnellement ?**

124 Pour moi oui, parce que je pleure moins, je rentre j'arrive à dormir, alors que y a une époque je  
125 rentrais je ressassais ce qui s'est passé dans la journée, je dormais pas et pour ma famille aussi,  
126 mes enfants, du coup ça me permet de pas ramener du travail à la maison. C'est positif pour ma  
127 vie perso, pas professionnelle. Cela ne m'empêche pas de prendre en charge mon patient  
128 correctement, d'avoir énormément de relationnel que je considère comme la base. J'ai fait un  
129 stage en psychiatrie, j'ai adoré ...

130 Par contre c'est pas bien pour mes collègues cette évolution ... je ne veux pas qu'on me voit  
131 comme quelqu'un de trop sensible et ni trop insensible. C'est le regard de l'autre qui me gêne.  
132 Mais je ne pense pas qu'ils pensent ça de moi. Mais c'est totalement ce que moi je pense, parce  
133 que les filles elles ne disent pas ça de moi. J'arrive sur certaines situation à me blinder et pas  
134 sur d'autres. Je ne veux pas être insensible.

135 **Penses-tu que tu puisses encore évoluer ?**

136 Oui je fais tout pour ça, j'ai encore un gros travail à faire sur moi, et ça me fait peur. Si je vais  
137 dans un service que j'aime beaucoup mais que je pleure tous les quatre matins ça va ma faire  
138 chier de devoir le quitter. Je sais que j'ai encore un gros travail à faire sur moi... on manque de  
139 formations là-dessus, j'aimerais apprendre à gérer mes émotions...

140 Ces formations elles existent, mais on nous les fait pas faire, et à l'école d'aide-soignant, on  
141 nous apprend le relationnel, l'empathie, on nous forge, on nous moule...mais l'école  
142 d'infirmière ça nous aide pas dans la gestion des émotions, on nous dit qu'il faut être comme  
143 ça , mais y a pas d'unité d'enseignement dans le relationnel pour nous aider...ça serait bien  
144 qu'il y ait un chapitre sur les émotions.

145 La journée avec le psychologue, mais on a pas forcément envie que les autres ils voient notre  
146 vulnérabilité ... y a le jugement des collègues, et si ça va trop loin, le formateur il est au courant,  
147 et ça peut mettre en échec ta formation.

- 148 Pour moi c'est ça, un soignant n'est pas sensé pleurer, ni être vulnérable ... c'est ce que je pense  
149 que les autres peuvent penser ... .
- 150 Faut rien garder pour soi sinon on part direct en Burn out, et ça peut empiéter sur la vie de  
151 famille, la vie perso, et on sait pas comment ça peut se transformer. Ça voudrait dire qu'on peut  
152 pas compter sur moi si je suis trop submergée par les émotions.
- 153 **Veux-tu rajouter quelque chose car nous sommes à la fin de l'entretien.**
- 154 Non, ça me semble très complet.
- 155 **Je te remercie.**

1 Annexe XVIII : Tri des données de l'entretien avec ESI.

Question	Thème	Cadre de référence	Verbatim
<b>Penses-tu être vulnérable dans ton exercice professionnel ?</b>	La vulnérabilité	Partie 5.1	« Alors oui je me sens vulnérable parce qu'il y a aussi des moments on se sent vulnérable ou on se sent impuissant et on peut se mettre à pleurer parce qu'on se sent fatigué, on peut en avoir assez car on se sent dépassé, on voit des décès ... » Ligne 15 à 17
<b>Peux-tu me parler d'une situation de soin où tu t'es senti vulnérable et me dire pourquoi ainsi que les conséquences que cela a eu ?</b>			<p>« ... un patient que j'ai suivi en Maison d'Accueil Spécialisée, je savais qu'il allait décéder, on a fait son accompagnement jusqu'à la fin de sa vie. On était à côté avec l'éducatrice on lui serrait la main, on s'est senti impuissant, on ne pouvait rien faire. ... » ligne 20 et 21</p> <p>« ... il avait 63 ans, un âge très bien car on ne vit pas longtemps avec cette pathologie. Nous on est soignant on savait qu'il ne fallait pas pleurer, il y avait la famille ... ». ligne 23 à 25</p> <p>« ... entre nous on savait qu'on pouvait se laisser aller, avec les autres infirmières. Après avec les éducatrices, les AMP, les aides-soignants on a pleuré oui. Entre nous on savait qu'on pouvait évacuer, mais après quand la famille est arrivée au contraire, on leur a donné la main mais on a pas pleuré avec eux .... » ligne 25 et 26</p> <p>« ... Face à une famille on pleure pas, on tisse un lien avec la famille aussi, en plus une MAS c'est un lieu de vie, on est autant avec les familles que les résidents. ... » ligne 29 et 30.</p> <p>« ... et on se dit ils sont tellement mal de par le décès, qu'on se dit on peut pas rajouter à leur chagrin, on peut pas leur montrer qu'on est mal aussi. » ligne 31 et 32</p> <p>« ... on sait que la personne elle est mal, et on peut rien faire quoi...ou alors elle est algique alors on peut essayer de donner des antalgiques, augmenter les paliers, mais quand ils sont en fin de vie, de voir cette souffrance ça nous rend enfin...on peut rien y faire du coup on se sent vulnérable...on est dans l'accompagnement c'est tout ce qu'on peut faire . Mais je pense qu'on se projette aussi, on se dit dans cette souffrance qu'ils ont, c'est pas possible de vivre ça, et on aimerait faire quelque chose et on se dit si nous on est à leur place, ou à la place de leur famille on aimerait que les soignants fassent quelque chose. C'est ça qui fait que je me sens vulnérable, c'est le fait de me voir en eux. » ligne 35 à 42</p>
<b>Dans la relation soignant soigné d'après toi</b>	Les émotions	Partie 5.2	« Ah oui ben ils ont une place après on peut des fois on peut pas exprimer nos émotions selon le moment selon l'instant quoi ... si jamais on est on a de la colère envers un patient et ben on peut pas divulguer cette colère mais bon forcément ça va se voir à notre comportement mais on va pas lui crier dessus on va devoir retenir cette émotion-là. »

<p>quelle est la place des émotions ?</p>			<p>« ... quand quelqu'un est en souffrance on va pas se mettre à pleurer ou alors comme là comme je disais quand ce patient est décédé ben oui entre soignant on a pleuré parce que c'est quelqu'un à qui on s'était attaché mais après face à la famille on s'est empêché de montrer nos émotions en fait mais on s'est retenu parce que ça a été difficile de voir la famille, ... » ligne 46 à 53</p> <p>« ... mais ça a été difficile pour nous de retenir nos émotions c'est comme un patient qui va nous frapper parce que ça peut arriver en psychiatrie que un patient ah ben il nous lève la main dessus on peut avoir un moment de colère et de dire non de lui crier dessus mais on ne peut pas. Cette colère ça sera jamais physique quoi on va pouvoir dire non mais en criant pour qu'il s'arrête pour essayer de calmer ou alors essayer de l'apaiser mais on pourra pas exprimer cette colère comme il se doit quoi parce qu'on va pas crier plus fort que lui si jamais il cri. On va pas le faire même si nous au fond de nous on a envie de crier... » ligne 54 à 61</p> <p>« ... Dans certaines situations alors les émotions n'ont pas leur place selon la situation par exemple tu peux pas l'exprimer non parce que sinon ça va envenimer la situation et au contraire des fois il faut mieux rien dire pour essayer d'apaiser ou parler calmement et pas dire sa colère à ce moment-là » ligne 61 à 64</p> <p>« ... j'ai eu peur d'un patient parce que quand je suis allé en stage c'était en gérontopsychiatrie ... L'émotion de la peur qui était bien là elle pouvait pas avoir sa place en fait... On devait la contenir, en tant que soignant on se devait de ne pas laisser voir cette peur par rapport aux autres patients parce que pour nous si nous on montrait qu'on avait peur les autres patients auraient eu peur et après on aurait pas pu gérer la situation. » ligne 66 à 83</p>
<p>Est-ce que ça t'arrive de te servir de tes émotions dans la relation avec le soigné avec le patient ?</p>			<p>« ... je pense que inconsciemment on peut se servir de nos émotions pour calmer un patient ... » ligne 89 et 90</p> <p>« ... on avait un patient jeune mais par contre c'était un « Golgoth », il était immense très musclé mais par contre il avait un retard mental donc forcément pour lui au niveau mental c'est un enfant de 8 ans mais dans un corps d'adulte donc à des moments mais on était obligé, parce que des fois il c'est pareil il nous prenait le chariot il nous le retourner ou alors il défonçait les portes pour sortir même s' il avait pas le droit de sortir de l'unité, donc à des moments donc on était obligé quand même de montrer cette colère et de lui dire, de le prendre entre quatre yeux et de lui dire « non mais maintenant ça suffit parce que vraiment là maintenant je suis en colère » il y a que comme ça où il arrivait à se calmer et à se canaliser quoi parce que si on lui disait gentiment il ne s'arrêtait pas, il fallait vraiment montrer cette colère pour qu'il s'arrête ... » ligne 96 à 105</p>
<p>Quand tu repenses au début de ton exercice dans la profession peux-tu me dire comment tu te sens dans ces mêmes situations ou</p>			<p>« ... même j'ai remarqué que je les contrôle peut-être même un peu plus. Après c'est peut-être aussi bon du coup l'expérience mais en même temps et j'ai un peu plus de réflexion... » ligne 115 à 118</p>

<b>des situations similaires ?</b>			
<b>D'un point de vue émotionnel, penses-tu avoir évolué dans ta carrière professionnelle</b>			« ... La formation elle m'a permis d'évoluer dans mes émotions oui, mais elles seront quand même toujours là mes émotions parce que d'après moi j'ai une sensibilité et j'ai ma propre vulnérabilité que je travaille quand même au niveau de l'école et au niveau de quand on est en stage mais après au fond de nous on sera toujours nous-même donc certes on va les cacher nos émotions parce qu'en fait on nous apprend beaucoup à cacher nos émotions ... » ligne 140 à 147

2

3 Annexe XIX : Tri des données de l'entretien avec ASORTHO

Question	Thème	Cadre de référence	Verbatim
<p><b>Penses-tu être vulnérable dans ton exercice professionnel ?</b></p>	<p>La vulnérabilité</p>	<p>Partie 5.1</p>	<p>« ... Je pense que tout le monde est vulnérable pour moi donc je suis vulnérable et je pense que on est tous un peu. Je pense que oui parce que on est des êtres humains, on a des émotions et que les émotions elles viennent de quelque part de l'extérieur et qui fait qu'on a toujours quelque chose qui nous rappelle du vécu donc dans notre expérience. On est tous vulnérables soignants ou pas. Et encore plus quand on est soignant. Chaque jour on vit des situations qui nous rendent vulnérables, on côtoie la mort, la douleur, la souffrance, la peine ... » ligne 21 à 26</p>
<p><b>Peux-tu me parler d'une situation de soin où tu t'es senti vulnérable et me dire pourquoi ainsi que les conséquences que cela a eu ?</b></p>			<p>« ... c'est une patiente qui est arrivée, elle avait un cancer du sein, elle venait pour un problème orthopédique, dans le service où je travaille.</p> <p>Mais son cancer était apparent, elle avait déjà des métastases tout ça et donc en fait elle est arrivée avec sa fille et moi ça m'a rappelé ma mère qui est décédée d'un cancer du sein et donc là je m'y attendais pas en fait ça m'a vraiment sauté dessus quand je les ai vus. L'amour qui avait entre eux alors qu'elle était malade et qu'elle était en train de sourire, tous ces mots gentils, il y avait une complicité, on le sentait beaucoup. Il y avait beaucoup d'émotions dans la pièce et en moi ça m'a vraiment fait remonter tout ça et avec la complicité que j'avais avec ma mère et donc je me suis sentie vulnérable parce que je commençais à avoir les larmes, je me disais qu'en tant que professionnel il fallait que je reste, je veux dire que les émotions ne se voient pas et donc là il faut se remettre en question, se dire : Qu'est-ce que je fais donc à ce moment-là je me suis dit bon je les écoute et à un moment donné je me suis dit bon je vais sortir de la pièce parce que on a des limites à supporter donc il faut qu'un moment voilà on se sorte de là pour pouvoir reprendre nos esprits. Je sais qu'à ce moment-là ça m'avait beaucoup touché. » ligne 29 à 42</p> <p>« ... je suis sortie de la pièce pour souffler parce que je sentais que ça commençait à monter et je voulais pas que les larmes arrivent devant la patiente et sa fille parce qu'il y avait tellement d'amour entre elles alors qu'elle savait que son cancer ne pouvait pas guérir, c'était un stade terminal, et sa fille était là ça m'a fait vraiment ça m'a beaucoup touché. C'était vraiment très difficile de rester et de continuer. Je ne devais pas rajouter mon chagrin au leur. Ils sont là pour se faire soigner, on doit créer un lien de confiance. » ligne 44 à 49</p> <p><b>Ne pas leur montrer notre vulnérabilité c'est pour toi établir une relation de confiance alors ?</b></p> <p>« ... Oui tout à fait. On est là pour les soigner, on a l'impression que en fait les patients quand ils arrivent c'est un peu comme s'ils se reposent sur nous. Je veux dire on sait ce qu'on doit faire pour eux, ils nous font confiance c'est une question de confiance, et donc on se dit que si jamais on lâche des émotions, ça peut montrer qu'on est humain mais il est</p>

			important qu'ils se rendent compte qu'ils sont entre de bonnes mains. Il faut qu'ils voient qu'ils peuvent nous faire confiance. » ligne 52 à 57
<b>Dans la relation soignant soigné d'après toi quelle est la place des émotions ?</b>	Les émotions	Partie 5.2	« nos émotions peuvent aussi nous aider dans le soin. En fait je pense qu'elles peuvent nous aider dans le sens où la personne on va avoir une empathie pour elle et on va essayer de se mettre à sa place et de se dire : qu'est-ce qu'ils attendent de nous et donc les émotions elles sont aussi là pour nous rappeler que des fois on se retrouve dans des situations et qu'on a besoin d'aide ... » ligne 66 à 70
<b>Est-ce que ça t'arrive de te servir de tes émotions dans la relation avec le soigné avec le patient ?</b>			« ... on a besoin de se faire comprendre de savoir d'avoir quelqu'un en face de nous qui nous comprennent et donc les émotions pour nous en fait en tant que soignant ça nous permet de ressentir le patient et de créer un lien aussi de mieux comprendre sa situation et de pouvoir faire au mieux pour qu'il puisse se sentir bien ... » ligne 70 à 73  « ... L'émotion ça nous montre aussi que on est là, qu'on les comprend, qu'on est là pour les écouter et que l'émotion elle est importante mais nous après il faut une limite, c'est-à-dire qu'il faut une limite dans nos émotions parce que le soigné ne peut pas recevoir non plus nos émotions ... » ligne 75 à 78
<b>Quand tu repenses au début de ton exercice dans la profession peux-tu me dire comment tu te sens dans ces mêmes situations ou des situations similaires ?</b>			« Je pense que ça va vraiment dépendre de la situation ». ligne 91
<b>D'un point de vue émotionnel, penses-tu avoir évolué dans ta carrière professionnelle ?</b>			« ... Je dirais que je trouve que j'ai quand même évolué de ce côté-là car j'arrive à me remettre en question et à se rectifier. Quand il y a une situation qui va venir juste après je vais essayer de me protéger plus pour ne plus trop faire la même erreur.. » ligne 160 à 162  « ... Et après je pense qu'il y a des situations plus difficiles que d'autres parce que ça nous rappelle quand c'est familial mais après je veux dire quand on voit, on sait que bon de toute façon il y aura des situations difficiles on passe par là mais on est quand même une équipe on parle entre nous et donc on arrive à essayer de se dire ce que l'on aurait fait, on discute et donc ce qui fait que ça nous permet aussi de faire attention à des choses et de se dire : fais attention si tu sens que là ça t'affecte trop stop. Tu dois passer la main et donc ça je sais que je le fais de temps en temps, et puis après c'est prendre sur soi. Je m'autorise à sortir ou je veux dire trouver des choses qui font que on puisse mettre de la distance tout en étant là pour le patient. Je m'aperçois que je pratique plus ce genre de comportements avec les années d'expérience. Je pense

		<p>qu'avec le temps ça va encore évoluer. Je ne suis soignant que depuis 4 ans, cela peut paraître beaucoup mais en fait non c'est très peu, j'en ai encore à apprendre dans la gestion de mes émotions. Je n'ai pas encore été confrontée à toutes les situations. Il y a des patients qui acceptent, et d'autres qui sont complètement dans le déni. On doit s'adapter à tout ça et mettre une distance. Sinon le Burn out nous guette, et là c'est fini. Si dans ta vie professionnelle tu rentres à la maison avec des casseroles ça joue sur la famille on reporte un peu ce qu'on a pas su évacuer au travail, on le reporte sur la famille. En plus on en a parlé y a pas si longtemps au travail, qu'il ne fallait pas ramener des choses du travail à la maison parce que sinon on allait perdre pieds. Il faut qu'on coupe. Ca j'arrive à mieux le faire aujourd'hui je m'en suis rendu compte c'est que là j'ai une semaine de vacances et j'ai vraiment coupé. C'est bizarre mais là je me suis dit que je me sentais tellement fatigué du travail que ça avait tellement été dur que je me suis dit là j'ai pris ma semaine de vacances et j'ai coupé et j'ai profité de mes enfants comme je devais le faire en fait et là ça m'a ça m'a vraiment fait du bien. » ligne 168 à 190</p>
--	--	---

5 Annexe XX : Tri des données de l'entretien avec PALLIA

Question	Thème	Cadre de référence	Verbatim
<b>Penses-tu être vulnérable dans ton exercice professionnel ?</b>	La vulnérabilité	Partie 5.1	« ...Oui pour moi la vulnérabilité c'est être fragile par rapport à quelque chose, c'est faire face. On dit que le patient est vulnérable parce qu'il est vulnérable dans la maladie et dans le soin, parce que nous on est en position différente du patient, mais ce n'est pas parce qu'on met une blouse blanche que nous ne sommes pas vulnérables. On absorbe au quotidien les émotions, la maladie, la souffrance, des familles et du patient. Donc on est forcément vulnérable face à ça, nous ne sommes pas des surhumains, et bien sûr que la vulnérabilité on l'est tous. A nous de gérer face à ça. Par rapport aux expériences de la vie ... » ligne 18 à 24
<b>Peux-tu me parler d'une situation de soin où tu t'es senti vulnérable et me dire pourquoi ainsi que les conséquences que cela a eu ?</b>			« ... Je pourrais t'en dire, j'en ai vécu énormément, toutes différentes car chaque situation est différente par la représentation de la maladie ... » ligne 27  « ...J'ai eu un patient par exemple qui a eu une SLA, c'était un jeune sportif, en Soins Palliatifs et ce jeune, il était très bien et au fur et à mesure de son hospitalisation, son corps se dégradait... on devenait ses mains, on l'aidait dans tout son quotidien. On était dans une petite unité de dix lits, le meilleur service selon moi car c'était une petite unité et humainement c'était vraiment le meilleur service, j'y ai vécu des choses merveilleuses. Parce que dans la relation de soin c'est super, et donc ce jeune patient il se dégradait, il avait des coups de gueule, il me disait : « quand je pourrais plus marcher et que je pourrais plus manger, je vais devenir un morceau de chiffon, un papier de carton que l'on va jeter. Nous on absorbe la colère, la tristesse, toutes les émotions du patient et de la famille... » ligne 29 à 37  « ... Moi j'ai eu la gorge serrée, je ne voulais pas qu'il le voit. On se dit on ne peut pas pleurer avec le patient, mais on est des êtres humains, fait d'émotions, donc on peut si on a envie leur montrer. Mais je me devais d'être là pour l'accompagner et de trouver des mots pour apaiser ses maux. » ligne 56 à 57
<b>Dans la relation soignant soigné d'après toi quelle est la place des émotions ?</b>	Les émotions	Partie 5.2	« ... dans le soin tu vas rencontrer des gens qui vont se confier, des choses profondes et ils te diront qu'ils savent que ça va être bien gardé parce que tu es soignant, et qu'ils savent qu'il y a le secret professionnel aussi. Dans la vulnérabilité tu as aussi l'éthique, parce que ça fait partie de la confiance et de plein de choses en fait. » ligne 95 et 96  « ... J'ai eu un patient aussi on lui faisait des pansement directement, ses côtés se dégradait, il ne voulait pas être endormi pour les soins, il avait eu une allogreffé et elle se détruisait au fur et à mesure, on lui faisait 4 heures de pansement par jour... pendant que nous on faisait le pansement, l'autre équipe prenait le service en charge à notre place en fait. Parce que pendant 4 heures tu es enfermée avec le patient qui ne veut pas être sédaté, pour pouvoir faire les soins, pour le confort, il voulait maîtriser tout ça, et il y a les odeurs, cela peut te faire émotionnellement remonter le dégoût. On lui mettait des globes de sérum physiologique au niveau des paupières, il n'avait plus de peau, ses jambes c'était des plaies partout, comme les grands brûlés, le plus gros c'était au niveau de son thorax, on voyait les côtes se désintégrer de jour en jour, on l'avait gardé 3 mois je crois. On avait créé une relation de confiance, il avait peur d'être endormi, il avait peur de ne plus jamais se réveiller ... » ligne 105 à 116

<p><b>Est-ce que ça t'arrive de te servir de tes émotions dans la relation avec le soigné avec le patient ?</b></p>		<p>« ... J'ai eu aussi une situation d'un jeune enfant de quatorze ans, attention tu peux aussi faire des transferts et contre transferts, si tu as tes enfants, tu te dis c'est comme mes enfants... » ligne 137 et 138</p> <p>« ...Ce jeune de quatorze ans savait que sa maman était malade, mais il ne savait pas que c'était la fin. Et il y avait un conflit familial, la dame avait deux enfants, une fille qui vivait avec elle et son fils qui vivait avec le père. Ils étaient divorcés. Sauf que cette maman qui se battait depuis sept ans contre son cancer, ne disait rien à ses enfants. Malheureusement, on ne doit pas juger, on écoute, on entend, on donne notre point de vue mais c'est plutôt les écouter, recueillir ce dont ils ont besoin. Son fils partait pour une semaine, je crois en suisse, pour un truc scolaire. L'ex-mari ne savait pas non plus la gravité de la situation. La maman de cette dame me demande alors ce qu'il est mieux de faire car les enfants ne sont pas au courant de la situation. Je lui ai dit que je n'avais pas de conseil à donner, mais émotionnellement ça va être compliqué pour les enfants de savoir que leur mère a quelques heures à vivre, il vaut mieux prendre le temps d'expliquer, ne pas juger. Bien sûr que l'enfant va être mal de savoir que sa maman va mourir, mais en même temps on ne peut pas se mettre à la place de l'autre et on ne doit pas essayer de canaliser les émotions des autres. On ne sait pas s'il sera bien ou pas bien d'apprendre cela. Il sera d'autant plus mal qu'il n'aura pas été au courant de cela avant. Ça a été très dur, il a fallu dire à la famille que l'important dans les 2 jours à venir c'était de dire que la maman allait partir. Qu'il allait partir en voyage scolaire et qu'il ne la reverrait pas en rentrant.</p> <p>Ce n'était pas à moi de le dire aux enfants. Mais c'était à moi de dire à cette famille que la situation se dégradait et qu'il fallait agir pour les enfants. Le mari ne savait pas du tout non plus. Elle avait tout caché à tout le monde sauf ses parents à elle. Heureusement les médecins sont très bienveillants en soins palliatifs, avec la cadre de santé du service.</p> <p>Il a fallu qu'on lui annonce au petit ... et c'était moi ce jour-là (petit rictus)</p> <p>Je lui ai expliqué ce sa maman elle allait mourir, et qu'elle se serait plus là quand il va revenir de voyage...et que de toute façon s'il décide de partir en voyage comme prévu, qu'il ne fallait pas qu'il culpabilise, parce que il n'y avait plus rien à faire, elle ne serait plus consciente quand il allait partir. Sa sœur et lui ont pu dire au revoir à leur maman, il a pleuré... et là moi, je voulais pleurer aussi... » ligne 143 à 171</p> <p>« ...Cela permet la relation de confiance. Par exemple en traumatologie, les accidents de la voie publique quand le patient a perdu un être cher. Cela ne t'appartient pas. Cela m'atteint, je m'assois à côté de lui, je ne dis pas que je me mets à sa place, j'entends ce qu'il a à dire.</p> <p>Selon ce qu'il va te dire tu vas t'adapter. Mais tu laisses passer une petite émotion qui montre que tu t'intéresses à lui. Je reste moi-même... » ligne 192 et 193</p>
<p><b>Quand tu repenses au début de ton exercice dans la</b></p>		<p>« ... A ce jour, j'ai un regard différent, je ne dis pas que je n'ai plus d'émotions, que je les coupe, mais j'essaie de prendre du recul et ne pas tout prendre sur moi. Je ne suis pas invincible, je les accompagne du mieux que je peux, je fais avec ce que j'ai, ce que je suis, au fond de moi et la professionnelle que je suis ... » ligne 201 à 204</p>

<p>profession peux-tu me dire comment tu te sens dans ces mêmes situations ou des situations similaires ?</p>			
<p>D'un point de vue émotionnel, penses-tu avoir évolué dans ta carrière professionnelle</p>			<p>« ... Je ne vais pas prendre toutes les maladies des autres sur moi.</p> <p>Maintenant j'arrive à sortir de l'hôpital, et à passer à autre chose. Avant, je ne le faisais pas. ça me poursuivait. Mais maintenant ce ne sont pas mes émotions à moi, ce sont les émotions du patient, de sa famille, si j'ai envie de pleurer dans une pièce avec les collègues, ou de sortir de passer le relais, c'est savoir se protéger de ses émotions.</p> <p>Ce n'est pas parce qu'on a une blouse qu'on est super woman... Je ne suis pas un soignant-sauveur. Des fois, il y a un trop plein, parce que tu as besoin de pleurer dans ta voiture, de crier, on essaie de pas trop en parler à la maison. Au fur et à mesure des années ton sac à dos quand tu rentres chez toi il devient lourd...alors on le laisse dans le vestiaire... » ligne 237 à 244</p>

6

7 Annexe XXI : Tri des données de l'entretien avec IDEL

Question	Thème	Cadre de référence	Verbatim
<b>Penses-tu être vulnérable dans ton exercice professionnel ?</b>	La vulnérabilité	Partie 5.1	« ... Je pense que je suis quelqu'un de vulnérable oui, dans certaines situations, quand on approche des fins de vie, des actions compliquée ... » ligne 19 et 20  « ...Chez certaines personnes, on les prend dans les bras, on les reconforte, mais chez d'autres c'est plus fort. Selon les familles on se sent plus vulnérables... » ligne 35
<b>Peux-tu me parler d'une situation de soin où tu t'es senti vulnérable et me dire pourquoi ainsi que les conséquences que cela a eu ?</b>			« ... Oui chez un monsieur qui avait un parkinson, il s'est dégradé jusqu'au bout. Sa femme de 80 ans s'en occupait tellement... on l'a accompagné à partir, on était là pour son dernier souffle, on lui a dit qu'il pouvait partir tranquillement, il est parti... ça nous a fait quelque chose. Les patients Alzheimer ou parkinson, c'est compliqué ils se rappellent plus de nous. Mais là c'était particulier. La relation était forte, il nous connaissait, il savait qui on était.. ». ligne 39 à 43
<b>Dans la relation soignant soigné d'après toi quelle est la place des émotions ?</b>	Les émotions	Partie 5.2	« ... Pour moi il y a toujours des émotions. Après c'est plus ou moins démonstratif. Ça dépend du patient et de la situation ... » ligne 46 et 47
<b>Est-ce que ça t'arrive de te servir de tes émotions dans la relation avec le soigné avec le patient ?</b>			« ... Oui on peut dans l'acceptation de certaines choses ... Le fait qu'il y ait un peu d'affect, si le patient sait que l'on est présent, s'il ressent qu'on s'intéresse à lui, certains patients acceptent plus de faire les choses ... » ligne 86 « ... Alors je ne la montre pas. J'ai pas ma place de comment dire...si je suis triste parce que .... Je veux pas montrer que je suis triste à mes patients. Il ne faut pas. J'ai une dame qui est atteinte d'un cancer, je la connais de longue date. Je ne montre pas ma tristesse, je ne l'utilise pas car j'ai l'impression de l'enfoncer encore plus. Je ne pleure pas avec elle, il ne faut pas. Quand c'est un décès, on va soutenir, mais on va pas pleurer à chaude larmes même si c'est quelqu'un qu'on affectait. Mais on va pas pleurer dans les bras comme si c'était quelqu'un de notre famille... » ligne 107 à 113

			« ... Je trouve que c'est important d'avoir une bonne relation avec ses patients, et donc d'avoir des émotions. Il faut adapter ça à chaque patients, il y en a que je connais, je me permettrais de parler de plus de choses... » ligne 129 et 130
<b>Quand tu repenses au début de ton exercice dans la profession peux-tu me dire comment tu te sens dans ces mêmes situations ou des situations similaires ?</b>			« ... j'ai toujours des émotions, à l'hôpital je n'avais pas le temps de m'attacher je le ressentais moins, en libéral c'est pas pareil, on passe du temps avec eux, on fait partie de leur vie, et parfois de leur famille. A Noël on a tous nos chocolats, pour la naissance de ma fille, j'ai eu des cadeaux. Le patient est reconnaissant autrement à domicile... alors forcément j'ai évolué, j'ai appris à maîtriser mes émotions car je suis très sensible, je cherche à me protéger, et j'ai appris à les mettre à profit. Y a certains patients qui vont préférer que ça soit moi qui vienne, et pas une autre car je serais plus patiente, je prendrais plus de temps ... » ligne 167 à 173
<b>D'un point de vue émotionnel, penses-tu avoir évolué dans ta carrière professionnelle</b>			« ...Je travaille sur mes émotions, et sur le NON... j'y travaille ? Je suis en évolution permanente au niveau professionnel et émotionnel... » ligne 174 et 175

## 10 Annexe XXII : Tri des données de l'entretien avec IDEBABA

Question	Thème	Cadre de référence	Verbatim
<b>Penses-tu être vulnérable dans ton exercice professionnel ?</b>	La vulnérabilité	Partie 5.1	<p>« Si je disais non ça serait mentir, parce que je pense qu'être vulnérable c'est humain. Mais je dirais que non car je sais faire la part des choses, en fin de compte quand j'endosse ma tenue d'infirmière je suis infirmière, ce qu'il y a à côté, ma vie personnelle, tout le monde a des soucis personnels, ça ne ... prend par le dessus sur mon rôle infirmier. Donc je pense ne pas être vulnérable mais quelquefois on l'est sans le vouloir » ligne 11</p> <p>« ...C'est vrai que la vulnérabilité c'est se sentir faible auprès de quelqu'un, ou ressentir que l'on est pas compétent... la vulnérabilité c'est vaste. Très vaste... » ligne 18 et 19</p>
<b>Peux-tu me parler d'une situation de soin où tu t'es senti vulnérable et me dire pourquoi ainsi que les conséquences que cela a eu ?</b>			<p>« ...Y a une seule fois où j'ai eu l'impression en tant qu'infirmière de pas être en capacité de répondre à certains besoins auprès d'une résidente que je voyais souffrir, et la en fin de compte je me suis senti incompétente.</p> <p>A la période du COVID, nous les soignants d'EHPAD on s'est senti presque délaissés... quand une personne âgée elle a le COVID elle a moins d'importance qu'une personne jeune pour la prise en soin vu les problèmes que l'on rencontrait, je peux le comprendre. Mais quand on téléphone au SAMU et dire voilà, cette personne a la COVID, son état général s'aggrave, à notre niveau on peut rien apporter, on se sent impuissant, ça aussi c'est être vulnérable que de se sentir impuissant. Et on te répond, ben quel âge elle a ? Et quand on dit que c'est une personne d'un certain âge, ... mais c'est un être humain aussi ! Je veux dire derrière y a une famille, y a des enfants, et nous en tant que soignant on peut pas rester insensible, je veux dire j'ai des parents, j'ai des enfants, si on me répond ça pour mes parents... (elle lève les yeux au ciel)</p> <p>« ... D'ailleurs je me suis sentie pas à la hauteur, presque j'étais perdue quand on a pas su me dire quoi donner, quoi faire, et après j'ai eu la main tendue du médecin. Il m'a dit vous mettez en place ça, je vous envoie la prescription après par fax, ne vous inquiétez pas. Et là j'ai senti un soulagement quelque part.</p> <p>C'est la seule fois où je me suis sentie vulnérable face à une situation. » ligne 20 à 41</p> <p>« ...Y a une autre fois où je me suis senti vulnérable, j'étais en stage pendant mes années de formation à l'IFSI, en gynécologie, ... on reçoit une patiente qui avait un cancer du sein, je me rappelle, le sein droit, je la voit encore cette dame, et on reçoit cette patiente qui venait pour une mastectomie totale avec curage de ganglions. On m'a demandé de la préparer pour le bloc, faire son entrée, expliquer la douche à prendre, les consignes... et pendant que je l'informais de tout ce qu'il fallait faire, la dame, je m'y attendais pas, elle commence à se confier à moi et</p>

			<p>son cancer en fin de compte a été découvert très subitement suite à la présence d'une masse à la poitrine. Tout s'est enclenché très rapidement, elle avait 50 ans, des enfants, dont le plus jeune il avait 18 ans 19 ans, et je sais pas pourquoi, j'ai eu les larmes aux yeux, d'ailleurs ça me touche encore ( ses yeux se remplissent de larmes) je m'en souviens très bien de cette dame ...</p> <p>Pendant qu'elle me racontait tout ça, c'est comme si j'avais pris une baffe, et je me suis sentie envahie par mes émotions et j'ai eu les larmes aux yeux, et en tant que professionnel, être rattrapé par ses émotions c'est compliqué à gérer surtout face au patient ...</p> <p>Déjà la personne elle t'explique son mal être et toi en tant que professionnel, elle peut le prendre et se dire oui mon histoire la touche mais au fond de moi c'était pas ça. En fin de compte ça m'avais pris en pleine figure, c'est vrai que c'est personnel, et c'est la seule fois qu'un problème personnel m'avait rattrapé dans mon professionnalisme.</p> <p>En fin de compte je suis quelqu'un de très sensible, dans certaines situations mais j'essaie de pas le montrer. On est là pour soigner les autres et pas se soigner soi-même déjà de une. Et en fin de compte j'ai rencontrés le même vécu que cette dame, et enfin c'est comme si j'avais fait un transfert ... on s'y attend pas, et sur le coup je me suis senti vulnérable et pas assez professionnelle pour ... je pense que la patient elle attendait que je la rassure, eh ben là je pouvais pas, j'étais en incapacité de prononcer quoi que ce soit. Mes émotions elle m'avaient submergé ... . La seule que j'ai pu dire c'est « excusez-moi je reviens ». Et je suis sortie.</p> <p>Quand je suis sortie de la chambre, je me suis effondrée, j'ai pleuré, pleuré, pleuré ... mais sur le coup, là je te le dis avec du recul, mais sur le coup j'ai pas compris ça. C'est après en faisant une analyse de pratique que j'ai relaté cette situation, en expliquant et quand j'ai mis ça sur papier j'ai fait le rapprochement... en fin de compte j'ai fait un transfert. Après c'est aussi une question d'éducation aussi ... mais comme je refoulais cette situation, ça m'a mis face à la réalité. Et ça a été le plus dur.</p> <p>C'est pour ça que je dis que l'on peut être vulnérable sans le vouloir, je ne m'y attendais pas du tout .... » ligne 43 à 75</p>
<p><b>Dans la relation soignant soigné d'après toi quelle est la place des émotions ?</b></p>	<p>Les émotions</p>	<p>Partie 5.2</p>	<p>« ... Alors je pense que d'avoir des émotions c'est normal car nous sommes des êtres humains, on est fait de chair et de sang, sinon on serait des robots, pas humains. Et puis certaines émotions elles peuvent aider dans la relation soignant-soigné, elles peuvent avoir une place mais la par exemple dans la situation que je viens de te raconter , non elles avaient pas leur place. Pas du tout ... parce que ça a été le contraire</p> <p>Et puis si on ressent pas les émotions de l'autre, on ne peut pas rentrer en relation, si on se met une barrière, on se met un mur et on se dit aller je ne montre rien de ce que je ressens ... et les émotions ça montre aussi ce que l'on est ...</p> <p>Les émotions elles peuvent être positives ou négatives ... c'est aussi un sourire, et c'est vrai que depuis ce COVID on nous le fait comprendre qu'à travers ce masque on nous dis qu'on arrive plus à savoir si la personne, sourit, si</p>

			<p>elle est contente, pas contente, et donc y a plus que le regard, et à travers un regard je te raconte pas ce qu'on peut transmettre ... » ligne 78 à 90</p>
<p><b>Est-ce que ça t'arrive de te servir de tes émotions dans la relation avec le soigné avec le patient ?</b></p>			<p>« ... certaines émotions elles peuvent aider dans la relation soignant-soigné, elles peuvent avoir une place... »</p> <p>« .... Mais sinon je pense que en tant qu'être humain, si j'avais pas d'émotions je ne pourrais pas faire ce métier, je ne pourrai pas le faire... » ligne 79 à 83</p>
<p><b>Quand tu repenses au début de ton exercice dans la profession peux-tu me dire comment tu te sens dans ces mêmes situations ou des situations similaires ?</b></p>			<p>« ... Je pense qu'on évolue dans la vie, en tant que personne, et aussi dans la formation. Quand on est jeune, tout ce qu'on voit pour la première fois ça surprend, et puis on se dit je ne pourrais jamais refaire ça car je ne tiendrais pas. Mais j'ai appris à évoluer, par l'amour de ce métier, je suis toujours émotive, je ne changerai pas. J'exprime mes émotions plus facilement. Quand j'étais jeune c'était tabou d'exprimer ses émotions devant les autres collègues, devant un patient devant une situation. On nous disait, vous êtes soignant, vous êtes là pour leur apporter du bien, pas pour pleurer. C'était interdit de pleurer. Même de nos jours, on nous dit que dans la relation soignant-soigné il faut garder une certaine distance, pas d'affinité. Mais ça dépend dans quel lieu. Oui dans un service de chirurgie on ne crée pas d'affinité, de relation, c'est passager. Dans un lieu de vie c'est différent. Donc on apprend à vivre face à ça. On sait qu'elle vient ici pour finir ses jours chez nous, on est là pour l'accompagner et vivre ses derniers jours au mieux. Je pense que la formation aide bien aussi. Elle nous apprend les pathologies, de certaines façon de prendre en charge. Je pense que les soignants, au fur et à mesure des années si on veut bien faire notre travail, on doit se perfectionner, faire des formations. » ligne 169 à 182</p>
<p><b>D'un point de vue émotionnel, penses-tu avoir évolué dans ta carrière professionnelle</b></p>			<p>« ... Oui , je pense que en extériorisant les émotions que je vis, c'est pas un poids. C'est des émotions normales que je dois avoir face aux situations, on travaille avec des humains. Une personne qui me dit qu'elle n'est pas touchée par des situations avec les patients je me dis c'est pas possible. C'est une carapace ça, et cette personne c'est mauvais pour elle, cette personne la ça va lui exploser en pleine figure et c'est pas bon. Parler et extérioriser c'est pas une honte. Pendant la pandémie j'ai découvert des choses qui m'ont endurci et blindé. On a fait au mieux avec ce qu'on avait, on en appris plein la figure, les restrictions, les interdictions, les familles qui pouvaient pas voir leur proches...</p> <p>Je me souviens d'une personne qui avait le COVID et il y avait interdiction d'autoriser les familles à venir les voir. C'était la fin ... en tant que fille, moi-même, je ne pouvais pas, en tant que mère... laisser une personne mourir sans que ses proches soient là, ça m'avait beaucoup touché ça aussi. Le contexte de soin y était, et le contexte de la prise en charge de la famille aussi. Je me suis permis d'appeler le médecin un dimanche, j'ai dit</p>

		<p>c'est pas possible, même un animal on lui fait pas ça. La pauvre dame elle souffrait et d'interdire la visite de la famille j'ai trouvé que c'était pas ... c'était horrible. Bon c'était interdit, j'ai appelé la directrice, j'ai demandé une faveur, elle m'a dit oui sans problème. J'avais tout prévu pour protéger la famille avec les équipements. La directrice était aussi humaine que moi ...</p> <p>On était à deux ce jour-là, avec l'aide-soignante. Moi j'ai réussi à retenir mes larmes, mais l'aide-soignante, elle est parti en sanglots...Donc je me revoie, je la fais rentrer par la porte de secours, je lui donne les consignes, je l'habille, l'aide-soignante présente aussi. La dame était tellement reconnaissante...je lui ai dit que j'étais moi aussi maman, et j'ai aussi des parents, et ma collègue elle s'est mis à pleurer !!! je lui ai fait des yeux !! je voulais juste lui faire comprendre : pas devant la famille ...</p> <p>Elle n'a pas géré le trop plein d'émotions » ligne 184 à 207</p>
--	--	--

Question	Thème	Cadre de référence	Verbatim
<b>Penses-tu être vulnérable dans ton exercice professionnel ?</b>	La vulnérabilité	Partie 5.1	<p>« ... On le perçoit souvent dans le sens péjoratif, mais aussi quelque chose de très normal et de très positif surtout chez le soignant. Tout dépend comment on l'entend. Dans la prise en charge d'un patient, qu'il soit somatique ou psychique il est question de sa vulnérabilité et pour nous l'accompagner dans sa vulnérabilité là il faut qu'on soit euh... juste nous même, dans nos dimensions subjectives et humaines. Si on dit que la position de soignant est vulnérable c'est piégeux parce que ça voudrait dire que cela ne fait pas de nous un bon soignant. Être fragile ça voudrait dire que ça fait pas de nous des bons soignants. Un soignant est sensé tout entendre et tout encaisser... » ligne 12 à 20</p> <p>« ... C'est compliqué si je me mets à pleurer avec les patients en entretien. Il faut avoir un cadre de travail et un cadre intérieur où on essaie d'avoir un positionnement qui dans la relation respecte un certain cadre. C'est-à-dire que je peux comprendre l'émotion du patient, être touchée par cette émotion par ce que l'empathie fait que, sans pour autant me laisser embarquer. Parce que si cette vulnérabilité, elle s'emballe, enfin je la maîtrise plus, je peux plus être soignante, je ne suis plus à ma place de soignant. C'est compliqué parce qu'il y a aussi une histoire de neutralité dans la position de soignant. On travaille avec les émotions et le ressenti, du patient, en tout cas en psy d'autant plus, et du soignant mais il faut garder une posture neutre. Je ne peux pas me laisser embarquer comme quelqu'un de sa famille ou un amie le ferait. L'idéal ça serait d'être au clair avec soi-même, avant, pour pouvoir prendre en charge les gens... » ligne 21 à 30</p>
<b>Peux-tu me parler d'une situation de soin où tu t'es senti vulnérable et me dire pourquoi ainsi que les conséquences que cela a eu ?</b>			<p>« ... Il me vient plusieurs choses en tête, il me vient que ce que j'ai pu ramener à la maison ça a pu être des situations où je suis inquiète pour un patient. Quand on est dans des problématiques de crises suicidaire. Cela a pu me poser problème après car c'est une inquiétude. Ou aussi quand il y a un accord avec le patient pour qu'il n'y ait pas d'hospitalisation pour X raisons, là oui, ça m'impacte en dehors du travail ... » ligne 44 à 48</p> <p>« ... Je peux être touchée par une patiente complètement démunie ... tu vois dernièrement j'ai reçu une jeune femme polytoxicomane, qui essaie de faire pour la première fois une démarche un peu c'est ou ça ou je sais que je vais en mourir bientôt. Elle est toute seule, très démunie, pleine de bon sens, et en même temps très immature. Je l'ai reçu avec une infirmière, et on a été très touchée de cette petite fille de trente-cinq ans. Elle nous a beaucoup touché parce que c'est très dur car le sevrage est au premier plan et on ne peut pas la prendre en charge comme on voudrait aussi... ça par exemple ça vient toucher ma posture de soignant où on peut pas répondre comme on voudrait... »</p> <p>« ... J'ai eu un patient skinhead qui m'a touché autrement, il est venu me faire réagir par ses propos qui sont très provoque, il me pousse, il veut que j'ai une réaction. On aurait tendance à réagir mais il ne faut pas se faire embarquer. Mais en fait tout ça on parle de contre transfert pour le psy. C'est un outil dans la prise en charge, on est</p>

			<p>assez à l'aise dans ces histoires de vulnérabilité, on s'en sert tout le temps. La vraie question c'est comment ça va être perçu ?</p> <p>Je peux être touchée par plein de vulnérabilités différentes, en bien comme en pas bien. Mais l'intérêt c'est pourquoi ça vient me chercher là. Et comment j'arrive à travailler ça et je ne me laisse pas embarquer dans une réaction ? .. » ligne 51 à 66</p> <p>« ... <b>Dans ce cas penses-tu que ce soit une vulnérabilité qui est liée à une impuissance à gérer une situation ?</b> »</p> <p>« Oui ça peut être ça mais est-ce que ça a été bien géré, est-ce que je me suis pas fait balader ? manipuler ? est-ce que j'aurais dû être plus dans des modalités d'urgence ? quand tu as des situations qui sont sur un fil.</p> <p>Il y a aussi une histoire de moyen, il faut composer, on ne peut pas travailler comme on le voudrait.</p> <p>Nous les psy, notre travail c'est de métaboliser ça, la vulnérabilité. De symboliser, de comprendre pourquoi, de le comprendre. Pourquoi tel patient me met dans telle situation ? Comme les réunions que l'on fait ici, une situation qui soulève des choses chez les soignants, nous les psy on essaie d'amener, de faire des analyses de pratique. On va chercher ce que ça a soulevé chez les soignants, pourquoi il a voulu répondre ça ou ça. Le travail de pensée, de symbolisation permet de soulager quelque chose car c'est une mise en sens. Donc ça évite d'être dans des passages à l'acte en miroir et ça évite d'être dans des réactions. C'est notre travail avec l'équipe et les patients... » ligne 72 à 84</p>
<p><b>Dans la relation soignant soigné d'après toi quelle est la place des émotions ?</b></p>	<p>Les émotions</p>	<p>Partie 5.2</p>	<p>« ... Je veux dire que l'on est souvent contaminé par l'état émotionnel de l'autre. Que ça soit des gens qui transpirent l'angoisse, des gens qui sont complètement déprimés alors qu'ils affichent un grand sourire, des fois tu as même des dissonances comme ça, tu te dis mais pourquoi je me sens envahie par un sentiment presque mélancolique parce que ça ne transparait pas. Il faut pouvoir accueillir ça et donc pas être dans une position trop défensive. Si je me barricade trop je ne peux pas accueillir ça. Donc pareil je le renvoie. Il faudrait pouvoir accueillir l'état émotionnel de l'autre en face de toi, entre ce qui est dit et non-dit. Une fois que j'accueille ça je comprends mieux l'autre, dans quel état il est, et je peux mettre des mots sur ce qu'il n'arrive pas à faire, ou lui montrer que je comprends et créer une alliance avec lui et en même temps, ne pas me laisser trop envahir profondément dans mon ressenti à moi. Il faut se laisser ... pas envahir c'est trop fort ... il faut se laisser accueillir l'état émotionnel de l'autre sans se laisser envahir. Tu as une partie de toi que tu prêtes à ressentir ce que ressent l'autre, et une autre qui est comme au-dessus pour essayer d'analyser ce qui se passe.</p> <p>On revient sur l'idée d'être au clair avec soi-même. Ça vient teinter ta neutralité. Comment on peut parler de neutralité si on est pas au clair avec soi-même ? Allez tous chez le psy quoi !! (rires)</p> <p>Quand on prend en charge l'autre c'est lourd, donc si on a pas un espace où on est clair avec soi pour penser sa propre histoire et se dégager de ce qui se passe. Mais c'est au niveau perso, et chacun fait comme il veut. Mais ça devrait être plus présent dans les écoles de formation, dans les équipes, il faudrait mettre en place ça. Mettre en pensée ce qui est de l'ordre des émotions et de la vulnérabilité car c'est très large en fait.</p>

			<p>Mais son on ne parle pas de tout ça comment on prend en charge l'autre ?</p> <p>Tu es infirmier en cardio ou autre chose, ton patient il doit avoir une anesthésie et il est rempli d'angoisse, agressif, toi tu arrives là, tu accueilles son état émotionnel, tu es obligée. Alors soit tu l'accueilles soit tu mets une barrière... et la relation de soin elle est inexistante si tu mets une barrière. Ou tu arrives à te décaler de cet état émotionnel qui prend une apparence et comme tu le penses et que tu arrives à te dire que tu arrives à être empathique, tu te décales et tu arrives à faire quelque chose qui sera apaisant... » ligne 98 à 125</p> <p>« ...Oui surement ...Y en a plein, ça peut être aussi très positif. Avec des patients par exemple qui sont en larme parce qu'ils en reviennent pas de leur avancée, ou quelque chose de super positif dans leur vie, moi ça me fait une vague d'émotions, je suis hyper contente pour eux, c'est presque palpable ! ... » ligne 129 à 132</p>
<p><b>Est-ce que ça t'arrive de te servir de tes émotions dans la relation avec le soigné avec le patient ?</b></p>			<p>« ... Oui, si par exemple je ne comprends pas, avec des personnes qui ont du mal à penser les choses, dans le passage à l'acte, je me sers de ce que moi il me donne à ressentir ou de ce que je ressens. Je leur en fait part. Je leur prête mon appareil à penser ou à ressentir pour leur proposer quelque chose ou leur montrer... ça pourrait être des mots que je veux que la personne mette. Je peux dire, ça me donne l'impression qu'il y a beaucoup d'agressivité, ou de colère. C'est pas ma colère a moi, si j'accueille l'état émotionnel de l'autre je peux m'en servir comme ça.</p> <p>Les patients qui attaquent le cadre de travail ou qui arrivent défoncés en entretien ou qui dépassent les limites... j'ai mon cadre que je respecte, je les mets à la porte ... j'ai pas besoin de me mettre dans un état de colère. Le but du jeu c'est d'essayer de penser ce qui se joue dans le suivi ou le cadre de suivi, ou ce qui m'est adressé à moi sachant que ça n'est pas adressé à moi car on ne se connaît pas dans un cadre personnel. Si y a une provoque, je dois la sentir, oui ça m'agace ou ça m'énerve mais tout de suite, en dire ou faire quelque chose, non.</p> <p>Peut-être que ça aide à être dans son ressenti quand on a un cadre. Mais ici ça va, c'est pas comme en accueil et crise, je ne gère pas ce que les soignants ont la bas comme les colères et l'agressivité entre patients tu vois. Le cadre de travail te sert à être plus apaisé et rassuré dans ta prise en charge ... » ligne 158 à 173</p>
<p><b>Quand tu repenses au début de ton exercice dans la profession peux-tu me dire comment tu te sens dans ces mêmes situations ou des situations similaires ?</b></p>			<p>« ... Oui je suis différente ? j'ai évolué dans ma pratique, heureusement !! (rire)</p> <p>Plus d'assurance justement, ... mais l'expérience fait ça aussi. Oui je te disais tout à l'heure que certains soignants sont trop investis, personnellement, entièrement et qui ne dosent pas. Ça use un soignant ça.</p> <p>Je le gère différemment, j'ai appris à doser, c'est un équilibre. On cherche à comprendre pourquoi on a vécu les situations comme ça et ce que ça a fait en nous, et on essaie de comprendre la façon de penser. On essaie de comprendre les fonctionnements. Si je dis je ne veux plus revivre ça, on a trop tout ouvert, et on fait un trop tout fermé. Et si on est soignant en psy, tu travailles qu'avec de l'humain, donc tu t'ouvres trop et tu te fermes trop et tu te déséquilibres. Donc c'est un travail de chercher un dosage, mais l'expérience et la connaissance, la clinique t'apprend beaucoup, l'équipe aussi, c'est très important. .. » ligne 176 à 186</p>

<p><b>D'un point de vue émotionnel, penses-tu avoir évolué dans ta carrière professionnelle</b></p>			<p>« ... Oui j'espère !! (rire)</p> <p>Oui parce que au plus t'avances et au plus tu comprends le moment où ça se joue, donc dès que tu mets du sens sur ce qui se passe ça fait avancer. C'est exactement ce que l'on vient de faire en réunion, on a cherché du sens à ce qu'on a fait et on a ressenti des soulagement quand on a trouvé nos réponses. Bon en psy on est un peu possédés quand même !! (rires) mais c'est ça, c'est le sens. Sinon ça userait trop.</p> <p>Le lien et le sens c'est très important ... . » ligne 188 à 194</p>

Question	Thème	Cadre de référence	Verbatim
<b>Penses-tu être vulnérable dans ton exercice professionnel ?</b>	La vulnérabilité	Partie 5.1	<p>« ... Euh, oui bien sûr, en fait vulnérable tant sur les émotions que par rapport au résidents, parce que on fait souvent des transferts par rapport à des situations avec eux. On peut penser que ça peut être un membre de la famille, un grand parent, un parent, donc euh... et aussi sur le côté collègue et hiérarchie aussi, je pense qu'on peut pas spécialement faire ce qu'on veut comme on veut, parce que si on me dit qu'il faut faire comme ça et pas autrement on est vulnérable aussi... » ligne 13 à 18</p> <p>« ... Dans les débuts, quand j'ai commencé à travailler j'avais pas d'expérience, et si on me disait que je devais faire comme ça et pas autrement j'écoutais ce qu'on me disait. Je pense que de l'expérience on est vulnérable de se dire que par le manque d'expérience, on est vulnérable. On a appris la théorie, et on apprend la pratique encore longtemps après et moi je me suis sentie vulnérable par rapport à ça, à mon manque d'expérience au début ... » ligne 22 à 24</p>
<b>Peux-tu me parler d'une situation de soin où tu t'es senti vulnérable et me dire pourquoi ainsi que les conséquences que cela a eu ?</b>			<p>« ... J'ai eu une dame qui avait cent un ans, autonome, cohérente, elle marchait, elle faisait sa toilette seule, et en fait là où je travaillais y avait pas d'infirmière l'après-midi, donc c'était nous, les aides-soignants qui faisons office d'infirmière. Cette dame elle était en bradycardie à 25 30 BPM, j'appelle le SAMU pour savoir quoi faire, je leur explique, et au départ ils ne voulaient pas se déplacer, alors j'ai dû me mettre en colère, j'ai dû insister, je leur ai dit qu'elle était encore très bien pour son âge et qu'on pouvait pas la laisser comme ça ! et là je me sentais vulnérable, je voyais pas pourquoi elle n'aurait pas été prise en charge ! j'étais contente d'avoir insisté, et tenu tête. Cette dame après que je sois partie de l'EHPAD elle était toujours en vie, deux ans après ! ... » ligne 31 à 40</p> <p>« ... J'ai aussi vécu une situation la nuit, il n'y a que une aide-soignante et une ASH, l'ASH m'appelle, elle me dit que la résidente désature, j'ai appelé le SAMU, j'ai dû insister parce qu'ils ne voulaient pas venir ... » ligne 41 à 43</p>
<b>Dans la relation soignant soigné d'après toi quelle est la place des émotions ?</b>	Les émotions	Partie 5.2	<p>« ... Alors, oui bien sûr qu'il y a des émotions, y a de l'empathie, y a de la tristesse, de la peur bien sûr, et je pense que les émotions c'est important, il en faut mais il faut faire attention de pas se faire bouffer. Moi ça m'est arrivé de ... c'est un peu mon problème, j'ai justement trop d'émotions, et y a eu des services que j'adorais comme le SAMU, et les soins intensifs, y avait justement trop d'émotions, sur le coup ça allait mais après je rentrais et je faisais que pleurer... certaines situations aussi par rapport à la prise en charge que je ne trouvais pas adaptée. Oui des émotions il en faut parce que sans émotions on peut pas faire ce travail, et comme je te disais, il en faut pas trop sinon tu te fais facilement bouffer quoi... » ligne 52 à 59</p> <p>« ... Justement je pense que ça permet la relation de confiance, c'est très important. Y a des tas de choses que le patient ne va pas nous dire et qui sont importantes dans la prise en charge, surtout au niveau psychologique et relationnel. Si le patient est pas bien psychologiquement, on le voit pas tout de suite, il faut lui parler. Et le soin c'est autant somatique que psychologique. Et justement il faut cette relation de confiance, si tu arrives en mode</p>

			<p>fermé, il va pas se confier à toi. Le patient qui est pas bien aujourd'hui, si tu as pas un minimum d'empathie tu vas passer à côté de quelque chose d'important pour la prise en charge.</p> <p>C'est quand même important d'être là quand le patient a eu une annonce, il faut qu'on soit là pour l'aider à appréhender cette nouvelle vie qui l'attend. On est quand même un minimum de gentillesse, de tristesse, on doit compatir à son malheur ... » ligne 62 à 71</p>
<p><b>Est-ce que ça t'arrive de te servir de tes émotions dans la relation avec le soigné avec le patient ?</b></p>			<p>« ... En SAMU je devais prendre en charge un jeune d'une quarantaine d'années, il venait de faire un AVC, à cet âge c'est souvent hémorragique, j'étais contre le fait de le conduire à Marseille, je savais que ça allait mal finir, le SMUR n'a pas voulu le médicaliser. Il fallait l'emmener à Marseille. J'étais ambulancière, j'ai dit au SMUR que non ça n'était pas possible, qu'il allait décompenser, j'en étais certaine ... conclusion j'ai fait la route pour Marseille, et est arrivé ce qui devait arriver, il a convulsé, il est mort dans mes bras, sur le bord de la route. J'ai eu tellement de colère, j'ai pétié une gueulante, j'ai dit toute ma colère au SMUR, j'étais en colère qu'ils ne donnent pas une chance à ce jeune de quarante ans, parce qu'il était huit heures du matin, la fin de la garde, et les médecins voulaient rentrer se coucher. J'ai pleuré, tellement pleuré, et j'ai décidé d'arrêter le SAMU après cette mission-là ... » ligne 79 à 94</p> <p>« ... C'est un outil pour construire et aider le patient, par exemple en EHPAD, les personnes âgées sont souvent mises à l'écart par leur famille, et l'outil de la gentillesse, de tout ça, je pense que « ...ça les aide eux à se sentir bien. Mes résidents ils m'appelaient ma petite, ma mie, ils me considéraient comme un membre de la famille, car pour moi l'EHPAD c'est la maison des résidents et ce sont nous qui vivons chez eux. Et je pense que oui c'est un outil les émotions pour les aider et les prendre en charge correctement et leur faire comprendre que d'avoir 80 ans ce n'est pas une punition. J'ai arrêté l'EHPAD parce que j'étais jeune, je voulais voir autre chose, aller sur autre chose de plus technique, et j'avais déjà en projet l'école d'infirmière, ça me permettait de savoir si je pouvais le faire. L'EHPAD c'est très enrichissant au niveau relationnel, et ce n'est pas un regret d'avoir fait ça, ils m'ont appris plein de choses. Les émotions ils les voient aussi, quand j'arrivais ils savaient que ça allait pas...ils me disaient « qu'est ce qui va pas ma chérie ? » ligne 98 à 109</p>

<p><b>Quand tu repenses au début de ton exercice dans la profession peux-tu me dire comment tu te sens dans ces mêmes situations ou des situations similaires ?</b></p>			<p>« ... Non, j'en pleure encore tu vois, alors y a des situations ou je relativise un peu plus, genre j'ai l'impression d'être sans cœur. Je dis à mes collègues que j'ai l'impression d'être un dragon... par rapport à un décès qui n'est pas attendu, ça va toujours me faire quelque chose, mais par contre un décès attendu, je vais accompagner la personne jusqu'à ce quelle décédé dans mes bras. Y a 20 ans en arrière, j'aurais jamais pu le faire, je pleurais autant sur un décès attendu que non attendu, maintenant je relativise beaucoup plus, donc oui ... je m'adapte, je sais que maintenant un patient qui convulse, je vais y aller, alors que dans les premiers temps je tremblais j'avais peur et maintenant non j'y vais. J'ai l'impression d'être sans cœur. Avec tout ce qu'on voit on se blinde, on se met cette carapace, sinon on se fait bouffer par les émotions et c'est pour ça qu'il y a tant de Burn out, que tant de soignants changent de métier, justement ils sont arrivés à un stade où ils ramènent du travail à la maison, ils savent plus gérer leurs émotions... » ligne 112 à 122</p>
<p><b>D'un point de vue émotionnel, penses-tu avoir évolué dans ta carrière professionnelle</b></p>			<p>« ... Pour moi oui, parce que je pleure moins, je rentre j'arrive à dormir, alors que y a une époque je rentrais je ressassais ce qui s'est passé dans la journée, je dormais pas et pour ma famille aussi, mes enfants, du coup ça me permet de pas ramener du travail à la maison. C'est positif pour ma vie perso, pas professionnelle. Cela ne m'empêche pas de prendre en charge mon patient correctement, d'avoir énormément de relationnel que je considère comme la base. J'ai fait un stage en psychiatrie, j'ai adoré...</p> <p>Par contre c'est pas bien pour mes collègues cette évolution... je ne veux pas qu'on me voit comme quelqu'un de trop sensible et ni trop insensible. C'est le regard de l'autre qui me gêne. Mais je ne pense pas qu'ils pensent ça de moi. Mais c'est totalement ce que moi je pense, parce que les filles elles ne disent pas ça de moi. J'arrive sur certaines situation à me blinder et pas sur d'autres. Je ne veux pas être insensible... » ligne 124 à 134</p>

Thème	Cadre de référence	Verbatim
<p><b>La vulnérabilité</b></p> <p><b>Les soignants se sentent-ils vulnérables ?</b></p>	<p>Partie : 5.1</p>	<p><b><u>ESI</u></b> : « Alors oui je me sens vulnérable parce qu’il y a aussi des moments on se sent vulnérable où on se sent impuissant et on peut se mettre à pleurer parce qu’on se sent fatigué, on peut en avoir assez car on se sent dépassé, on voit des décès... »</p> <p><b><u>ASORTHO</u></b> : « ...Je pense que tout le monde est vulnérable pour moi donc je suis vulnérable et je pense que on est tous un peu. Je pense que oui parce que on est des êtres humains, on a des émotions et que les émotions elles viennent de quelque part de l'extérieur et qui fait qu'on a toujours quelque chose qui nous rappelle du vécu donc dans notre expérience. On est tous vulnérables soignants ou pas. Et encore plus quand on est soignant. Chaque jour on vit des situations qui nous rendent vulnérables, on côtoie la mort, la douleur, la souffrance, la peine... »</p> <p><b><u>IDEPALLIA</u></b> : « ...Oui pour moi la vulnérabilité c’est être fragile par rapport à quelque chose, c'est faire face. On dit que le patient est vulnérable parce qu’il est vulnérable dans la maladie et dans le soin, parce que nous on est en position différente du patient, mais ce n’est pas parce qu'on met une blouse blanche que nous ne sommes pas vulnérables. On absorbe au quotidien les émotions, la maladie, la souffrance, des familles et du patient. Donc on est forcément vulnérable face à ça, nous ne sommes pas des surhumains, et bien sûr que la vulnérabilité on l’est tous. A nous de gérer face à ça. Par rapport aux expériences de la vie ... » ligne 19</p> <p><b><u>IDEL</u></b> : « ...Je pense que je suis quelqu’un de vulnérable oui, dans certaines situations, quand on approche des fins de vie, des actions compliquée... »</p> <p>« ...Chez certaines personnes, on les prend dans les bras, on les reconforte, mais chez d’autres c’est plus fort. Selon les familles on se sent plus vulnérables... »</p>

**Qu'est ce qui fait qu'ils se sentent vulnérables ?**

**IDEBABA (EHPAD)** : « Si je disais non ça serait mentir, parce que je pense qu'être vulnérable c'est humain. Mais je dirais que non car je sais faire la part des choses, en fin de compte quand j'endosse ma tenue d'infirmière je suis infirmière, ce qu'il y a à côté, ma vie personnelle, tout le monde a des soucis personnels, ça ne ... prend par le dessus sur mon rôle infirmier. Donc je pense ne pas être vulnérable mais quelquefois on l'est sans le vouloir »

**PSYCHO** « ... On le perçoit souvent dans le sens péjoratif, mais aussi quelque chose de très normal et de très positif surtout chez le soignant. Tout dépend comment on l'entend. Dans la prise en charge d'un patient, qu'il soit somatique ou psychique il est question de sa vulnérabilité et pour nous l'accompagner dans sa vulnérabilité là il faut qu'on soit euh... juste nous même, dans nos dimensions subjectives et humaines. Si on dit que la position de soignant est vulnérable c'est piégeux parce que ça voudrait dire que cela ne fait pas de nous un bon soignant. Être fragile ça voudrait dire que ça fait pas de nous des bons soignants. Un soignant est sensé tout entendre et tout encaisser... »

**ASEHPAD** : « ...Euh, oui bien sûr, en fait vulnérable tant sur les émotions que par rapport au résidents, parce que on fait souvent des transferts par rapport à des situations avec eux. On peut penser que ça peut être un membre de la famille, un grand parent, un parent, donc euh... et aussi sur le côté collègue et hiérarchie aussi, je pense qu'on peut pas spécialement faire ce qu'on veut comme on veut, parce que si on me dit qu'il faut faire comme ça et pas autrement on est vulnérable aussi... »

« ...Dans les débuts, quand j'ai commencé à travailler j'avais pas d'expérience, et si on me disait que je devais faire comme ça et pas autrement j'écoutais ce qu'on me disait. Je pense que de l'expérience on est vulnérable de se dire que par le manque d'expérience, on est vulnérable. On a appris la théorie, et on apprend la pratique encore longtemps après et moi je me suis sentie vulnérable par rapport à ça, à mon manque d'expérience au début... »

**ESI** : « ... où on se sent impuissant et on peut se mettre à pleurer parce qu'on se sent fatigué, on peut en avoir assez car on se sent dépassé, on voit des décès... »

« ... on sait que la personne elle est mal, et on peut rien faire quoi...ou alors elle est algique alors on peut essayer de donner des antalgiques, augmenter les paliers, mais quand ils sont en fin de vie, de voir cette

<p><b>Ont-ils vécu des situations où ils ont ressenti leur vulnérabilité ?</b></p>	<p>souffrance ça nous rend enfin...on peut rien y faire du coup on se sent vulnérable...on est dans l'accompagnement c'est tout ce qu'on peut faire . Mais je pense qu'on se projette aussi, on se dit dans cette souffrance qu'ils ont, c'est pas possible de vivre ça, et on aimerait faire quelque chose et on se dit si nous on est à leur place, ou à la place de leur famille on aimerait que les soignants fassent quelque chose. C'est ça qui fait que je me sens vulnérable, c'est le fait de me voir en eux. »</p> <p><b><u>ASORTHO</u></b> : Chaque jour on vit des situations qui nous rendent vulnérables, on côtoie la mort, la douleur, la souffrance, la peine... »</p> <p><b><u>IDEPALLIA</u></b> : « ... On absorbe au quotidien les émotions, la maladie, la souffrance, des familles et du patient... »</p> <p><b><u>IDEL</u></b> : « ... quand on approche des fins de vie, des actions compliquée... »</p> <p><b><u>BABA</u></b> : « ... C'est vrai que la vulnérabilité c'est se sentir faible auprès de quelqu'un, ou ressentir que l'on est pas compétent... »</p> <p><b><u>PSYCHO</u></b> : « ...Je peux être touchée par plein de vulnérabilités différentes, en bien comme en pas bien. Mais l'intérêt c'est pourquoi ça vient me chercher là. Et comment j'arrive à travailler ça et je ne me laisse pas embarquer dans une réaction ? .. »</p> <p><b><u>ASEHPAD</u></b> : « ... en fait vulnérable tant sur les émotions que par rapport au résidents, parce que on fait souvent des transferts par rapport à des situations avec eux... »</p> <p><b><u>ASEHPAD</u></b> : « ... et on apprend la pratique encore longtemps après et moi je me suis sentie vulnérable par rapport à ça, à mon manque d'expérience au début... »</p>
--	--

	<p><b><u>ESI</u></b> : « ... un patient que j'ai suivi en Maison d'Accueil Spécialisée, je savais qu'il allait décéder, on a fait son accompagnement jusqu'à la fin de sa vie. On était à côté avec l'éducatrice on lui serrait la main, on s'est senti impuissant, on ne pouvait rien faire. ... »</p> <p>« ... il avait 63 ans, un âge très bien car on ne vit pas longtemps avec cette pathologie. Nous on est soignant on savait qu'il ne fallait pas pleurer, il y avait la famille ... ».</p> <p>« ... Face à une famille on pleure pas, on tisse un lien avec la famille aussi, en plus une MAS c'est un lieu de vie, on est autant avec les familles que les résidents... »</p> <p>« ... et on se dit ils sont tellement mal de par le décès, qu'on se dit on peut pas rajouter à leur chagrin, on peut pas leur montrer qu'on est mal aussi. »</p>
	<p><b><u>ASORTHO</u></b> : « ... c'est une patiente qui est arrivée, elle avait un cancer du sein, elle venait pour un problème orthopédique, dans le service ou je travaille.</p> <p>Mais son cancer était apparent, elle avait déjà des métastases tout ça et donc en fait elle est arrivée avec sa fille et moi ça m'a rappelé ma mère qui est décédée d'un cancer du sein et donc là je m'y attendais pas en fait ça m'a vraiment sauté dessus quand je les ai vus. L'amour qui avait entre eux alors qu'elle était malade et qu'elle était en train de sourire, tous ces mots gentils, il y avait une complicité, on le sentait beaucoup. Il y avait beaucoup d'émotions dans la pièce et en moi ça m'a vraiment fait remonter tout ça et avec la complicité que j'avais avec ma mère et donc je me suis sentie vulnérable parce que je commençais à avoir les larmes, je me disais qu'en tant que professionnel il fallait que je reste, je veux dire que les émotions ne se voient pas et donc là il faut se remettre en question, se dire : Qu'est-ce que je fais donc à ce moment-là je me suis dit bon je les écoute et à un moment donné je me suis dit bon je vais sortir de la pièce parce que on a des limites à supporter donc il faut qu'un moment voilà on se sorte de là pour pouvoir reprendre nos esprits. Je sais qu'à ce moment-là ça m'avait beaucoup touché. »</p> <p><b><u>IDEPALLIA</u></b> : « ... Je pourrais t'en dire, j'en ai vécu énormément, toutes différentes car chaque situation est différente par la représentation de la maladie... »</p> <p>« ...J'ai eu un patient par exemple qui a eu une SLA, c'était un jeune sportif, en Soins Palliatifs et ce jeune, il était très très bien et au fur et à mesure de son hospitalisation, son corps se dégradait ... on devenait ses</p>

mains, on l'aidait dans tout son quotidien. On était dans une petite unité de 10 lits, le meilleur service selon moi car c'était une petite unité et humainement c'était vraiment le meilleur service, j'y ai vécu des choses merveilleuses. Parce que dans la relation de soin c'est super, et donc ce jeune patient il se dégradait, il avait des coups de gueule, il me disait : « quand je pourrais plus marcher et que je pourrais plus manger, je vais devenir un morceau de chiffon, un papier de carton que l'on va jeter. Nous on absorbe la colère, la tristesse, toutes les émotions du patient et de la famille... »

« ...Moi j'ai eu la gorge serrée, je ne voulais pas qu'il le voit. On se dit on ne peut pas pleurer avec le patient, mais on est des êtres humains, fait d'émotions, donc on peut si on a envie leur montrer. Mais je me devais d'être là pour l'accompagner et de trouver des mots pour apaiser ses maux. » ligne 57

**IDEL** : « ...J'ai eu un patient qui m'a beaucoup affectionné aussi, atteint du cancer aussi, je me suis retrouvée aux funérailles, car quand on est en libéral, on est tellement inclus dans la vie des familles, et ce monsieur était portugais, et la famille a des coutumes particulières. Il y avait tellement de fleurs, que nous n'avons pas pu déposer la gerbe que nous avons fait pour ce monsieur, et nous l'avons déposé dans une pièce avec d'autres et nous sommes parties avec ma collègue. J'ai ensuite pris mon congé maternité, pour ma fille et je n'ai pas revu cette famille. Cela m'a manqué... j'ai eu l'impression que j'ai laissé tomber la famille un petit peu. On voit le chagrin des autres, et chez certains patients avec qui on a plus de feeling on arrive plus à couper et à passer outre.

Chez certaines personnes, on les prend dans les bras, on les réconforte, mais chez d'autres c'est plus fort. Selon les familles on se sent plus vulnérables... »

« ...Oui chez un monsieur qui avait un parkinson, il s'est dégradé jusqu'au bout. Sa femme de 80 ans s'en occupait tellement... on l'a accompagné à partir, on était là pour son dernier souffle, on lui a dit qu'il pouvait partir tranquillement, il est parti... ça nous a fait quelque chose.

Les patients Alzheimer ou parkinson, c'est compliqué ils se rappellent plus de nous. Mais là c'était particulier. La relation était forte, il nous connaissait, il savait qui on était.. ».

**BABA** :

« ...Y a une seule fois où j'ai eu l'impression en tant qu'infirmière de pas être en capacité de répondre à certains besoins auprès d'une résidente que je voyais souffrir, et la en fin de compte je me suis senti incompétente.

A la période du COVID, nous les soignants d'EHPAD on s'est senti presque délaissés... quand une personne âgée elle a le COVID elle a moins d'importance qu'une personne jeune pour la prise en soin vu les problèmes que l'on rencontrait, je peux le comprendre. Mais quand on téléphone au SAMU et dire voilà, cette personne a la COVID, son état général s'aggrave, à notre niveau on peut rien apporter, on se sent impuissant, ça aussi c'est être vulnérable que de se sentir impuissant. Et on te répond, ben quel âge elle a ? Et quand on dit que c'est une personne d'un certain âge, ... mais c'est un être humain aussi ! Je veux dire derrière y a une famille, y a des enfants, et nous en tant que soignant on peut pas rester insensible, je veux dire j'ai des parents, j'ai des enfants, si on me répond ça pour mes parents... (elle lève les yeux au ciel)

« ...D'ailleurs je me suis sentie pas à la hauteur, presque j'étais perdue quand on a pas su me dire quoi donner, quoi faire, et après j'ai eu la main tendue du médecin. Il m'a dit vous mettez en place ça, je vous envoie la prescription après par fax, ne vous inquiétez pas. Et là j'ai senti un soulagement quelque part.

C'est la seule fois où je me suis sentie vulnérable face à une situation. »

**BABA** : « ...Y a une autre fois où je me suis senti vulnérable, j'étais en stage pendant mes années de formation à l'IFSI, en gynécologie, ... on reçoit une patiente qui avait un cancer du sein, je me rappelle, le sein droit, je la voit encore cette dame, et on reçoit cette patiente qui venait pour une mastectomie totale avec curage de ganglions. On m'a demandé de la préparer pour le bloc, faire son entrée, expliquer la douche à prendre, les consignes... et pendant que je l'informais de tout ce qu'il fallait faire, la dame, je m'y attendais pas, elle commence à se confier à moi et

son cancer en fin de compte a été découvert très subitement suite à la présence d'une masse à la poitrine. Tout s'est enclenché très rapidement, elle avait 50 ans, des enfants, dont le plus jeune il avait 18 ans 19 ans, et je sais pas pourquoi, j'ai eu les larmes aux yeux, d'ailleurs ça me touche encore ( ses yeux se remplissent de larmes) je m'en souviens très bien de cette dame...

Pendant qu'elle me racontait tout ça, c'est comme si j'avais pris une baffa, et je me suis sentie envahie par mes émotions et j'ai eu les larmes aux yeux, et en tant que professionnel, être rattrapé par ses émotions c'est compliqué à gérer surtout face au patient...

Déjà la personne elle t'explique son mal être et toi en tant que professionnel, elle peut le prendre et se dire oui mon histoire la touche mais au fond de moi c'était pas ça. En fin de compte ça m'avais pris en pleine

figure, c'est vrai que c'est personnel, et c'est la seule fois qu'un problème personnel m'avait rattrapé dans mon professionnalisme.

En fin de compte je suis quelqu'un de très sensible, dans certaines situations mais j'essaie de pas le montrer. On est là pour soigner les autres et pas se soigner soi-même déjà de une. Et en fin de compte j'ai rencontrés le même vécu que cette dame, et enfin c'est comme si j'avais fait un transfert... on s'y attend pas, et sur le coup je me suis senti vulnérable et pas assez professionnelle pour... je pense que la patiente elle attendait que je la rassure, eh ben là je pouvais pas, j'étais en incapacité de prononcer quoi que ce soit. Mes émotions elle m'avaient submergé... La seule que j'ai pu dire c'est « excusez-moi je reviens ». Et je suis sortie.

Quand je suis sortie de la chambre, je me suis effondrée, j'ai pleuré, pleuré, pleuré... mais sur le coup, là je te le dis avec du recul, mais sur le coup j'ai pas compris ça. C'est après en faisant une analyse de pratique que j'ai relaté cette situation, en expliquant et quand j'ai mis ça sur papier j'ai fait le rapprochement... en fin de compte j'ai fait un transfert. Après c'est aussi une question d'éducation aussi... mais comme je refoulais cette situation, ça m'a mis face à la réalité. Et ça a été le plus dur.

C'est pour ça que je dis que l'on peut être vulnérable sans le vouloir, je ne m'y attendais pas du tout.... »

**PSYCHO** : « ... Je peux être touchée par une patiente complètement démunie ... tu vois dernièrement j'ai reçu une jeune femme polytoxicomane, qui essaie de faire pour la première fois une démarche un peu c'est ou ça ou je sais que je vais en mourir bientôt. Elle est toute seule, très démunie, pleine de bon sens, et en même temps très immature. Je l'ai reçu avec une infirmière, et on a été très touchée de cette petite fille de 35 ans. Elle nous a beaucoup touché parce que c'est très dur car le sevrage est au premier plan et on ne peut pas la prendre en charge comme on voudrait aussi ... ça par exemple ça vient toucher ma posture de soignant où on peut pas répondre comme on voudrait ... »

**PSYCHO** « ... J'ai eu un patient skinhead qui m'a touché autrement, il est venu me faire réagir par ses propos qui sont très provoques, il me pousse, il veut que j'ai une réaction. On aurait tendance à réagir mais il ne faut pas se faire embarquer. Mais en fait tout ça on parle de contre transfert pour le psy. C'est un outil dans la prise en charge, on est assez à l'aise dans ces histoires de vulnérabilité, on s'en sert tout le temps. La vraie question c'est comment ça va être perçu ?

Je peux être touchée par plein de vulnérabilités différentes, en bien comme en pas bien. Mais l'intérêt c'est pourquoi ça vient me chercher là. Et comment j'arrive à travailler ça et je ne me laisse pas embarquer dans une réaction ? ... »

	<p><b><u>ASEHPAD</u></b> : « ... J'ai eu une dame qui avait 101 ans, autonome, cohérente, elle marchait, elle faisait sa toilette seule, et en fait là où je travaillais y avait pas d'infirmière l'après-midi, donc c'était nous, les aides-soignants qui faisons office d'infirmière. Cette dame elle était en bradycardie à 25 30 BPM, j'appelle le SAMU pour savoir quoi faire, je leur explique, et au départ ils ne voulaient pas se déplacer, alors j'ai dû me mettre en colère, j'ai dû insister, je leur ai dit qu'elle était encore très bien pour son âge et qu'on pouvait pas la laisser comme ça ! et là je me sentais vulnérable, je voyais pas pourquoi elle n'aurait pas été prise en charge ! j'étais contente d'avoir insisté, et tenu tête. Cette dame après que je sois partie de l'EHPAD elle était toujours en vie, deux ans après !... »</p> <p><b><u>ASHEPAD</u></b> : « ...J'ai aussi vécu une situation la nuit, il n'y a que une aide-soignante et une ASH, l'ASH m'appelle, elle me dit que la résidente désature, j'ai appelé le SAMU, j'ai dû insister parce qu'ils ne voulaient pas venir... »</p>
<p><b>Quelle a été leur réaction face à cette situation ?</b></p>	<p><b><u>ESI</u></b> : « ...entre nous on savait qu'on pouvait se laisser aller, avec les autres infirmières. Après avec les éducatrices, les AMP, les aides-soignants on a pleuré oui. Entre nous on savait qu'on pouvait évacuer, mais après quand la famille est arrivée au contraire, on leur a donné la main mais on a pas pleuré avec eux.... »</p> <p><b><u>IDEPALIA</u></b> : « ...J'ai fermé la porte, j'ai dit excusez-moi je vais vous chercher un tricot de peau... ça a été ma façon de faire redescendre l'émotion qui m'avait envahi. J'avais les larmes aux yeux, il ne fallait pas le montrer à cette patiente, je suis allée à l'armoire cela m'a pris moins de 10 secondes, il me fallait me reprendre. Ma tristesse devait passer inaperçue. Je n'ai pas voulu en parler pendant longtemps.... »</p> <p><b><u>ASORTHO</u></b> : « ... je suis sortie de la pièce pour souffler parce que je sentais que ça commençait à monter et je voulais pas que les larmes arrivent devant la patiente et sa fille parce qu'il y avait tellement d'amour entre elles alors qu'elle savait que son cancer ne pouvait pas guérir, c'était un stade terminal, et sa fille était là ça m'a fait vraiment ça m'a beaucoup touché. C'était vraiment très difficile de rester et de continuer. Je ne devais pas rajouter mon chagrin au leur. Ils sont là pour se faire soigner, on doit créer un lien de confiance.</p> <p><b><u>IDEL</u></b> : « ... J'appelle ma collègue, je lui déballe tout, que ce soit nerveux, que ce soit de la colère, quand les gens m'excèdent. Sinon quand j'arrive chez le patient suivant, selon la situation de la personne, je parle de ce que je viens de vivre, sans donner de détails, ni de noms mais je jauge si je peux le faire, si le patient est dans</p>

		<p>une situation lourde je ne dis rien évidemment... je dis « c'est compliqué chez une dame, excusez-moi.. » Sinon je rumine... je n'ai pas de punchingball dans ma voiture (rires). ... »</p> <p><b>PSYCHO :</b> « ...C'est compliqué si je me mets à pleurer avec les patients en entretien. Il faut avoir un cadre de travail et un cadre intérieur où on essaie d'avoir un positionnement qui dans la relation respecte un certain cadre. C'est-à-dire que je peux comprendre l'émotion du patient, être touchée par cette émotion par ce que l'empathie fait que, sans pour autant me laisser embarquer. Parce que si cette vulnérabilité, elle s'emballer, enfin je la maîtrise plus, je peux plus être soignante, je ne suis plus à ma place de soignant. C'est compliqué parce qu'il y a aussi une histoire de neutralité dans la position de soignant. On travaille avec les émotions et le ressenti, du patient, en tout cas en psy d'autant plus, et du soignant mais il faut garder une posture neutre. Je ne peux pas me laisser embarquer comme quelqu'un de sa famille ou un amie le ferait. L'idéal ça serait d'être au clair avec soi-même, avant, pour pouvoir prendre en charge les gens... » ligne 23 à 32</p>
		<p><b>PSYCHO :</b> « ... Dans ce cas penses-tu que ce soit une vulnérabilité qui est liée à une impuissance à gérer une situation ? »</p> <p>« Oui ça peut être ça mais est-ce que ça a été bien géré, est ce que je me suis pas fait balader ? manipuler ? est-ce que j'aurais dû être plus dans des modalités d'urgence ? quand tu as des situations qui sont sur un fil. Il y a aussi une histoire de moyen, il faut composer, on ne peut pas travailler comme on le voudrait. Nous les psy, notre travail c'est de métaboliser ça, la vulnérabilité. De symboliser, de comprendre pourquoi, de le comprendre. Pourquoi tel patient me met dans telle situation ? Comme les réunions que l'on fait ici, une situation qui soulève des choses chez les soignants, nous les psy on essaie d'amener, de faire des analyses de pratique. On va chercher ce que ça a soulevé chez les soignants, pourquoi il a voulu répondre ça ou ça. Le travail de pensée, de symbolisation permet de soulager quelque chose car c'est une mise en sens. Donc ça évite d'être dans des passages à l'acte en miroir et ça évite d'être dans des réactions. C'est notre travail avec l'équipe et les patients ... »</p> <p><b>PSYCHO :</b> « ... Il me vient plusieurs choses en tête, il me vient que ce que j'ai pu ramener à la maison ça a pu être des situations où je suis inquiète pour un patient. Quand on est dans des problématiques de crises suicidaire. Cela a pu me poser problème après car c'est une inquiétude. Ou aussi quand il y a un accord avec le patient pour qu'il n'y ait pas d'hospitalisation pour X raisons, là oui, ça m'impacte en dehors du travail... »</p>

		<p><b><u>ASEHPAD</u></b>: « ... alors j'ai dû me mettre en colère, j'ai dû insister.. » « ... J'ai pleuré, tellement pleuré, et j'ai décidé d'arrêter le SAMU après cette mission-là... » « ...Alors mon truc c'est de changer de service, et quand je vois que ma carapace elle commence à se fissurer, je demande à partir... »</p>
--	--	---

Thème	Cadre de référence	Verbatim
<p><b>Les émotions</b></p> <p><b>Dans quelle situation ont-elles leur place ?</b></p>	<p>Partie : 5.2</p>	<p><b>ESI</b> : « Ah oui ben ils ont une place après on peut des fois on peut pas exprimer nos émotions selon le moment selon l'instant quoi ... si jamais on est on a de la colère envers un patient et ben on peut pas divulguer cette colère mais bon forcément ça va se voir à notre comportement mais on va pas lui crier dessus on va devoir retenir cette émotion-là. »</p> <p>« ... quand quelqu'un est en souffrance on va pas se mettre à pleurer ou alors comme là comme je disais quand ce patient est décédé ben oui entre soignant on a pleuré parce que c'est quelqu'un à qui on s'était attaché mais après face à la famille on s'est empêché de montrer nos émotions en fait mais on s'est retenu parce que ça a été difficile de voir la famille, ... »</p> <p>« ... mais ça a été difficile pour nous de retenir nos émotions c'est comme un patient qui va nous frapper parce que ça peut arriver en psychiatrie que un patient ah ben il nous lève la main dessus on peut avoir un moment de colère et de dire non de lui crier dessus mais on ne peut pas. Cette colère ça sera jamais physique quoi on va pouvoir dire non mais en criant pour qu'il s'arrête pour essayer de calmer ou alors essayer de l'apaiser mais on pourra pas exprimer cette colère comme il se doit quoi parce qu'on va pas crier plus fort que lui si jamais il cri. On va pas le faire même si nous au fond de nous on a envie de crier... »</p> <p>« ... Dans certaines situations alors les émotions n'ont pas leur place selon la situation par exemple tu peux pas l'exprimer non parce que sinon ça va envenimer la situation et au contraire des fois il faut mieux rien dire pour essayer d'apaiser ou parler calmement et pas dire sa colère à ce moment-là »</p> <p>« ... j'ai eu peur d'un patient parce que quand je suis allé en stage c'était en gérontopsychiatrie ... L'émotion de la peur qui était bien là elle pouvait pas avoir sa place en fait ... .On devait la contenir, en tant que soignant on se devait de ne pas laisser voir cette peur par rapport aux autre patients parce que pour nous si nous on montrait qu'on avait peur les autres patients auraient eu peur et après on aurait pas pu gérer la situation. »</p>

<p><b>Peut-on s'en servir, sont-elles aidantes ?</b></p>	<p>« ... je pense que inconsciemment on peut se servir de nos émotions pour calmer un patient... »</p> <p>« ... on avait un patient jeune mais par contre c'était un « Golgoth », il était immense très musclé mais par contre il avait un retard mental donc forcément pour lui au niveau mental c'est un enfant de 8 ans mais dans un corps d'adulte donc à des moments mais on était obligé, parce que des fois il c'est pareil il nous prenait le chariot il nous le retourner ou alors il défonçait les portes pour sortir même s' il avait pas le droit de sortir de l'unité, donc à des moments donc on était obligé quand même de montrer cette colère et de lui dire, de le prendre entre quatre yeux et de lui dire « non mais maintenant ça suffit parce que vraiment là maintenant je suis en colère » il y a que comme ça où il arrivait à se calmer et à se canaliser quoi parce que si on lui disait gentiment il ne s'arrêtait pas, il fallait vraiment montrer cette colère pour qu'il s'arrête... »</p> <p>« ... même j'ai remarqué que je les contrôle peut-être même un peu plus. Après c'est peut-être aussi bon du coup l'expérience mais en même temps et j'ai un peu plus de réflexion... »</p> <p>« ... La formation elle m'a parmi d'évoluer dans mes émotions oui, mais elles seront quand même toujours là mes émotions parce que d'après moi j'ai une sensibilité et j'ai ma propre vulnérabilité que je travaille quand même au niveau de l'école et au niveau de quand on est en stage mais après au fond de nous on sera toujours nous-même donc certes on va les cacher nos émotions parce qu'en fait on nous apprend beaucoup à cacher nos émotions... »</p>
<p><b>Les émotions peuvent-elles être des outils ? Est-ce toujours possible ?</b></p>	<p><b>ASORTHO</b> : « nos émotions peuvent aussi nous aider dans le soin. En fait je pense qu'elles peuvent nous aider dans le sens où la personne on va avoir une empathie pour elle et on va essayer de se mettre à sa place et de se dire : qu'est-ce qu'ils attendent de nous et donc les émotions elles sont aussi là pour nous rappeler que des fois on se retrouve dans des situations et qu'on a besoin d'aide.. »</p> <p>« ... on a besoin de se faire comprendre de savoir d'avoir quelqu'un en face de nous qui nous comprennent et donc les émotions pour nous en fait en tant que soignant ça nous permet de ressentir le patient et de créer un lien aussi de mieux comprendre sa situation et de pouvoir faire au mieux pour qu'il puisse se sentir bien ... »</p> <p>« ... L'émotion ça nous montre aussi que on est là, qu'on les comprend, qu'on est là pour les écouter et que l'émotion elle est importante mais nous après il faut une limite, c'est-à-dire qu'il faut une limite dans nos émotions parce que le soigné ne peut pas recevoir non plus nos émotions... »</p> <p>« Je pense que ça va vraiment dépendre de la situation ».</p>

	<p>« ... Je dirais que je trouve que j'ai quand même évolué de ce côté-là car j'arrive à me remettre en question et à se rectifier. Quand il y a une situation qui va venir juste après je vais essayer de me protéger plus pour ne plus trop faire la même erreur... »</p> <p>« ... Et après je pense qu'il y a des situations plus difficiles que d'autres parce que ça nous rappelle quand c'est familial mais après je veux dire quand on voit, on sait que bon de toute façon il y aura des situations difficiles on passe par là mais on est quand même une équipe on parle entre nous et donc on arrive à essayer de se dire ce que l'on aurait fait, on discute et donc ce qui fait que ça nous permet aussi de faire attention à des choses et de se dire : fais attention si tu sens que là ça t'affecte trop stop. Tu dois passer la main et donc ça je sais que je le fais de temps en temps, et puis après c'est prendre sur soi. Je m'autorise à sortir ou je veux dire trouver des choses qui font que on puisse mettre de la distance tout en étant là pour le patient. Je m'aperçois que je pratique plus ce genre de comportements avec les années d'expérience. Je pense qu'avec le temps ça va encore évoluer. Je ne suis soignant que depuis 4 ans, cela peut paraître beaucoup mais en fait non c'est très peu, j'en ai encore à apprendre dans la gestion de mes émotions. Je n'ai pas encore été confrontée à toutes les situations. Il y a des patients qui acceptent, et d'autres qui sont complètement dans le déni. On doit s'adapter à tout ça et mettre une distance. Sinon le Burn out nous guette, et là c'est fini. Si dans ta vie professionnelle tu rentres à la maison avec des casseroles ça joue sur la famille on reporte un peu ce qu'on a pas su évacuer au travail, on le reporte sur la famille. En plus on en a parlé y a pas si longtemps au travail, qu'il ne fallait pas ramener des choses du travail à la maison parce que sinon on allait perdre pieds. Il faut qu'on coupe. Ca j'arrive à mieux le faire aujourd'hui je m'en suis rendu compte c'est que là j'ai une semaine de vacances et j'ai vraiment coupé. C'est bizarre mais là je me suis dit que je me sentais tellement fatigué du travail que ça avait tellement été dur que je me suis dit là j'ai pris ma semaine de vacances et j'ai coupé et j'ai profité de mes enfants comme je devais le faire en fait et là ça m'a ça m'a vraiment fait du bien. »</p>
<p><b>Les émotions ont-elles une place dans la relation de soin ?</b></p>	<p><b>IDEPALLIA</b> : « ... dans le soin tu vas rencontrer des gens qui vont se confier, des choses profondes et ils te diront qu'ils savent que ça va être bien gardé parce que tu es soignant, et qu'ils savent qu'il y a le secret professionnel aussi. Dans la vulnérabilité tu as aussi l'éthique, parce que ça fait partie de la confiance et de plein de choses en fait. »</p> <p>« ... J'ai eu un patient aussi on lui faisait des pansement directement, ses côtés se dégradent, il ne voulait pas être endormi pour les soins, il avait eu une allogreffe et elle se détruisait au fur et à mesure, on lui faisait 4 heures de pansement par jour... pendant que nous on faisait le pansement, l'autre équipe prenait le service en charge à notre place en fait. Parce que pendant 4 heures tu es enfermée avec le</p>

patient qui ne veut pas être sédaté, pour pouvoir faire les soins, pour le confort, il voulait maîtriser tout ça, et il y a les odeurs, cela peut te faire émotionnellement remonter le dégoût. On lui mettait des globes de sérum physiologique au niveau des paupières, il n'avait plus de peau, ses jambes c'était des plaies partout, comme les grands brûlés, le plus gros c'était au niveau de son thorax, on voyait les côtes se désintégrer de jour en jour, on l'avait gardé 3 mois je crois. On avait créé une relation de confiance, il avait peur d'être endormi, il avait peur de ne plus jamais se réveiller... »

« ... J'ai eu aussi une situation d'un jeune enfant de 14 ans, attention tu peux aussi faire des transferts et contre transferts, si tu as tes enfants, tu te dis c comme mes enfants ... »

« ... Ce jeune de 14 ans savait que sa maman était malade, mais il ne savait pas que c'était la fin. Et il y avait un conflit familial, la dame avait 2 enfants, une fille qui vivait avec elle et son fils qui vivait avec le père. Ils étaient divorcés. Sauf que cette maman qui se battait depuis 7 ans contre son cancer, ne disait rien à ses enfants. Malheureusement, on ne doit pas juger, on écoute, on entend, on donne notre point de vue mais c'est plutôt les écouter, recueillir ce dont ils ont besoin. Son fils partait pour une semaine, je crois en suisse, pour un truc scolaire. L'ex-mari ne savait pas non plus la gravité de la situation. La maman de cette dame me demande alors ce qu'il est mieux de faire car les enfants ne sont pas au courant de la situation. Je lui ai dit que je n'avais pas de conseil à donner, mais émotionnellement ça va être compliqué pour les enfants de savoir que leur mère a quelques heures à vivre, il vaut mieux prendre le temps d'expliquer, ne pas juger. Bien sûr que l'enfant va être mal de savoir que sa maman va mourir, mais en même temps on ne peut pas se mettre à la place de l'autre et on ne doit pas essayer de canaliser les émotions des autres. On ne sait pas s'il sera bien ou pas bien d'apprendre cela. Il sera d'autant plus mal qu'il n'aura pas été au courant de cela avant. Ça a été très dur, il a fallu dire à la famille que l'important dans les 2 jours à venir c'était de dire que la maman allait partir. Qu'il allait partir en voyage scolaire et qu'il ne la reverrait pas en rentrant.

Ce n'était pas à moi de le dire aux enfants. Mais c'était à moi de dire à cette famille que la situation se dégradait et qu'il fallait agir pour les enfants. Le mari ne savait pas du tout non plus. Elle avait tout caché à tout le monde sauf ses parents à elle. Heureusement les médecins sont très bienveillants en soins palliatifs, avec la cadre de santé du service.

<p><b>En quoi les émotions aident-elles ?</b></p>	<p>Il a fallu qu'on lui annonce au petit ... et c'était moi ce jour-là (petit rictus)</p> <p>Je lui ai expliqué ce sa maman elle allait mourir, et qu'elle se serait plus là quand il va revenir de voyage...et que de toute façon s'il décide de partir en voyage comme prévu, qu'il ne fallait pas qu'il culpabilise, parce que il n'y avait plus rien à faire, elle ne serait plus consciente quand il allait partir. Sa sœur et lui ont pu dire au revoir à leur maman, il a pleuré... et là moi, je voulais pleurer aussi... »</p> <p>« ... Cela permet la relation de confiance. Par exemple en traumatologie, les accidents de la voie publique quand le patient a perdu un être cher. Cela ne t'appartient pas. Cela m'atteint, je m'assois à côté de lui, je ne dis pas que je me mets à sa place, j'entends ce qu'il a à dire.</p>
<p><b>As-tu évolué émotionnellement ?</b></p>	<p>Selon ce qu'il va te dire tu vas t'adapter. Mais tu laisses passer une petite émotion qui montre que tu t'intéresses à lui. Je reste moi-même... »</p> <p>« ... A ce jour, j'ai un regard différent, je ne dis pas que je n'ai plus d'émotions, que je les coupe, mais j'essaie de prendre du recul et ne pas tout prendre sur moi. Je ne suis pas invincible, je les accompagne du mieux que je peux, je fais avec ce que j'ai, ce que je suis, au fond de moi et la professionnelle que je suis... »</p> <p>« ... Je ne vais pas prendre toutes les maladies des autres sur moi.</p> <p>Maintenant j'arrive à sortir de l'hôpital, et à passer à autre chose. Avant, je ne le faisais pas. ça me poursuivait. Mais maintenant ce ne sont pas mes émotions à moi, ce sont les émotions du patient, de sa famille, si j'ai envie de pleurer dans une pièce avec les collègues, ou de sortir de passer le relais, c'est savoir se protéger de ses émotions.</p> <p>Ce n'est pas parce qu'on a une blouse qu'on est super woman... Je ne suis pas un soignant-sauveur. Des fois, il y a un trop plein, parce que tu as besoin de pleurer dans ta voiture, de crier, on essaie de pas trop en parler à la maison. Au fur et à mesure des années ton sac à dos quand tu rentres chez toi il devient lourd...alors on le laisse dans le vestiaire... »</p>



<p><b>Les émotions ont-elles une place dans la relation de soin ?</b></p>	<p><b>IDEBABA (EHPAD) :</b> ... Alors je pense que d'avoir des émotions c'est normal car nous sommes des êtres humains, on est fait de chair et de sang, sinon on serait des robots, pas humains. Et puis certaines émotions elles peuvent aider dans la relation soignant-soigné, elles peuvent avoir une place mais la par exemple dans la situation que je viens de te raconter , non elles avaient pas leur place. Pas du tout... parce que ça a été le contraire</p> <p>Et puis si on ressent pas les émotions de l'autre, on ne peut pas rentrer en relation, si on se met une barrière, on se met un mur et on se dit aller je ne montre rien de ce que je ressens... et les émotions ça montre aussi ce que l'on est...</p> <p>Les émotions elles peuvent être positives ou négatives... c'est aussi un sourire, et c'est vrai que depuis ce COVID on nous le fait comprendre qu'à travers ce masque on nous dit qu'on arrive plus à savoir si la personne, sourit, si elle est contente, pas contente, et donc y a plus que le regard, et à travers un regard je te raconte pas ce qu'on peut transmettre ... »</p>
<p><b>Penses-tu avoir évolué émotionnellement ?</b></p>	<p>« ... certaines émotions elles peuvent aider dans la relation soignant-soigné, elles peuvent avoir une place... »</p> <p>« .... Mais sinon je pense que en tant qu'être humain, si j'avais pas d'émotions je ne pourrais pas faire ce métier, je ne pourrai pas le faire... »</p> <p>BABA : « ...Je pense qu'on évolue dans la vie, en tant que personne, et aussi dans la formation. Quand on est jeune, tout ce qu'on voit pour la première fois ça surprend, et puis on se dit je ne pourrais jamais refaire ça car je ne tiendrais pas. Mais j'ai appris à évoluer, par l'amour de ce métier, je suis toujours émotive, je ne changerai pas. J'exprime mes émotions plus facilement. Quand j'étais jeune c'était tabou d'exprimer ses émotions devant les autres collègues, devant un patient devant une situation. On nous disait, vous êtes soignant, vous êtes là pour leur apporter du bien, pas pour pleurer. C'était interdit de pleurer. Même de nos jour, on nous dit que dans la relation soignant soigné il faut garder une certaine distance, pas d'affinité. Mais ça dépend dans quel lieu. Oui dans un service de chirurgie on ne crée pas d'affinité, de relation, c'est passager. Dans un lieu de vie c'est différent. Donc on apprend à vivre face à ça. On sait qu'elle vient ici pour finir ses jours chez nous, on est là pour l'accompagner et vivre ses derniers jours au mieux. Je pense que la formation aide bien aussi. Elle nous apprend les pathologies, de certaines façon de prendre en charge. Je pense que les soignants, au fur et à mesure des années si on veut bien faire notre travail, on doit se perfectionner, faire des formations. »</p>

	<p>BABA : « ... Oui , je pense que en extériorisant les émotions que je vis, c'est pas un poids. C'est des émotions normales que je dois avoir face aux situations, on travaille avec des humains. Une personne qui me dit qu'elle n'est pas touchée par des situations avec les patients je me dis c'est pas possible. C'est une carapace ça, et cette personne c'est mauvais pour elle, cette personne la ça va lui exploser en pleine figure et c'est pas bon. Parler et extérioriser c'est pas une honte. Pendant la pandémie j'ai découvert des choses qui m'ont endurci et blindé. On a fait au mieux avec ce qu'on avait, on en appris plein la figure, les restrictions, les interdictions, les familles qui pouvaient pas voir leur proches...</p> <p>Je me souviens d'une personne qui avait le COVID et il y avait interdiction d'autoriser les familles à venir les voir. C'était la fin... en tant que fille, moi-même, je ne pouvais pas, en tant que mère... laisser une personne mourir sans que ses proches soient là, ça m'avait beaucoup touché ça aussi. Le contexte de soin y était, et le contexte de la prise en charge de la famille aussi. Je me suis permis d'appeler le médecin un dimanche, j'ai dit c'est pas possible, même un animal on lui fait pas ça. La pauvre dame elle souffrait et d'interdire la visite de la famille j'ai trouvé que c'était pas ... c'était horrible. Bon c'était interdit, j'ai appelé la directrice, j'ai demandé une faveur, elle m'a dit oui sans problème. J'avais tout prévu pour protéger la famille avec les équipements. La directrice était aussi humaine que moi ...</p> <p>On était à deux ce jour-là, avec l'aide-soignante. Moi j'ai réussi à retenir mes larmes, mais l'aide-soignante, elle est parti en sanglots...Donc je me revoie, je la fais rentrer par la porte de secours, je lui donne les consignes, je l'habille, l'aide-soignante présente aussi. La dame était tellement reconnaissante ... je lui ai dit que j'étais moi aussi maman, et j'ai aussi des parents, et ma collègue elle s'est mis à pleurer !!! je lui ai fait des yeux !! je voulais juste lui faire comprendre : pas devant la famille... Elle n'a pas géré le trop plein d'émotions »</p>
<p><b>Les émotions ont-elles leur place dans la relation de soin ?</b></p>	<p><b>PSYCHO</b> « ... Je veux dire que l'on est souvent contaminé par l'état émotionnel de l'autre. Que ça soit des gens qui transpirent l'angoisse, des gens qui sont complètement déprimés alors qu'ils affichent un grand sourire, des fois tu as même des dissonances comme ça, tu te dis mais pourquoi je me sens envahie par un sentiment presque mélancolique parce que ça ne transparait pas. Il faut pouvoir accueillir ça et donc pas être dans une position trop défensive. Si je me barricade trop je ne peux pas accueillir ça. Donc pareil je le renvoie. Il faudrait pouvoir accueillir l'état émotionnel de l'autre en face de toi, entre ce qui est dit et non-dit. Une fois que j'accueille ça je comprends mieux l'autre, dans quel état il est, et je peux mettre des mots sur ce qu'il n'arrive pas à faire, ou lui montrer que je comprends et créer une alliance avec lui et en même temps, ne pas me laisser trop envahir profondément dans mon ressenti à moi. Il faut se laisser ... pas envahir c'est trop fort ... il faut se laisser accueillir l'état émotionnel de l'autre sans se</p>

<p><b>Peut-on se servir de ses émotions dans la relation soignant-soigné ?</b></p> <p><b>Penses-tu avoir évolué émotionnellement ?</b></p>	<p>laisser envahir. Tu as une partie de toi que tu prêtes à ressentir ce que ressent l'autre, et une autre qui est comme au-dessus pour essayer d'analyser ce qui se passe.</p> <p>On revient sur l'idée d'être au clair avec soi-même. Ça vient teinter ta neutralité. Comment on peut parler de neutralité si on est pas au clair avec soi-même ? Allez tous chez le psy quoi !! (rires)</p> <p>Quand on prend en charge l'autre c'est lourd, donc si on a pas un espace où on est clair avec soi pour penser sa propre histoire et se dégager de ce qui se passe. Mais c'est au niveau perso, et chacun fait comme il veut. Mais ça devrait être plus présent dans les écoles de formation, dans les équipes, il faudrait mettre en place ça. Mettre en pensée ce qui est de l'ordre des émotions et de la vulnérabilité car c'est très large en fait.</p> <p>Mais son on ne parle pas de tout ça comment on prend en charge l'autre ?</p> <p>Tu es infirmier en cardio ou autre chose, ton patient il doit avoir une anesthésie et il est rempli d'angoisse, agressif, toi tu arrives là, tu accueilles son état émotionnel, tu es obligée. Alors soit tu l'accueilles soit tu mets une barrière... et la relation de soin elle est inexistante si tu mets une barrière. Ou tu arrives à te décaler de cet état émotionnel qui prend une apparence et comme tu le penses et que tu arrives à te dire que tu arrives à être empathique, tu te décales et tu arrives à faire quelque chose qui sera apaisant... »</p> <p><b>Psycho :</b> « ... Oui sûrement ... Y en a plein, ça peut être aussi très positif. Avec des patients par exemple qui sont en larme parce qu'ils en reviennent pas de leur avancée, ou quelque chose de super positif dans leur vie, moi ça me fait une vague d'émotions, je suis hyper contente pour eux, c'est presque palpable ! ... »</p> <p>« ... Oui, si par exemple je ne comprends pas, avec des personnes qui ont du mal à penser les choses, dans le passage à l'acte, je me sers de ce que moi il me donne à ressentir ou de ce que je ressens. Je leur en fait part. Je leur prête mon appareil à penser ou à ressentir pour leur proposer quelque chose ou leur montrer ... ça pourrait être des mots que je veux que la personne mette. Je peux dire, ça me donne l'impression qu'il y a beaucoup d'agressivité, ou de colère. C'est pas ma colère a moi, si j'accueille l'état émotionnel de l'autre je peux m'en servir comme ça.</p> <p>Les patients qui attaquent le cadre de travail ou qui arrivent défoncés en entretien ou qui dépassent les limites ... j'ai mon cadre que je respecte, je les mets à la porte ... j'ai pas besoin de me mettre dans un état de colère. Le but du jeu c'est d'essayer de penser ce qui se joue dans le suivi ou le cadre de suivi, ou ce qui m'est adressé à moi sachant que ça n'est pas adressé à moi car on ne se connaît pas dans un</p>
--	--

	<p>cadre personnel. Si y a une provoque, je dois la sentir, oui ça m'agace ou ça m'énervé mais tout de suite, en dire ou faire quelque chose, non.</p> <p>Peut-être que ça aide à être dans son ressenti quand on a un cadre. Mais ici ça va, c'est pas comme en accueil et crise, je ne gère pas ce que les soignants ont la bas comme les colères et l'agressivité entre patients tu vois. Le cadre de travail te sert à être plus apaisé et rassuré dans ta prise en charge ... »</p> <p><b>Psycho</b> : « ... Oui je suis différente ? j'ai évolué dans ma pratique, heureusement !! (rire) Plus d'assurance justement, ... mais l'expérience fait ça aussi. Oui je te disais tout à l'heure que certains soignants sont trop investis, personnellement, entièrement et qui ne dosent pas. Ça use un soignant ça. Je le gère différemment, j'ai appris à doser, c'est un équilibre. On cherche à comprendre pourquoi on a vécu les situations comme ça et ce que ça a fait en nous, et on essaie de comprendre la façon de penser. On essaie de comprendre les fonctionnement. Si je dis je ne veux plus revivre ça, on a trop tout ouvert, et on fait un trop tout fermé. Et si on est soignant en psy, tu travailles qu'avec de l'humain, donc tu t'ouvres trop et tu te fermes trop et tu te déséquilibres. Donc c'est un travail de chercher un dosage, mais l'expérience et la connaissance, la clinique t'apprend beaucoup, l'équipe aussi, c'est très important ... »</p> <p><b>Psycho</b> : « ... Oui j'espère !! (rire) Oui parce que au plus t'avances et au plus tu comprends le moment où ça se joue, donc dès que tu mets du sens sur ce qui se passe ça fait avancer. C'est exactement ce que l'on vient de faire en réunion, on a cherché du sens à ce qu'on a fait et on a ressenti des soulagement quand on a trouvé nos réponses. Bon en psy on est un peu possédés quand même !! (rires) mais c'est ça, c'est le sens. Sinon ça userait trop. Le lien et le sens c'est très important ... »</p>
	<p><b>ASEHPAD</b> : « ... Alors, oui bien sûr qu'il y a des émotions, y a de l'empathie, y a de la tristesse, de la peur bien sûr, et je pense que les émotions c'est important, il en faut mais il faut faire attention de pas se faire bouffer. Moi ça m'est arrivé de ... c'est un peu mon problème, j'ai justement trop d'émotions, et y a eu des services que j'adorais comme le SAMU, et les soins intensifs, y avait justement trop d'émotions, sur le coup ça allait mais après je rentrais et je faisais que pleurer... certaines situations aussi par rapport à la prise en charge que je ne trouvais pas adaptée. Oui des émotions il en faut parce que sans émotions on peut pas faire ce travail, et comme je te disais, il en faut pas trop sinon tu te fais facilement bouffer quoi ... »</p>

« ... Justement je pense que ça permet la relation de confiance, c'est très important. Y a des tas de choses que le patient ne va pas nous dire et qui sont importantes dans la prise en charge, surtout au niveau psychologique et relationnel. Si le patient est pas bien psychologiquement, on le voit pas tout de suite, il faut lui parler. Et le soin c'est autant somatique que psychologique. Et justement il faut cette relation de confiance, si tu arrives en mode fermé, il va pas se confier à toi. Le patient qui est pas bien aujourd'hui, si tu as pas un minimum d'empathie tu vas passer à côté de quelque chose d'important pour la prise en charge.

C'est quand même important d'être la quand le patient a eu une annonce, il faut qu'on soit la pour l'aider à appréhender cette nouvelle vie qui l'attend. On est quand même un minimum de gentillesse, de tristesse, on doit compatir à son malheur... »

« ... En SAMU je devais prendre en charge un jeune d'une quarantaine d'années, il venait de faire un AVC, à cet âge c'est souvent hémorragique, j'étais contre le fait de le conduire à Marseille, je savais que ça allait mal finir, le SMUR n'a pas voulu le médicaliser. Il fallait l'emmener à Marseille. J'étais ambulancière, j'ai dit au SMUR que non ça n'était pas possible, qu'il allait décompenser, j'en étais certaine... conclusion j'ai fait la route pour Marseille, et est arrivé ce qui devait arriver, il a convulsé, il est mort dans mes bras, sur le bord de la route. J'ai eu tellement de colère, j'ai pétié une gueulante, j'ai dit toute ma colère au SMUR, j'étais en colère qu'ils ne donnent pas une chance à ce jeune de 40 ans, parce qu'il était 8 heures du matin, la fin de la garde, et les médecins voulaient rentrer se coucher. J'ai pleuré, tellement pleuré, et j'ai décidé d'arrêter le SAMU après cette mission-là ... »

« ... C'est un outil pour construire et aider le patient, par exemple en EHPAD, les personnes âgées sont souvent mises à l'écart par leur famille, et l'outil de la gentillesse, de tout ça, je pense que ...ça les aide eux à se sentir bien. Mes résidents ils m'appelaient ma petite, ma mie, ils me considéraient comme un membre de la famille, car pour moi l'EHPAD c'est la maison des résidents et ce sont nous qui vivons chez eux. Et je pense que oui c'est un outil les émotions pour les aider et les prendre en charge correctement et leur faire comprendre que d'avoir 80 ans ce n'est pas une punition. J'ai arrêté l'EHPAD parce que j'étais jeune, je voulais voir autre chose, aller sur autre chose de plus technique, et j'avais déjà en projet l'école d'infirmière, ça me permettait de savoir si je pouvais le faire. L'EHPAD c'est très enrichissant au niveau relationnel, et ce n'est pas un regret d'avoir fait ça, ils m'ont appris plein de choses. Les émotions ils les voient aussi, quand j'arrivais ils savaient que ça allait pas...ils me disaient « qu'est ce qui va pas ma chérie ? »

« ... Non, j'en pleure encore tu vois, alors y a des situations où je relativise un peu plus, genre j'ai l'impression d'être sans cœur. Je dis à mes collègues que j'ai l'impression d'être un dragon... par rapport

à un décès qui n'est pas attendu, ça va toujours me faire quelque chose, mais par contre un décès attendu, je vais accompagner la personne jusqu'à ce quelle décédé dans mes bras. Y a 20 ans en arrière, j'aurais jamais pu le faire, je pleurais autant sur un décès attendu que non attendu, maintenant je relativise beaucoup plus, donc oui...je m'adapte, je sais que maintenant un patient qui convulse, je vais y aller, alors que dans les premiers temps je tremblais j'avais peur et maintenant non j'y vais. J'ai l'impression d'être sans cœur. Avec tout ce qu'on voit on se blinde, on se met cette carapace, sinon on se fait bouffer par les émotions et c'est pour ça qu'il y a tant de Burn out, que tant de soignants changent de métier, justement ils sont arrivés à un stade où ils ramènent du travail à la maison, ils savent plus gérer leurs émotions ... »

« ... Pour moi oui, parce que je pleure moins, je rentre j'arrive à dormir, alors que y a une époque je rentrais je ressassais ce qui s'est passé dans la journée, je dormais pas et pour ma famille aussi, mes enfants, du coup ça me permet de pas ramener du travail à la maison. C'est positif pour ma vie perso, pas professionnelle. Cela ne m'empêche pas de prendre en charge mon patient correctement, d'avoir énormément de relationnel que je considère comme la base. J'ai fait un stage en psychiatrie, j'ai adoré... Par contre c'est pas bien pour mes collègues cette évolution...je ne veux pas qu'on me voit comme quelqu'un de trop sensible et ni trop insensible. C'est le regard de l'autre qui me gêne. Mais je ne pense pas qu'ils pensent ça de moi. Mais c'est totalement ce que moi je pense, parce que les filles elles ne disent pas ça de moi. J'arrive sur certaines situation à me blinder et pas sur d'autres. Je ne veux pas être insensible ... »

*Annexe XXVII : Table des abréviations et acronymes*

**AMP** : Aide Médico Psychologique

**AS** : Aide-soignant

**ASH** : Agent de Service Hospitalier

**AVC** : Accident Vasculaire Cérébral

**AVP** : Accident de la Voie Publique

**CATTP** : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

**CMP** : Centre Médico Psychologique

**COVID** : Coronavirus disease 2019

**DATI** : Dispositif d'Alarme du Travailleur Isolé

**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**IFSI** : Institut de Formation en Soins Infirmiers

**MAS** : Maison d'Accueil Spécialisée

**ORL** : Oto-Rhino-Laryngologiste

**SAMU** : Service d'Assistance Médicale Urgente

**SLA** : Sclérose Latérale Amyotrophique

**SMUR** : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

### **VULNERABILITE ET EMOTIONS DANS LA RELATION SOIGNANT SOIGNE (201 mots)**

**Résumé :** Constaté lors d'une situation vécue en stage, le soignant au quotidien est touché par ses émotions et la vulnérabilité de l'autre lors la relation soignant-soigné. Pour ce travail, la question de départ est : « **quelle est la place des émotions et de la vulnérabilité dans la relation soignant-soigné ?** ».

Mes lectures portent sur les émotions, la vulnérabilité et la relation soignant-soigné. Les auteurs tels qu' Agatha Zielinski et Christian Loehlé évoquent la vulnérabilité, Catherine Mercadier évoque la charge émotionnelle du travail à l'hôpital.

Pour mon enquête exploratoire, j'ai choisi d'interroger des infirmiers, des aides-soignantes, un psychologue travaillant dans différents services, mais aussi en EHPAD ainsi qu'un étudiant infirmier, lors d'entretiens semi directif.

Ce qui résulte de ces entretiens est la concordance entre les dires des auteurs et ceux des soignants. Les soignants sont conscients de leur vulnérabilité et de leurs émotions dans cette relation singulière avec le patient. Le résultat est surprenant par les concepts que je n'avais pas soulevé dans mon cadre de référence et qui sont un trait commun avec tous les soignants interrogés.

La conclusion de cette recherche est donc que la vulnérabilité et les émotions sont inévitables et sont le ciment de la relation soignant-soigné.

**MOTS CLE :** émotions, vulnérabilité, soignant, soigné, relation

### **VULNERABILITY AND EMOTIONS IN THE CAREGIVING RELATIONSHIP (191 words)**

**Abstract :** Observed during a situation experienced during a placement, the carer is touched by her emotions and the vulnerability of the other person in the caregiver-caregiver relationship. For this work, the starting question is: "What is the place of emotions and vulnerability in the caregiver-caregiver relationship?"

My readings are about emotions, vulnerability and the caregiver-caregiver relationship. Authors such as Agatha Zieslinski and Christian Lohélé evoke vulnerability, Catherine Mercadier evokes the emotional charge of work in the hospital.

For my exploratory study, I chose to interview nurses, nursing assistants, a psychologist working in different departments, but also in nursing home for senior, as well as a student nurse, during a semi-directive interview.

The result of these interviews is a homogeneity between the authors and the carers' statements. The carers are aware of their vulnerability and their emotions in this unique relationship with the patient. The result is surprising for the concepts that I had not raised in my frame of reference and that are a common feature with all the caregivers interviewed.

The conclusion of this research is therefore that vulnerability and emotions are unavoidable and are the glue of the caregiver-caregiver relationship.

**Key words :** emotions, vulnerability. Carer, patient, relationship