



Groupement d'Intérêt Public
des Établissements de Santé d'Avignon
& du Pays de Vaucluse

I.F.S.I. de l'E.R.F.P.P.
G.I.P.E.S d'Avignon et du
Pays du Vaucluse



VIE Floriane
Promotion 2020 - 2023

«Tu te mouches un coup, puis tu y retournes quoi!»

Quand l'affect est présent dans la relation soignant-soignée



Unité d'enseignement 5.6 S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date de rendu : 30 mai 2023

Directeur de mémoire : Monsieur COLLET Bernard

Note aux lecteurs et lectrices :

« 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. »

Remerciements

Je tiens à remercier mon directeur de mémoire, Monsieur COLLET qui est aussi mon référent pédagogique. Je le remercie pour son écoute, son aide, ses conseils et ses multiples rendez-vous si précieux pour l'élaboration de ce mémoire. Je le remercie également pour son soutien et son accompagnement durant ses trois années de formation.

Je remercie, tous les formateurs, les intervenants ainsi que les personnes qui m'ont aidés pendant les stages de par leurs paroles et qui m'ont guidés sur la réflexion de ce mémoire. Aussi, je remercie les infirmières que j'ai pu interroger et merci d'y avoir mis tout votre cœur !

Je voudrais remercier ma famille, plus particulièrement mes parents Éric et Patricia.

Mon papa pour avoir été « mon cobaye » depuis ma plus tendre enfance lorsque tu te blessais et ma maman pour tes mots réconfortants lors de nos appels téléphoniques mais pas que, ces mots qui m'ont réchauffés le cœur.

Merci à tous les deux pour votre amour, votre présence, vous m'avez épaulées, écoutées, rassurées durant ses années et plus particulièrement durant ses trois dernières.

Je remercie également mes frères, Loïc, Nolhan et ma sœur, Dorine pour votre soutien, votre bienveillance et votre aide surtout pour la relecture de ce mémoire.

Je tiens à remercier mes beaux-parents, Rachel et Laurent pour leurs implications, leurs encouragements et leurs soutien durant ces années passées.

Aussi, je tiens à remercier Myriam, une amie, qui m'a guidée dans ce métier que j'aime tant et qui m'a poussée à reprendre mes études, toi, qui a su décelé alors que je ne l'avais jamais dit à personne, ce rêve de devenir un jour, une infirmière avec ta phrase qui restera à jamais gravé : « toi, tu n'es pas faite pour être aide-soignante mais infirmière ! ».

Il y en a fallu du temps, mais je l'ai fait !

Enfin, comme on dit, le meilleur pour la fin. Je remercie Joshua, mon conjoint, mon chéri qui a été présent tout le long de mes études. Tu as su me rassurer, m'écouter. Toi qui a toujours cru en moi quand moi-même je n'y croyais plus avec ta phrase : « t'es la meilleure ! tu vas y arriver j'en suis sûr ! ». Cette phrase qui pourtant m'agaçais de par ta positivité alors que tu sûrement tu avais raison, car aujourd'hui j'arrive au bout de ces trois ans.

Je te remercie pour ta patience, ton amour, je te remercie d'avoir « supportée » à l'approche des partiels, mes changements d'humeurs. Enfin, je te remercie de m'avoir aidé, épaulé dans ces moments à la fois merveilleux mais difficiles.

Enfin, je vais terminer avec cette citation, car je pense qu'elle nous représente tellement bien et que sûrement sans vous, je ne serais pas aller au bout de mon rêve !

« Tous seul on va plus vite, ensemble on va plus loin »

Baden POWELL

A ce diplôme que j'espère recevoir, et qui sera notre diplôme à tous !

« Lorsque vous êtes infirmière, vous savez que chaque jour vous toucherez une vie ou qu'une vie touchera la vôtre »

« N'oublions pas les petites émotions sont les grands capitaines de nos vies et qu'à celles-là nous y obéissons sans le savoir »

Van Gogh

Table des matières

<u>1</u>	<u>Introduction</u>	<u>1</u>
<u>2</u>	<u>Situations d'appel</u>	<u>2</u>
2.1	Description de la situation _____	2
2.2	Questionnement _____	6
<u>3</u>	<u>Question de départ</u>	<u>8</u>
<u>4</u>	<u>Cadre de référence</u>	<u>9</u>
4.1	L'affect et les émotions _____	9
4.1.1	La notion « affect » _____	9
4.1.2	Quant aux émotions _____	11
4.2	La phénoménologie _____	13
4.2.1	En quoi la phénoménologie est utile dans la prise en charge de l'affect _____	13
4.2.2	Le corps, le sens du mot exister _____	17
4.2.3	L'impact de la mort par le suicide _____	22
4.2.4	: Le suicide pour les proches _____	24
4.2.5	: Quand est-il du soignant _____	24
4.3	L'empathie _____	25
4.3.1	La relation soignant-soignée _____	25
4.3.2	L'empathie dans l'histoire _____	28
4.3.3	La place de l'écoute dans la relation soignant-soignée _____	30
4.3.4	: L'empathie dans la phénoménologie _____	31
<u>5</u>	<u>Méthodologie et phase exploratoire</u>	<u>36</u>
5.1	Le choix de la méthode : outils utilisés, populations interrogées _____	36
<u>6</u>	<u>Réalisation de l'enquête exploratoire</u>	<u>37</u>
6.1	Les moments forts de l'enquête _____	39
6.2	L'analyse des entretiens _____	40
6.2.1	L'affect, l'exposition à l'émotion _____	41
6.2.2	La phénoménologie, le patient au cœur du sujet _____	52
6.2.3	: La relation soignant-soignée et la notion d'empathie _____	54
<u>7</u>	<u>Question de recherche</u>	<u>61</u>
<u>8</u>	<u>Conclusion</u>	<u>61</u>
<u>9</u>	<u>Bibliographie</u>	<u>63</u>
<u>10</u>	<u>Table des annexes</u>	<u>65</u>

1 Introduction

Avant de rentrer à l'école pour devenir infirmière, je travaillais en tant qu'aide-soignante dans différents lieux.

J'ai donc, de ce fait, connu différents affects au cours de mon parcours notamment pendant les soins, avoir et savoir « prendre la juste distance nécessaire » mais aussi faire face à la mort..

Je pensais, pourtant, m'être forgée une « carapace » devant ces différentes situations.

Durant mes différents stages que j'ai pu effectuer dans mon parcours d'étudiante infirmière, la question des affects ressentis auprès des patients s'est posée à plusieurs reprises.

J'ai ainsi compris que la « carapace » que je pensais m'être forgée, n'était qu'en fait un ressenti.

J'ai compris, grâce à cette formation que cela avait réveillée en moi des côtés de ma personnalité que je ne connaissais pas et cela m'a permis de les travailler et d'y poser une certaine réflexion.

J'ai de ce fait choisi de vous exposer une situation qui m'a beaucoup touchée lors de mon stage en psychiatrie pour différentes raisons.

Cette situation m'a permise également de me poser un questionnement sur qui suis-je vraiment.

Cette situation fait donc écho à ma problématique.

Ensuite, je poserais une question de départ auquel j'aurais posé une réflexion en rapport avec la situation évoquée. Je vous présenterais par la suite, mon cadre de référence et enfin, je terminerais par mon enquête exploratoire suivie d'une conclusion.

2 Situations d'appel

2.1 Description de la situation

Le 18 mai 2022, je suis à mon troisième jours de stage au CMP (centre médico-psychologique), stage correspondant au semestre quatre (donc de deuxième année).

Accompagnée d'une infirmière diplômée depuis plusieurs années et travaillant dans ce CMP depuis quelques temps, elle m'a demandé si je voulais l'accompagner pour effectuer un accueil avec elle.

L'avant-veille, j'avais déjà effectué un premier accueil avec cette infirmière qui m'avait demandé d'observer comment elle effectuait son entretien avec les patients, également de ne pas parler durant ce moment pour diverses raisons et de la questionner si je le voulais après quand tout cela serait terminé.

Je savais donc que pour ce rendez-vous qui était prévu, j'avais simplement à réfléchir sur les questions posées et à observer la personne interrogée sur sa gestuelle, son comportement, sa façon de communiquer afin d'évaluer par la suite avec l'infirmière ce que j'avais retenue et donc ce que je pensais.

Il est donc 14h00 quand nous avons accueilli Madame B, âgée de 38 ans et qui vient pour la première fois dans ce CMP.

L'infirmière installe Madame B dans la pièce dédiée au accueil, une salle composée d'un bureau et de deux fauteuils positionnés en face.

L'infirmière s'installe sur le grand fauteuil face à l'ordinateur et son cahier de note et en face d'elle, Madame B.

Moi, je m'installe sur un troisième fauteuil que je suis allé récupérer, un peu en retrait. Bien évidemment, nous avons demandé à Madame B si je pouvais assister à cet entretien en précisant que je suis étudiante infirmière, ce qu'elle a accepté sans problème.

Une fois installées, nous lui avons demandé ses papiers (carte vitale, carte d'identité, justificatif de domicile et mutuelle). Avec cela, je suis partie au secrétariat pour y faire des photocopies

pendant que l'infirmière reste avec Madame, où elle va lui expliquer le fonctionnement de ce CMP.

J'arrive donc quelques minutes plus tard avec les photocopies en fin de conversation. J'entends l'infirmière lui dire qu'il y a un délai d'attente pour avoir rendez-vous avec les psychologues d'environ huit mois, mais qu'en attendant, il y aura une prise en charge infirmière s'il y en a la nécessité.

L'infirmière commence cet entretien par des questions simples, type savoir comme s'appelle t'elle, quel âge a-t'elle, ce qu'elle fait dans la vie, si elle est célibataire, des enfants...

Madame B lui répond qu'elle est musicienne et chanteuse, qu'elle joue de deux instruments, qu'elle n'a pas d'enfant et qu'elle est à ce jour célibataire.

L'infirmière continue ses questions en demandant si la patiente est fumeuse. Madame B répond que « oui ». Puis elle lui demande si elle prend des substances illicites, la patiente lui dit « oui », qu'elle fumerait environ « cinq à dix joints » par jour selon ses dires, mais que selon elle, elle aurait un petit peu diminué sa consommation grâce au CBD. Elle rajoute qu'elle est fumeuse depuis ses 20 ans et qu'elle ne peut arrêter surtout suite à l'histoire qui lui est arrivée.

L'infirmière lui demande alors de nous raconter si celle-ci veut bien, la raison de sa venue au CMP.

Madame B, nous dit qu'elle est en couple depuis huit ans, son compagnon aussi est musicien ensemble, ils partagent donc la même passion.

Madame le présente et nous dit « l'homme de ma vie ». Ensuite, elle nous dit qu'il y a deux ans, celui-ci a fait une dépression et qu'il y a un an, c'est-à-dire en janvier 2021, après l'achat de leur maison en commun sur Marseille, elle est sortie afin d'aller voir une psychologue et quand elle est rentrée chez elle, elle a retrouvé son conjoint pendu.

Cette patiente nous raconte qu'il prenait des antidépresseurs depuis quinze jours et qu'ensemble, ils avaient des projets tels que fonder une famille.

J'étais assise à quelques mètres de cette patiente, je sentais que l'infirmière n'osait pas me regarder pendant que la patiente racontait son histoire.

Il est vrai que la matin même, en partant chez un patient pour une simple visite à domicile, nous avons parlé des ressentis vis-à-vis de certaines situations et que des fois il fallait savoir prendre

de la distance. Je lui ai confié, que j'étais une personne assez sensible, que j'espérais travailler ce côté-là de ma personnalité en CMP et que parfois, je ne savais pas qu'elle réaction il fallait avoir devant les patients.

Quand cette patiente nous racontait son histoire, je me suis sentie submergée par ses paroles, je ne m'attendais pas à de tels révélations.

Elle racontait son histoire sans pleurer, je trouvais donc une force en elle incroyable. Je pouvais voir que Madame B, avec le traumatisme qu'elle venait de vivre gardait une positivité malgré sa tristesse qui prenait le dessus par moment pendant cet entretien.

Elle continue son histoire en nous disant qu'elle a suivie une thérapie. Dernièrement, elle est allée voir une psychologue et elle a aussi fait diverses autres thérapies comme aller voir un médium ou encore plein d'autres choses. Elle nous disait qu'elle faisait cela car elle voulait communiquer avec lui (tout en disant qu'on allait la prendre pour « une folle »).

L'infirmière lui pose ensuite la question : « Pourquoi voulez-vous communiquer avec lui ? ».

La patiente lui a répondu qu'elle voulait des réponses à ses questions, savoir pourquoi il est passé à l'acte surtout que c'était la première fois qu'elle s'accordait une sortie. S'en voulait-elle ? Cette question ne lui a pas été posée.

L'infirmière lui pose la question si son conjoint avait laissé, pour justifier son acte, un mot, une lettre. Madame B répond « non, rien du tout ! ».

Cette patiente continue en nous disant qu'elle est très bien entourée notamment par sa famille et ses amis. Par sa famille, elle entend sa maman qu'elle décide de préserver, car en 2002 elle aussi a perdu son conjoint (donc le papa de la patiente) d'un arrêt cardiaque. Et aussi sa sœur qui de même a perdu, un an après la mort du papa son mari également d'un suicide.

La patiente nous avoue donc qu'elle prend énormément sur elle et que se confier est bien trop compliqué car cela pourrait recréer des émotions non voulues.

Puis, elle nous dit qu'elle vit actuellement chez un ami, qu'elle n'a pas forcément de pied-à-terre. Tout de suite après le décès de son conjoint, Elle a pris la décision de revendre leur maison et elle a loué un garage près de chez elle pour y stocker toutes les affaires de son conjoint dans l'attente de retrouver une maison pour pouvoir tout déballer mais qu'elle appréhende fortement ce jour-là. Ce jour qui va arriver fin mai lors de cette conversation.

Par la suite, la patiente nous a confié, qu'elle avait des flashs, souvent, mais moins qu'avant. Elle revoit son mari pendu avec un câble électrique dans une pièce chez elle (là où s'est déroulé l'événement traumatique). Elle nous décrit le visage de son mari. Cette image, qui pour elle est traumatisante. De plus, elle nous raconte qu'elle n'avait jamais vu de personne décédée auparavant et que cela lui faisait peur.

Tout le long de cet entretien, aucune parole n'est sortie de ma bouche. Quand la patiente nous parlait, j'ai pu apercevoir ses yeux qui brillaient, mais elle essayait de garder le sourire face à nous. Elle se contenait.

Ainsi, elle nous a confié que cela n'était pas facile tous les jours. Parfois elle pense à le rejoindre. Le manque est pour elle, insoutenable.

De mon côté, je trouvais son histoire tellement triste et Madame B me faisait énormément de peine.

Je ressentais comme une envie de laisser couler des larmes tant je la voyait ému et triste. Je revois encore, ses yeux brillants, tellement touchant.

Je ne savais pas quoi faire, elle ne me regardait et heureusement.

Pour moi, une soignante ou bien même une future soignante, même si tout le monde est humain, ne doit pas montrer à la patiente ses émotions (du moins avoir une certaine pudeur dans ses émotions de peur que la patiente nous pense non compétent).

Après une heure d'entretien, l'infirmière conclut l'entretien en lui disant qu'il faudrait sûrement suivre une thérapie et essayer la technique EMDR (intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires, une forme de psychothérapie qui aide les personnes souffrant d'un événement émotionnellement for liés à des traumatismes psychologiques) avec les psychologues du CMP dont une qui a été formée et qui pratique cette technique régulièrement, ce dont la patiente accepte.

Elle lui demande aussi, si elle souhaite des médicaments, la patiente refuse immédiatement, elle n'en voit pas l'intérêt.

L'infirmière part prendre au bureau des infirmiers son agenda afin de lui donner un second rendez-vous qui aura lieu début juin (dans environ quinze jours). Avec ce deuxième rendez-vous, l'infirmière va pouvoir commencer à travailler avec cette patiente.

L'infirmière lui explique que son dossier doit passer en commission avec de psychiatres (commission qui a lieu le jeudi après-midi) afin de répondre à certaines questions que l'infirmière pourrait se poser et ainsi évaluer avec le psychiatre le devenir de la personne.

La patiente sort donc du bureau accompagnée de l'infirmière et de moi-même.

Cinq/dix minutes plus tard, je retourne voir l'infirmière pour lui demander si je pouvais assister aux autres entretiens prévus avec Madame B, ce qu'elle accepte avec plaisir.

A ce moment-là, je trouvais que l'infirmière n'osait pas me parler de l'entretien que nous venions de vivre toutes les deux, avait-elle besoin de rester un peu seule pour réfléchir à cela ?

Après quelques instants, quand elle m'a regardé, nous nous sommes tout de suite comprises toutes les deux sur la difficulté de cet entretien. Nous en avons donc un peu parlé mais je lui ai quand même confié que cet entretien était pour moi émouvant. C'est donc à ce moment-là qu'elle m'a confiée qu'elle s'en était douté, elle m'a dit : « je n'ai pas osé te regarder pendant l'entretien mais j'ai beaucoup pensé à toi et à la conversation que nous avons eu le matin même ».

Je n'ai pas osé lui parler un peu plus de mon ressenti, savoir comment je devais gérer mes émotions. Je pense qu'elle a aussi trouvé cet entretien difficile à mener et tellement émotionnel. Enfin, ce n'est que ma supposition.

Avant de quitter la pièce, je lui ai demandé s'il était possible, qu'elle m'appelle pour que je regarde les écrits (les transmissions) qui seront faites sur cette personne et donc sur l'entretien qui vient d'être mené. J'ai rajouté par la suite, que si bien sûr, cela ne la dérangeait pas, j'aimerais pouvoir faire une analyse de situation sur cette personne et sur son vécu afin de pouvoir travailler sur les différentes émotions/affects ressentis, ce qu'elle a accepté avec un grand sourire. Puis je suis sortie.

2.2 Questionnement

J'ai eu la chance pendant mes années de formation, d'effectuer différents stages dans divers services.

Dans ces différents services, je me suis aperçue que chaque situation se ressemblait.

Je me suis posé beaucoup de questions sur mon sujet de mémoire mais c'est en juin que j'ai réellement trouvé la situation qui correspondait à mes attentes. Cette situation qui m'a demandé une grande réflexion sur moi-même et sur ma façon de travailler. Il est vrai que cet entretien m'a mise en difficulté et c'est pour cette raison que j'ai décidée de la travailler.

Ce mémoire ne me permettra pas de répondre à toutes les questions que je me pose, mais il me permettra de comprendre et de répondre à quelques-unes d'entre elles. Cela me permettra aussi d'avoir une nouvelle réflexion sur ma pratique mais pas que, elle me permettra aussi d'apprendre sur moi-même.

Cette patiente qui est arrivée au CMP ce jour-là, avec son histoire, sa bienveillance et sa force, m'a permis de comprendre que la vie ne tient qu'à un fil. Elle est arrivée, non pas pour avoir des réponses à ses questions mais pour travailler sur elle-même, sur son deuil.

Cette patiente qui a retrouvé son mari pendu suite à une dépression, alors qu'elle s'est absentée que quelques minutes pour penser à autre chose. Elle a dû le détacher et cette image la hante encore.

Tout le long de son histoire, j'ai eu la gorge nouée, je ne savais pas comment je devais me comporter face à elle, je me suis sentie désemparée et affectée par son histoire qui peut arriver à n'importe qui. Je n'ai pas su lui parler, ni à elle, ni à ma référente ce jour-là. Seul un regard a été suffisant pour se comprendre entre ma référente et moi-même.

Cette situation fait donc ressortir en moi un grand questionnement. C'est pour cela que j'aimerais mettre en évidence dans ce mémoire, les affects et les émotions qu'un soignant peut ressentir, comment les comprendre et comment y faire face. Être affecté ne veut pas dire être impuissant, si on arrive à mettre des mots sur ce que l'on ressent.

Par la suite, je parlerais de la phénoménologie, concept qui me paraît important dans le prendre soin de la personne ce qui aidera l'objectif de se connaître soi-même. J'aimerais aussi détailler par la suite et à travers cela qu'est-ce que l'existence et le corps afin de comprendre qui nous sommes.

Je continuerais ce mémoire avec un mot sur la mort surtout par le suicide et comment est le ressenti de la famille et des soignants confrontés à cela.

Enfin, je terminerais ce cadre de référence avec la notion d'empathie dans le soin, l'empathie en phénoménologie et la relation soignant-soignée. Tout cela grâce à la lecture de différents textes que je citerais dans ce mémoire et dans la bibliographie.

Je parlerais par la suite dans ce mémoire des entretiens menés au préalable avec différentes infirmières, en comparant leurs pratiques et leurs dires avec mon cadre de référence.

Et enfin, je terminerais ce travail de fin d'étude par une conclusion sur le sujet choisi.

Voici le questionnement que je me suis posé lors de cette situation :

- A-t-on le droit en tant que soignant de montrer nos affects et nos émotions ? et jusqu'à quel point face à une situation qui nous touche ?
- Peut-on travailler en tant que soignant, si on ne ressent aucune émotion ?
- Qu'est-ce que la notion d'affect et émotion ?
- Qu'est-ce que la mort surtout par suicide et quelle douleur cela implique à la famille ?
- Comment ne pas faire de projection quand nous sommes face à ce genre de situation ?
- Quel est la place du corps dans la relation, dans le deuil ?
- Qui sommes-nous ?

3 Question de départ

Par conséquent, toutes ces interrogations m'ont guidées sur une question de départ qui est :

« Est-ce que mon ressenti a une quelconque utilité ? Et en quoi cela peut me servir pour la prise en charge d'un patient ? »

4 Cadre de référence

4.1 L'affect et les émotions

4.1.1 La notion « affect »

L'affect est selon le site psychologie décrit « *comme un ensemble de manifestations affectives caractérisées par leur nature agréable ou désagréable, qu'elles soient vagues, définies, ou comme les émotions, intenses* ».

De plus, en psychanalyse d'après le site Psychologie, l'affect est défini comme un « *vécu émotionnel de toute coloration qualitative, expriment la manifestation d'une pulsion quand elle n'est pas réprimée* ». Cela voudrait dire que l'émotion vient d'une pulsion et si celle-ci est réprimée alors il y a un risque d'accumulation et de ce fait engendrer plusieurs conséquences sur soi-même.

Selon Laplanche et Pontalis dans « *l'affect entre répression et isolation* », l'affect est défini comme le « *représentant de l'énergie pulsionnelle. Elle se situe dans une polarité positive ou négative car elle renvoie à la dialectique de plaisir/déplaisir que l'appareil psychique se chargera de traiter* ». (Remmas, E, 2017, p.139)

Selon Freud, d'après thérapie émotionnelle, l'affect est « *un surplus d'excitation.. qui se manifeste ici comme un inhibiteur, là comme un facteur d'irritation et se déplace dans le système nerveux avec une grande liberté* ». L'affect serait donc de ce fait une augmentation du processus psychique, qui peut rendre la personne dans un état second qui peut être non maîtrisé et donc influencer le comportement de la personne.

L'article écrit par Nassima Remmas dans *l'affect dans la relation de soin entre répression et isolation*, démontre que chaque soignant est différent de par leurs personnalités mais aussi, de par leurs anciennetés dans le monde du travail.

L'auteur nous fait part, à travers différents entretiens passés avec différents soignants que les personnes jeunes diplômées éprouveraient plus d'affect que les personnes qui ont des années

de diplômés. Elle explique cela en mettant en avant des mécanismes de défense mis en place par les soignants, soit conscients ou inconscients tels que l'isolation et la répression.

Nassima Remmas dit : « *Le travail revêt une grande importance dans la vie de toute personne ... mais il peut être générateur de souffrances... le sujet engage son corps, son intelligence et sa personnalité pour faire face aux difficultés, inattendues et contraintes, ce qui est vécu par ce dernier sur un mode affectif* » ou encore « *prendre soin de l'autre impliquerait des mécanismes identificatoires à la douleur et à la souffrance de l'autre* » (Remmas, N, 2017 P.136)

Ces phrases écrites par cet auteur, me paraissent en lien avec ma situation. En effet, nous avons le choix d'effectuer ce métier, ou le prendre soin est nécessaire et primordiale. Chaque soignant est une personne humaine, chaque personne peut donc être affectée par un patient, lorsque celui-ci se confie ou même lors d'un soin quelconque. Le patient peut montrer ce qu'il ressent et si celui-ci est trop important, alors le soignant pourra ressentir de la souffrance et ainsi cela retentira sur la prise en charge du patient mais aussi sur le psychisme. En effet, le travail, à une place importante dans la réalisation de chacun, il est important de travailler et surtout d'effectuer un travail qui plaît, mais comme le dit l'auteur et surtout travaillant avec l'humain, cela ne peut être sans conséquence.

Pour BARUS-MICHEL dans l'affect dans la relation de soin entre répression et isolation, « *la confrontation répétitive des soignants à l'insatisfaction représente une porte d'entrée vers la souffrance, cette difficulté peut autant avoir une incidence sur l'équilibre somato-psychique que sur les affects et sur la pensée* » (Remmas, N, 2017, P.140). Donc il est possible pour certains soignants de ressentir de la frustration suite à plusieurs échecs ressentis lors d'un soin, ce qui n'est pas sans conséquence pour le soignant et qui mènerait à diverses complications.

D'après Nassima REMMAS « *pour que le soignant continue à accomplir son travail sans que la pensée ne soit atteinte par cette excitation pulsionnelle, l'affect pourrait être « refroidi » à travers les mécanismes de l'isolation ou de la répression* » (Remmas, N, 2017, P.142).

Aussi, « *l'isolation permet d'affaiblir la représentation insupportable en l'isolant de la chaleur de l'affect* » (Remmas, N, 2017, P.142) , « *l'isolation est considérée comme un mécanisme utile pour orienter le travail de la pensée, la concentration et l'abstraction* » (Remmas, N, 2017, P.142). Repousser l'affect ressenti, permettrait donc au soignant d'effectuer une prise en charge correcte au patient et cela permettrait au soignant de pouvoir se concentrer uniquement sur son soin en faisant abstraction de leurs émotions.

La régression quant à elle est défini par « *le fait de rejeter un contenu déplaisant hors du champ de la conscience* » (Remmas, N, 2017,P.143). Donc avec la régression, le soignant oublie l'affect ressenti et ce qui lui permet aussi, de se focaliser sur le soin qui doit être prodigué sans être atteint par les affects qui lui surviennent. Pour Nassima Remmas « *ces modes opératoires semblent permettre aux soignants de tolérer la relation de soin sans se laisser envahir par les affects* » (Remmas, N, 2017, P.144). Donc mettre en place ces mécanismes de défenses permettraient aux soignants de ne pas être submergés par leurs émotions et ainsi se sentir professionnels pour la prise en charge de la personne soignée.

D'après Nassima REMMAS « *le soignant se retrouvant face à un décalage entre la réalité et un état d'idéal lié à la fonction d'infirmière ou à ses attentes, se retrouverait encore une fois face à l'expérience du manque qu'il devrait affronter avec ses possibilités d'adaptation et d'élaboration habituelles face à l'expérience de la perte* » (Remmas, N, 2017, P.141). Il est vrai que nous ne sommes pas tous égaux face aux différentes situations, qui peuvent survenir face à la réalité du terrain, chacun d'entre nous ressentons l'envie d'être l'infirmière/l'infirmier idéal, mais en réalité existe-t-il/elle vraiment ?

Cette phrase peut soumettre de réelle question et réflexion. Au final, nous devenons l'infirmière que nous voulons être, c'est pour cela que mon prochain grand concept abordé ci-dessous, portera sur la phénoménologie, ainsi pour devenir cette infirmière, il faut pouvoir apprendre de soi-même et de ses affects ressentis, c'est un travail en collaboration qui demande un questionnement important sur soi et sur sa pratique afin de mieux considérer la personne en tant que tel.

4.1.2 Quant aux émotions

Selon l'institut Français de psychanalyse, « *les émotions sont des phénomènes internes puis externes suite à la modification ou au maintien physiologique ou psychologique d'un environnement physique ou psychique ressentie par une personne ou un animal. Elles sont généralement intenses, brutales et de courtes durées* ». Donc l'émotion se ressent d'abord intérieurement avant de s'extérioriser et de disparaître.

Émotion, vient du latin *emotum*, c'est-à-dire « *mouvoir vers l'extérieur, mettre en mouvement, il serait décrit aujourd'hui comme « un trouble de la sensation* ».

Selon Darwin, les émotions font leurs apparitions de façon inconsciente, qui peut être vu par d'autre personne et celles-ci sont propres à chacun d'entre nous car, elles font suite « à *l'empreinte de notre passé* ». Nous pouvons donc dire, que les émotions, sont plus au moins intenses et difficile à gérer selon notre âge, notre vécu, notre personnalité et c'est grâce à celle-ci que la prise en charge de la personne est unique.

Selon Darwin dans les émotions, il existe six émotions dites primaires : la peur, la joie, la tristesse, le dégoût, la surprise et la colère.

Darwin dit dans l'article les émotions, « *les émotions ne sont pas nos ennemies* ». Selon lui, il est important de constater nos émotions et de les accueillir pour pouvoir faire face à la réalité de la vie. Mais pour arriver à cela, il faut gagner en confiance en soi, il faut savoir reconnaître les émotions qui arrivent dans notre corps.

Il est vrai que selon la définition « *phénomènes internes puis externes* », il faut donc pourvoir les intercepter à leur arriver et y comprendre le sens avant que cela soit extériorisés ce qui demande une grande connaissance de soi-même et être à l'affût du moindre changement interne. Évidemment cela n'est pas un travail facile mais, comme le dit Carl Jung dans de la lumière aux ténèbres, « *ce n'est pas en regardant la lumière qu'on devient lumineux, mais en plongeant dans son obscurité* ».

Cela voudrait donc dire, que pour savoir faire face et travailler sur soi-même, il faut parfois passer par des moments douloureux, difficiles afin d'y arriver. D'après la lecture de cet article, ressentir des émotions seraient donc normales.

Darwin dit dans l'article les émotions, « *les émotions sont probablement des indicateurs de notre perception inconsciente, de nos limites personnelles et peut guider nos choix de vie* ». Sans émotions, la vie et les choix faits ressembleraient aux choix de tous, nos émotions nous sont propres et feraient donc de nous, la personne d'aujourd'hui.

Les émotions auraient donc une grande place dans nos vies.

« *On ne peut pas voir la lumière sans l'ombre, on ne peut percevoir le silence sans bruit, on ne peut atteindre la sagesse sans la folie* ». Carl JUNG.

4.2 La phénoménologie

4.2.1 En quoi la phénoménologie est utile dans la prise en charge de l'affect

Selon le dictionnaire Larousse, la phénoménologie « *est une science du phénomène* ».

D'abord, utilisée par Monsieur Johann Heinrich Lambert qui « *le voit comme une doctrine générale de la science : la doctrine des apparences* ». Repris par la suite par Kant qui en a désigné « *l'étude des mouvements* ». Pour lui, la phénoménologie a pour unique objectif : étudier des phénomènes.

C'est ensuite, Hegel qui voit la phénoménologie *comme* « *une expérience de la conscience et de l'esprit* » et c'est Hegel et Husserl qui ont défini réellement la signification de la phénoménologie et qui par la suite, deviendra l'un des principaux courants de la philosophie, selon Larousse.

La phénoménologie, selon Jean Naudin, c'est : « *une étude sur la conscience que l'esprit doit parcourir pour s'élever au savoir absolu. C'est une science de l'expérience de la conscience afin de parvenir à la pleine compréhension de soi.* ».(Naudin, J, 2017, La phénoménologie)
D'après lui, la phénoménologie serait basée sur la conscience et donc l'esprit ce qui mènerait à la connaissance de l'expérience et donc de soi.

Jean Naudin, qui est professeur de psychiatrie et docteur en phénoménologie dit dans la psychiatrie phénoménologie : « *que la phénoménologie est un courant de psychiatrie. Elle nous permet de comprendre l'incompréhensible* » (Naudin, J, 2017). La phénoménologie serait donc une aide que ce soit pour le patient comme pour le soignant et c'est une technique qui permettrait d'apprendre de soi-même afin d'être en accord avec soi et de ce fait devenir une personne humaine et compréhensible. Elle aide à comprendre ce qui est difficile à comprendre et à y donner un sens.

En effet, ce que Jean Naudin met en évidence dans sa vidéo, c'est la capacité d'essayer de comprendre ce qui se passe dans la psyché de la personne suite à un traumatisme vécu. Mais

pour arriver à effectuer cela, il faut bien comprendre ce que veut dire le mot « être » et de ce fait le mot « exister ».

Selon le dictionnaire de l'académie Française « être », « *s'emploie lorsqu'il s'agit de parler de l'existence* », c'est « *ce qui constitue la raison de vivre d'une personne, façon d'être, manière d'être, façon d'agir, manière de se conduire* ».

Selon Larousse, c'est « *l'existence d'une personne, la réalité ou la vérité d'une chose* ».

Monsieur Naudin, dans ses propos lors de sa vidéo la psychiatrie phénoménologique, s'interroge sûr « *Qu'est-ce que l'existence ?* » (Naudin, J, 2017, 8,18 minutes). J'ai donc, pris le temps de réfléchir sur cette question qui a fait écho en moi en me renvoyant sur une autre lecture : la philosophie du corps de Michela Marzano afin de comprendre et de faire lien avec ma situation dont je parlerais dans mon prochain sous chapitre.

À travers la vidéo de Monsieur Naudin, la phénoménologie ne demanderait pas que de compétence en cours théorique, elle demande surtout de l'expérience et un travail sur soi ce qui demande de la réflexion et un temps consacré à sa façon d'agir. La phénoménologie ne s'apprend donc pas, elle se vit au cours de chaque expérience.

D'après *La phénoménologie : une approche scientifique des expériences vécues*, la phénoménologie a tout d'abord été initiée par Hursell au début du 20ième siècle « c'est une tentative pour dépasser les limites de l'approche scientifique, des processus vitaux et psychique » (Ribau, C., Lasry ,J-C., Bouchard C., Moutel, G., Hervé, C., Vergnes, JP, 2005,P.22).

C'est une méthode qui a par ailleurs inspiré diverses philosophes telles que Merleau Ponty, Sartre, Ricoeur ou encore Levinas. C'est donc un courant philosophique, qui a pour objectif d'attribuer et d'observer un sens à une expérience tout cela à partir de la personne qui le vie et celle-ci est fondée sur la conscience.

Cette méthode demande du respect et du non-jugement. Elle permet de comprendre ses phénomènes sans devoir les modifier, en prenant en compte les dire du patient. Elle est donc basée sur l'écoute active et sur comment la personne vie cela. La personne est donc au cœur de cette expérience.

Cette méthode, qui demande de passer outre la technicité afin d'arriver à l'objectif suivant : la prise en charge de la personne dans son unicité.

Elle met au centre la personne en prenant en compte son histoire, son vécu actuel et le sens que celle-ci apporte aux phénomènes vécus sans trouver spécialement la cause, car cela n'en est pas le but.

Dans le métier infirmier(e), la phénoménologie a toute son importance car, elle est au-delà de la méthode scientifique, car d'après *la phénoménologie : une approche scientifique des approches vécues*, la technique est importante mais, elle ne permet pas de prendre la personne dans sa globalité étant donnée celle-ci ne « reconstruit » pas la personne en elle-même car la personne est, et reste un sujet à part entière et surtout unique. Elle aide à comprendre les sentiments, les pensées du patient mais aussi les siennes.

La phénoménologie doit se manifester par une écoute unique consacrée à chaque personne pour tous phénomènes, que ce soit des phénomènes qui apparaissent dans leur vie afin de pouvoir leurs données un sens.

Aussi, dans l'article il est dit « *la compréhension, la perception et la conscience qu'une personne a de son corps et de sa maladie doivent être considérées* » (Ribau, C., Lasry ,J-C., Bouchard C., Moutel, G., Hervé, C., Vergnes, JP, 2005, P.22).

Ce serait donc là, toute la complexité de la phénoménologie. Interrogé la personne sur ce qu'elle ressent à travers son corps, à travers l'image qu'elle en a de sa maladie et des conséquences que celle-ci apporte permettrait une prise en charge meilleure et unique de la personne soignée.

La phénoménologie « *c'est une manière d'être en relation avec la personne et une manière d'être dans son monde* » (Ribau, C., Lasry ,J-C., Bouchard C., Moutel, G., Hervé, C., Vergnes, JP, 2005, p.22). Cette technique abordée aiderais à mieux comprendre la personne, pour ainsi trouver une solution ou une aide au soin qui serait la plus appropriée et la plus proche de la personne selon, ses désirs. Cette technique prime sur l'unicité et l'écoute attentive de la personne soignée toujours dans le seul objectif, la prise en charge de la personne avec son vécu et du respect.

Il est donc important pour y arriver, de laisser le sujet au cœur du soin avec son expérience propre et sans modifier ses dires.

Il est dit aussi que « *la personne est considérée comme un être dans le monde* » (Ribau, C., Lasry ,J-C., Bouchard C., Moutel, G., Hervé, C., Vergnes, JP, 2005, p.23). Cette phrase remet l'homme dans son contexte, en soutenant que la personne est un être à part entière, une

personne qui vit, qui existe et qui a corps, une conscience, une façon de penser, une personne que chaque soignant est dans l'obligation de respecter et de prendre en considération. Il est vrai, que chaque personne à un vécu personnel, à travers ce qu'il ressent, ce qu'il est capable de supporter ou non.

L'époché, quant à elle serait « *la mise entre parenthèses du monde* » (Ribau, C., Lasry ,J-C., Bouchard C., Moutel, G., Hervé, C., Vergnes, JP, 2005, p.23).

C'est une personne nommée chercheur qui décrit le phénomène en lui-même, c'est une interruption de tout jugement, et de ce fait l'interdiction de toute prise de position. Il est dit, que la personne qui cherche, n'interprète en aucun cas ce qu'il étudie, ce n'est donc pas des normes, il laisserait le phénomène venir à lui. Celle-ci permet la révélation de l'expérience, ce qui suppose que celui qui cherche doit être ouvert à l'autre. Il est aussi dit, que c'est une conversation concernant le regard entre le chercheur et la personne soignée, et que c'est pour cela que la phénoménologie se base sur de l'écoute active car la personne soignée arrive à se dévoiler plus facilement à l'autre.

L'époché serait donc une approche verbale et non verbale.

Pratiquer l'époché permettrait de se consacrer uniquement à la personne présente devant nous, oublier tout son savoir-faire et toutes ses pensées afin de n'avoir aucun jugement sur la personne. De ce fait, pratiquer cette méthode, peut permettre à l'infirmière de prendre du recul face à la situation donnée, mettre entre parenthèse le monde permet à la personne de savoir écouter la patiente dans une approche neutre afin de trouver la prise la charge la plus appropriée et trouver les mots juste pour aider la personne qui traverse des moments difficiles. Elle permet de rester dans la réalité et de se concentrer sur la personne intégralement.

« *La santé est l'harmonie entre le corps, l'esprit et l'âme* » (Ribau, C., Lasry ,J-C., Bouchard C., Moutel, G., Hervé, C., Vergnes, JP, 2005, p.25). Cela voudrait donc dire que si le corps, l'esprit et l'âme ne vont pas correctement bien, alors la personne ne sera pas en bonne santé et donc cela aura un retentissement qui s'exprimera à travers divers phénomènes, être en bonne santé permet à la personne de vivre plus sereinement. Étant que le corps fait référence à notre physique, l'esprit notre mentale et l'âme, notre conscience. Nous pouvons penser que les trois ne vont pas l'un sans l'autre que si une des trois ne vas pas bien alors, la personne ressentira un mal-être.

Selon Watson, toujours pour effectuer cela, il faut faire preuve d'empathie, pour lui, c'est « *avoir une faculté à s'ouvrir à l'expérience, aux normes de l'autre et de se mettre à sa place* » (Ribau, C., Lasry, J-C., Bouchard C., Moutel, G., Hervé, C., Vergnes, JP, 2005, p.25). Et celle-ci serait possible que si les deux personnes acceptent la maladie mais aussi la douleur. Pour Watson, il est donc nécessaire d'effectuer avant un travail sur soi, afin d'arriver à effectuer cela. Pour lui, ça permet de soutenir la personne afin que celle-ci ait une meilleure prise en charge thérapeutique et ainsi une meilleure qualité de vie. La personne qui est prise en charge doit garder une place active. Ce qui lui procure une satisfaction que ce soit pour la personne soignée mais aussi du coup, pour le soignant. Cela voudrait donc dire, pour ressentir de l'empathie, il faut effectuer un travail qui peut être difficile que d'accepter la maladie pour le patient et la douleur, qu'un soignant peut également ressentir lors du contact avec le soigné, et qui dit douleur dit face à ses émotions et les accepter pour travailler dans l'empathie.

D'une autre part, pour m'aider dans mes recherches, j'ai lu un livre qui se nomme *la philosophie du corps* ce livre, décrit une nouvelle fois, la phénoménologie mais aussi le corps, le sens du mot exister, ce qui permet de mieux comprendre « l'être ».

4.2.2 Le corps, le sens du mot exister

Selon le dictionnaire le Robert, exister signifie « *avoir une réalité, vivre, avoir de l'importance, de la valeur* ». Il est aussi dit que « *vivre n'est pas forcément exister* ».

En effet, vivre ne serait pas suffisant, l'homme se doit d'exister, de montrer ce dont il est capable de faire. L'homme doit être capable d'exister parmi d'autres, ce qui n'est pas chose facile pour certains. Exister serait propre à l'homme car lui seul peut donner du sens à sa vie et faire ses propres choix.

Exister apporterait donc de la valeur à la personne et le mot « exister » n'est donc pas à travers ce discours un simple mot, il implique par ailleurs, une grande réflexion.

Dans le livre *la philosophie du corps* de Marzano Michela, celle-ci étudie différents philosophes et leurs façons de penser.

Michela Marzano nous dit « *c'est dans son corps que chacun de nous né, vit et meurt* » (Marzano, M., 2022, p.3). Ce qui signifie que chacun d'entre nous doit pouvoir s'accepter dans

son corps car nous allons vivre une vie entière dedans. Vivre amène forcément à mourir un jour, c'est la destinée que chacun d'entre nous aura malgré nous. Ainsi, c'est une suite logique à toute vie vécue.

Merleau-Ponty lui dit « *on existe comme une chose et on existe comme une conscience* » (Marzano, M., 2022, p.4).

Qu'est-ce qu'exister comme une chose ? selon le texte *qu'est-ce que l'existence* d'Alain Chauve, seul l'homme est capable d'exister car lui seul à la possibilité de décider sa vie et de lui en donner un sens.

Il est dit « *l'existence, semble-t-il, se dit de quelque chose que l'on peut observer ou de quelqu'un que l'on peut rencontrer et à qui on peut parler. L'existence serait la réalité concrète de quelque chose ou de quelqu'un* » (Chauve, A., 2018, p.17). Exister comme une chose ne voudrait donc pas dire que la personne existe réellement, mais que la personne « est », alors qu'une chose existerait sauf que celle-ci ne le saurait pas.

En revanche « *on existe comme une conscience* » car l'homme est le seul à pouvoir dire qu'il existe. L'homme étant le seul à pouvoir réfléchir sur son existence, il a donc de ce fait, une conscience qui aiderait à réfléchir ses pensées, qui concrétiserait son présent et qui déterminerait ainsi son futur.

Être conscient se serait savoir qui nous sommes. Exister serait donc un mot propre à l'homme car celui-ci est le seul à détenir le savoir.

Exister comme une chose ne peut aller sans son contraire qui est d'exister comme une conscience car l'homme détient les deux, c'est-à-dire un corps et un esprit ce qui fait de la personne ce qu'elle est et donc ce qu'elle vit.

Selon Sartre dans l'article de Maxicours, *les hommes existent-ils de la même façon que les choses* : « *l'homme existe d'abord pour définir ensuite ce qu'il est* ». Ce qui voudrait dire que c'est grâce à l'existence que l'homme est capable de réaliser son avenir. C'est-à-dire qui il est, ce qu'il ressent, ce qu'il veut faire. Se serait donc avec son expérience qu'il définirait qui est-il en tant qu' être humain avec son caractère et sa personnalité et que cela donnerait du sens à sa vie.

Sartre émet l'hypothèse que l'existence serait associée à l'envie constante que l'homme a besoin pour se surpasser soi-même, d'après cet article, « *exister, c'est agir* » et donc « *faire des choix* ».

Pour en revenir au livre *la philosophie du corps* de Michela Marzano, il est aussi dit que « *l'homme est un corps objet et aussi un corps sujet, il ne suffit pas simplement d'être un corps, d'avoir des organes qui fonctionnent correctement, l'homme ne peut pas être simplement un corps. Le corps est soumis constamment aux normes, à la pureté, aux règles.* » (Marzano, M., 2022, p.7). Cela renvoie à la phénoménologie, l'humain étant unique pour pouvoir aborder le concept de la phénoménologie et ainsi travailler correctement, il faut en oublier les normes, ne pas être enfermé « dans une case ».

Il faut donc considérer la personne en tant que sujet et non pas en tant que corps malade car avant tout, il reste une personne à part entière qui a besoin d'attention, de respect, de bienveillance de la part d'autrui. Étant donné que l'homme a une façon de penser, il n'y a pas forcément que les organes qui sont malades, il est donc nécessaire de prendre la personne dans sa globalité afin d'effectuer une prise en charge correcte.

D'après Canguilhem, « *la normalité de l'organisme ne consiste pas à se conformer à un type statistique* ». Pour lui, il n'y aurait pas de personne type, que chaque personne est différente, ainsi chaque maladie est différente, et donc chaque personnalité est différente.

Selon la définition du dictionnaire Larousse, la norme c'est « *des règles, des principes, des critères auxquels se réfère tout jugement : se fonder sur les normes admises en société* ». Or, comme dit plus haut, chaque personne qui travaille dans le médical doit pouvoir prendre la personne dans sa globalité et apprendre de soi-même, elle ne doit faire aucun jugement, ainsi, cela aide la personne à se confier plus facilement et donc à être entendu et ainsi obtenir une thérapeutique favorable pour les deux parties.

La définition de la normalité selon les cours psychologie : « *l'étymologie du terme « norme » vient du latin « norma » qui signifie « équerre » c'est-à-dire juste milieu* ». Des tests psychologiques se sont fondés sur le postulat, que « ce qui est normal, est-ce qui s'observe le plus souvent ». En effet, comme cité dans ce cours, « le rhume est fréquent, est-il normal pour autant ? ».

La conformité sociale serait alors considérée comme un comportement normal.

Cependant, en réduisant l'homme à des normes calquées sur des normes sociales, on lui interdit d'exister en tant qu'être singulier et donc s'épanouir en tant que sujet capable de penser et donc capable de créer son propre avenir et sa propre personnalité.

Alors que la normalité fonctionnelle correspondrait plus à l'aspect psychologique du sujet celle-ci étant la constitution de l'individu, si la personne n'est pas épanouie psychologiquement cela voudrait-il dire, qu'elle ne rentre pas dans les normes imposées?

Pour en revenir au corps, nous avons compris que le corps permet à la personne d'être dans l'instant réel. Mais peut-on donc dire que le corps est réduit à un bagage lourd à porter?

Dans la philosophie du corps de Michela Marzano, elle dit « *Le corps est signe de notre finitude, il peut nous renvoyer à ce qu'on ne voudrait pas être : notre fragilité, nos faiblesses, nos limites, nos maladies, notre mort..* » (Marzano, M., 2022, p.89). Cette phrase rappelle à l'homme que l'existence peut avoir des conséquences telles que la maladie, la mort.

Le corps peut ressentir de la douleur et cela est le propre de chaque personne cependant, l'homme peut avoir la capacité d'y faire face. Chacun d'entre nous ressent de la fragilité et ressentir notre finitude avec toutes les composantes cités ci-dessus rappelle à l'homme que celui-ci n'est pas parfait. Mais peut-on réellement dire que la perfection correspond seulement à ces mots-là ?

D'après un article trouvé sur cairn dénommé *la question philosophique de la finitude* de François Dastur, Sartre dit qu'à partir du moment où une personne existe, celui-ci doit prendre obligatoirement des décisions et si l'homme doit effectuer cela alors, il y aura forcément une fin à chaque choix effectué. Il a voulu donner un sens à ces mots pour faire comprendre au lecteur que la mort d'une personne arrive toujours au moment on ne s'y attend pas et celle-ci provoque de manière brutale l'être humain. Je trouvais cette phrase très intéressante à mettre en lien avec ma situation. En effet, le soignant doit effectuer lui aussi des choix pour sa protection et il doit accepter d'aider l'autre car il est soignant même si cela peut être difficile à gérer pour lui-même.

Pour Nietzsche, dans *la philosophie du corps* de Michela Marzano, « *c'est derrière les pensées du corps qu'agissent tous les affects, ainsi toutes les connaissances de l'homme partent d'un point de départ qui est la sensibilité* » (Marzano, M., 2022, p.44).

La sensibilité, d'après le dictionnaire Larousse c'est « *une aptitude à s'émouvoir, à éprouver des sentiments d'humanité, de compassion, de tendresse pour autrui* », il serait le synonyme de « l'émotivité ».

C'est à ce moment-là qu'interviendrait la phénoménologie car celle-ci fait son apparition au niveau du corps et elle permet à la personne de revenir dans l'instant présent.

C'est grâce au corps que l'être humain arrive à s'exprimer d'où l'importance là encore, du corps et de l'existence. Toutes les réactions que l'homme a dépend des émotions et des affects ressentis eux-mêmes influencées par la sensibilité de la personne et cela guiderait donc nos pensées et nos actions.

Pour Levinass, « *c'est à travers le corps que l'on peut voir la fragilité et la vulnérabilité de la personne. C'est ici, que se passent les désirs, les sensations, les émotions.* » (Marzano, M., 2022, p.49). Il est donc important à travers cette phrase de prendre soin non seulement de soi en même temps que des autres car le corps peut être le lieu de la souffrance.

En effet, le corps est d'abord représenté par le visage de la personne. Celui-ci montre les expressions, il communique et il fait part même inconsciemment des émotions présentes dans l'instant même. Dans le corps, le regard et la parole ont un rôle aussi très importants, selon Michela Marzano « *cela rend la personne unique, car chacun d'entre nous à un corps* » (Marzano, M., 2022, p.60). Aussi elle dit « *le corps devient se part quoi, chaque individu peut s'exprimer* » (Marzano, M., 2022, p.45).

Il est vrai que lors d'un entretien ou lorsque nous sommes en contact avec un patient il faut toujours observer la personne, c'est ce que l'on appelle aussi la communication non verbale. C'est aussi ce qui favorise la relation soignant-soignée. Tout cela a une grande importance. Le fait de regarder l'autre, lui porter de l'attention à tout ce qu'il fait au niveau gestuelles, mimiques, paroles, met en valeur la personne qui raconte son histoire et cela permet à la personne d'éprouver le sentiment de se sentir écouté, comprise et surtout non jugée.

De surcroît, Selon Socrate, à la mort, l'âme serait séparée du corps de l'homme. Pour lui, l'âme serait la pensée et la volonté de la personne et selon Socrate « *ce n'est qu'après être mort, que l'homme est réellement vivant, car l'âme n'est plus dérangée par les sens*» (Marzano, M., 2022, p.13-14). Peut-on dire que le corps de l'homme est constamment réduit à un fardeau qui l'empêche de pensée, de vivre, de s'exprimer correctement ? Peut-on de ce fait apprendre à exprimer nos émotions autrement ?

4.2.3 L'impact de la mort par le suicide

Comme dit plus haut, chaque personne est différente et de ce fait chaque personne va avoir des convictions et des représentations qui leur sont propres sur la question de la mort. Étant donné que tout être humain née et meurt comme dit précédemment plus haut, ceci est l'une des seules choses que les êtres humains ont en commun.

Chaque personne est unique de par son passé, ses plaisirs et ses déplaisirs et c'est cela qui rend la personne exceptionnelle. Celle-ci décide de sa vie avec ses nécessités et ce qu'elle peut ressentir comme étant bien ou moins bien pour elle et pour certaine personne, à certains moments, de par leurs expériences mais aussi le vécu, cela peut être la décision de mettre fin à ses jours.

Selon la définition, Larousse, la mort c'est « *cessation complète et définitive de la vie d'un être humain, d'un animal* ».

Cependant, la mort n'est pas quelque chose de facile à accepter pour tous. La mort est même un mot, une phase de la vie qui fait réellement peur car c'est un départ qui parfois peut être brutal et tragique, quel que soit la mort mais surtout une mort par suicide que ce soit pour la famille comme pour les soignants.

Selon Freud d'après un article psychologie, « *lorsqu'une personne s'en va, nous nous sentons coupables* » (Freud, 2010). Il est vrai que la famille ou bien même les soignant lorsqu'ils sont face à la mort, ressentent parfois de la culpabilité, un sentiment d'impuissance et un sentiment d'échec face au métier de soignant. Nous effectuons ce métier pour être en contact avec des êtres humains et soigner. La mort même si c'est une suite logique de la vie, cela est toujours difficile à accepter.

D'après l'article psychologie : « *être un homme, c'est craindre la mort et inventer des rituelles pour marquer son passage* ». L'homme aurait donc un besoin vital de laisser « une trace » de lui-même avant de partir dans l'au-delà et c'est à partir des croyances que cela deviendrait réalisable. La mort est un passage dans un autre monde où personne ne connaît l'existence, alors que l'homme aime savoir. Celui-ci n'aime pas l'imprévu et cela peut lui faire d'autant plus peur.

Chaque religion et donc chaque croyance, permet d'aider l'homme à accepter sa mort et à y donner un sens. Comme le dit l'article psychologie, la religion a été inventée à la préhistoire et c'est « *pour inventer un sens à la vie et des images à la mort* ». Serait-il avec cela plus facile de faire face à la mort tant pour la famille que pour le soignant ?

Selon Freud, « *les religions-nous font espérer un au-delà, une survie de l'âme* ». Pourrait-on dire, que l'homme a besoin d'espérer pour continuer de vivre et d'accepter la mort pour en avoir moins peur ?

Voici un résumé de quelques religions :

Pour les catholiques, la mort est un passage dans une seconde qui vie, qui serait appelée « *le royaume des dieux* », l'âme irait se reposer éternellement alors que le corps lui va renaître de ses cendre.

Pour les protestants, la mort est une résurrection de Jésus christ. La mort pour eux, ne doit en aucun cas leur faire peur, cela est la suite logique de la vie d'après l'article décès.

Pour les bouddhismes, quant à eux, la mort est synonyme de réincarnation d'après l'article décès.

L'être humain peut donc avoir une vision différente de la mort, il peut se faire sa propre réalité sur celle-ci selon ses croyances et ainsi cela rendrait la mort plus facile à accepter pour certain.

Selon le dictionnaire Larousse, le suicide « *c'est l'acte de se donner volontairement la mort* », ou encore « *indique une action, dans laquelle l'exécutant sacrifie sa vie* ».

Selon le site Statista, et selon *l'union nationale pour la prévention du suicide*, « *9000 personnes se suicide chaque année en France et 685 tentent de le faire* ». Il y aurait, selon les statistiques, jusqu'à 25 suicides par jour.

Il est aussi important de ne pas oublier selon un article santé, psy « *que quand une personne passe à l'acte, c'est parce qu'elle perçoit le suicide comme le seul moyen de mettre fin à une souffrance devenue insupportable* ». D'après le cours de psychiatrie, il est vrai que toute personne ayant fait une tentative de suicide ou qui tente de se suicider a pour seul but de ne plus souffrir. Le soignant est ainsi là pour l'aider à surmonter cela quand il en est bien évidemment possible.

4.2.4 : Le suicide pour les proches

Une personne qui se donne la mort laisse derrière lui souvent sa famille, sa femme, son mari, ses enfants, ses amis et bien d'autres encore.

Souvent, les proches de la personne suicidée ressentent un sentiment de culpabilité, regret de ne pas avoir pu empêcher cet acte.

De plus, les proches de la personne suicidée doivent faire face non seulement à cette mort inattendue et parfois brutal et d'après un article de « *psychologie, c'est le début d'un parcours long et douloureux, au cours duquel les étapes du deuil, déjà si difficile à vivre, s'alourdissent de sensations complexes* ».

Après la disparition de la personne les proches cherchent à tout prix une cause à leurs actes, qui peuvent être parfois difficiles à pardonner. Selon les psychiatres, dans l'article psychologie, « *c'est un long travail que d'accepter, finalement de ne pas savoir* ».

Le deuil est donc difficile à effectuer pour les proches. Souvent les personnes endeuillées se sentent seul face à leurs histoires et ne demande pas qu'une personne soignante leur vienne en aide. Pourtant, comme le dit l'article psychologie, « *la parole est un outil formidable et indispensable pour aller mieux* ». Il est donc indispensable après un événement tragique de se rendre dans un espace où la parole prime afin de pouvoir avancer dans le temps et d'effectuer à l'aide de professionnel ce deuil si difficile à effectuer.

4.2.5 : Quand est-il du soignant

Les soignants sont généralement ceux qui accompagnent les personnes ayant vécu un événement tragique dans leur existence.

Là encore, souvent le savoir-faire prime sur comment doit-être accompagnée la personne.

Il est vrai que de faire face à un patient endeuillé n'est jamais facile de même que de faire face à un patient décédé dans un service.

De ce fait, l'écoute et faire sentir à la personne qu'elle est écoutée et entendue permet à la personne de se libérer et cela est primordial, tout comme s'exprimer en étant soignant à son

équipe, à une psychologue permet au soignant de faire face plus facilement à ce côté tant difficile que doit affronter le soignant : la mort.

Angèle Lieby dans son livre *une larme m'a sauvée* dit : « *la communication est vitale. Elle permet de briser l'isolement dans lequel la souffrance voudrait nous enfermer* » (Lieby, A., 2013, p.37). Effectuer cela, demande aussi au soignant d'effectuer un travail sur lui-même car parfois cela n'est pas sans conséquence pour lui. N'oublions pas que le soignant est un être humain avant tout et que lors de ces échanges, de cette relation, le soignant peut faire face à des émotions inconnues et doit y faire face.

Angèle Lieby dans son livre écrit d'une histoire vraie, son histoire, permet au soignant de remettre sa pratique en question. Elle dit « *Ne serait-ce que par un regard, un geste ou une attention, elles m'administrent quotidiennement une dose d'humanité qui me procure un bien énorme* » (Lieby, A., 2013, p.110). On entend bien là, que la posture, la gestuelle, l'attitude du soignant influent bien plus que l'on ne l'imagine sur le soigné. Tous les mécanismes de défenses que nous pouvons mettre en place même inconsciemment modifie de ce fait la prise en charge du patient et donc modifie aussi notre comportement face à lui.

Alors, comment le soignant doit-il faire face, à tout ce qu'il ressent ? Peut-il avoir une sorte de contrôle sur cela afin d'éviter de ressentir de la souffrance qui impacterait la prise en charge ? Et surtout que peut-il faire de ce qu'il ressent pour que cela soit favorable autant pour lui que pour le soigner ?

4.3 L'empathie

4.3.1 La relation soignant-soignée

La relation entre le soignant et le soigné tient une place centrale dans la prise en charge et cela ne va pas sans la notion empathie.

Selon la définition de A. Manoukian, *dans les concepts fondateurs dans la relation de soin* : « *la relation, est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* », mais aussi, « *au-delà de la relation, entre*

deux personnes, c'est un contexte qui permet à chacun de déduire un sens ». La relation n'est pas la même pour tous, chacun la vis différemment et lui donne ainsi un sens différent.

La relation est une interaction entre diverse personne et dans le soin c'est une relation entre le soignant qui d'après un diaporama la relation soignant/soigné et ses aspects selon Walter Hasbeen, la relation a pour mission de prendre soin de la personne soignée, cela ne signifie pas seulement d'effectuer des soins somatiques. C'est aussi une relation avec le soigner, qui du coup, lui est en demande de soins mais pas que, il est aussi en demande de soutien et de compréhension de la part du soignant.

Ainsi pour bien comprendre la relation, la lecture d'un article sur cairn qui s'intitule « *la relation de soin, concept et finalité* » de Monique Formanier ma aiguillée dans mes recherches.

Dans cet article, l'auteur nous fait comprendre que chaque relation est unique car chaque personne qui mène la relation est différente.

Selon Hartup, « *une relation est une accumulation d'interaction entre individus qui durent et qui impliquent des attentes des affects et des relations spécifiques* » (Formanier, M., 2007, p.34). Et selon l'auteur, pour arriver à obtenir une relation avec le patient tout comme la phénoménologie, il faut réussir à sortir de la technique, des concepts théoriques. En effet nous apprenons tous et toutes que le patient est fait de besoins selon V. Henderson, l'homme en aurait quatorze. Sortir de ce cadre théorique, permettrait une fois de plus de voir le patient dans sa globalité.

Comme dit dans l'article « *il faut considérer le patient tel qu'il est vraiment et non pas comme porteur de besoins* » (Formanier, M., 2007, p.36). Toute relations impliqueraient donc des affects, de la part de chacun et d'après cette phrase, chaque relation avec un patient ne sera pas vécue de la même manière pour les deux parties, certaine seront plus compliquées que d'autres car elle impliqueraient plus d'affect de la part de chacun.

Formanier Monique dans son article revient sur différentes formes de relations au nombre de sept d'après l'auteur, tout en gardant à l'esprit que chaque relation est singulière et qu'une relation demande de l'improvisation donc que chaque relation ne se contrôle pas.

Tout d'abord, il y aurait la relation de civilité. Celle-ci serait une relation d'interaction à la différence des autres relations. Elle se ferait en dehors des soins et chacune des parties y joueraient un rôle.

Ensuite, la relation de soin est une relation que est essentiellement centrée sur l'instant présent et cette relation prime sur les soins techniques.

La relation d'aide psychologique, quant à elle, se construirait sur la confiance et sur l'empathie. Elle a pour objectif d'aider le patient dans une situation qu'il considère comme étant dramatique.

Selon Rogers, « *la relation d'aide est une relation dans laquelle la chaleur de l'acceptation et l'absence de toute contrainte, de toute pression personnelle de la part de l'aidant, permet à la personne aidée d'exprimer un maximum de sentiment, ses attitudes et ses problèmes, mais pour cela, seule la personne est à même de demander l'aide dont elle a besoin* » (Formanier, M., 2007, p.38).

Selon Hetu « *la relation d'aide, est une relation bien structurée, avec ses limites de temps, de responsabilités et de gestions des affects* » (Formanier, M., 2007, p.38). Cette relation serait ainsi basée sur le non-jugement, la bienveillance et sur l'ouverture à la parole de la part de la personne soignée et cette relation demanderait que le soignant connaisse ses propres limites pour ne pas trop être affecté par la personne soignée.

La relation thérapeutique est une relation qui est surtout utilisée pour les pathologies mentales et addictives, celle-ci ne se pratique qu'à l'aide d'une prescription médicale.

La relation éducative elle, concerne les patients qui s'effectuent des auto-soins par exemple.

La relation de soutien sociale, est une relation où le soignant doit trouver sa place entre l'entourage et le patient, elle ferait donc partie de la relation triangulaire.

Et enfin pour finir, la relation d'empathie « *c'est ressentir le monde intérieur du client, avec la signification qu'il a pour lui, le ressentir comme si il était son monde à soi, sans jamais perdre la qualité du comme si* » (Formanier, M., 2007, p.37). Cette relation est de type cognitive ou affective. C'est-à-dire que si elle est cognitive, cela voudrait dire qu'il faut prendre soin de l'autre sans confusion avec ses propres affects et au niveau affectif, c'est un partage de l'état émotionnel.

Cette relation est la plus importante dans la relation soignant-soignée car l'empathie sert à comprendre la relation à l'autre, elle est basée essentiellement sur l'écoute et le comportement d'autrui et elle demande de la part du soignant et aussi du soigné aucun jugement de valeur.

Mais cette relation peut impliquer parfois des conséquences qui ont un retentissement sur la vie du soignant.

De ce fait, il existe plusieurs types de relation, dont la plus fréquente est la relation d'empathie, ce type de relation demande de l'implication à fournir en tant que soignant pour obtenir la meilleure prise en charge possible pour le patient. Cette relation demande aussi de ne pas se confondre avec l'autre pour ne pas mélanger nos affects avec les leurs, cela impliquerait donc une grande connaissance de soi-même, de connaître ses propres limites pour ne pas une fois encore ressentir de la souffrance qui peut être néfaste dans la relation à l'autre.

Peut-on dire que ces relations entre affectes et émotions ressenties peuvent être confondues par une relation d'attachement, une relation d'amitié naissante entre le soignant et le soigné ?

Être soignant, c'est accompagner des personnes « malades », « en détresse physique ou psychologique » qui sont venus nous trouver pour que nous leurs apportions notre aide. Et cela implique inconsciemment ou non d'entrer à l'intérieur de nous-mêmes où résident des moments émotionnellement forts, un passé, une sensibilité, des histoires qui font de la personne ce qu'elle est à présent. C'est-à-dire une personne transformée par tout cela et donc la soignante qu'elle est à ce jour.

4.3.2 L'empathie dans l'histoire

Le terme « empathie » a d'abord été exploré par R. Visher et T. Lipps, au milieu du XIX^{ème} siècle. Le terme a tout d'abord été créé pour le domaine de l'esthétique philosophique puis il a été repris par la suite pour le domaine de la psychologie avant d'entrer dans le domaine de la phénoménologie et de la psychanalyse.

C'est seulement au XX^{ème} siècle que l'empathie prend toute sa place dans la relation à autrui.

L'empathie désigne « *la compréhension des sentiments, expressions et intentions d'autrui* » (Formanier, M., 2007, p.38). Ce terme a été inventé dans le but de répondre à la question suivante « *comment peut-on passer de la situation de simples spectateurs d'autrui, à celle de coopérateur, qui participe à, ou entravé son orientation dans l'action, son effort pour donner du sens à la situation et pour s'y ajuster avec ou contre autrui ?* ».

L'empathie permet de se mettre à la place de l'autre, à comprendre ce qu'il ressent. Le fait d'effectuer de l'empathie permet à la personne de devenir acteur de la prise en charge de la personne et donc donner un sens à ce qu'il fait afin de trouver une orientation personnalisée à la personne soignée.

Le terme « empathie » très souvent confondu avec la « sympathie », d'après la définition trouvée dans le dictionnaire Larousse, la sympathie serait « *c'est un penchant naturel, spontané et chaleureux de quelqu'un vers une autre personne* » ou encore « *participation à la joie, à la peine d'autrui* ». La sympathie supposerait que la personne puisse ressentir des sentiments donc des liens affectifs avec la personne.

Pour le terme « empathie », selon Visser dans le magazine santé mentale, c'est « *une projection du psychisme et une introjection du mouvement dans le sujet* » (Friard, D.2011, p.38). L'empathie étant la capacité à comprendre ce que l'autre ressent, de par cette phrase, l'empathie serait donc la capacité à propulser ses propres pensées et émotions sur l'autre et à la fois l'empathie serait aussi l'inverse car nous absorbons aussi les émotions de l'autre. Effectuer cela rendrait la personne empathique et donc capable de ressentir ce que l'autre ressent sans oublier qu'il est soi.

Pour Lipps « *c'est à partir du geste et de l'expression comme activité pulsionnelle et tendance à l'extériorisation chez celui qu'on cherche à comprendre, c'est une tendance à l'imitation chez le sujet de l'empathie* » (Friard, D., 2011, p.38). Pour ces philosophes, l'empathie ferait référence à une interaction affective afin de permettre une meilleure compréhension de l'autre et donc un résultat qui n'est pas anticipé. Donc pour lui, l'empathie n'est ni la compassion, ni la sympathie c'est « *un mécanisme d'imitation inconsciente et automatique d'autrui qui permet de réactiver en soi le souvenir d'une émotion* » (Friard, D., 2011, p.46). Donc l'empathie est-elle toujours la bienvenue si celle-ci réactive une émotion ? De plus, l'empathie peut-elle changer la façon de prodiguer un soin si celle-ci réactive une émotion passée, qu'elle soit bonne ou bien mauvaise ?

Pour Rogers, l'empathie est la « *compréhension empathique* », c'est-à-dire que pour lui, l'empathie « *c'est une attitude qui consiste à comprendre le client de l'intérieur : tel qu'il se vit, se sent, se perçoit à partir de son « carré de référence » et non des modes de représentations et des croyances personnelles de l'aidant* » (Friard, D., 2011, p.52). L'empathie serait la prise

en compte de la personne intégralement en se basant uniquement sur ses dires, la gestuelle de la personne. En effet la personne soignée étant le patient qui a besoin d'aide, il est important de la prendre en considération, avant d'écouter ses proches ou même soi-même. L'empathie ferait donc référence à l'époché, la mise entre parenthèse du monde, la personne pratiquant l'empathie doit mettre son monde de côté afin de pouvoir se concentrer uniquement sur la personne.

Il est vrai que, le soignant a tendance à penser à la place du soigné, il lui créer son avenir alors que comme vu précédemment, seul le soigné est à même de définir celui-ci car lui seul peut décrire ce qu'il vit et ce qu'il ressent, cela permet-il au soignant une alternative aux affects, aux émotions ressenties ? J'entends par là avoir un contrôle sur ses émotions et affectes ressenties ?

Rogers nous fait part qu'une personne est munie de multiples ressources et que le soignant lorsqu'il est face à un patient, celui-ci doit adopter une attitude comportementale, ce qui mènerait à la clé de la relation à autrui. Ainsi, pour adopter cette attitude, le soignant doit et se doit de le respecter mais aussi de considérer le patient en tant que tel sans aucun jugement ce qui permettrait de pouvoir se concentrer essentiellement sur la personne, c'est que l'on appelle « l'empathie ». Pour y arriver, l'élément indispensable à cela serait l'écoute.

A savoir que l'empathie d'après ce magazine *santé mentale*, serait primaire, elle arriverait en premier lieu lorsque nous sommes bébé lors des imitations par exemple. Cependant, elle s'acquiert avec l'expérience et surtout la personnalité de chacun.

Donc l'empathie serait innée, mais elle est propre à chaque personne, selon le passé, le vécu. L'empathie peut donc avoir un rôle important dans la prise en charge d'un patient, sans que le soignant s'en aperçoive forcément.

4.3.3 La place de l'écoute dans la relation soignant-soignée

Comme dit précédemment, le patient ne doit en aucun cas être considéré comme un objet, mais comme un sujet à part entière. Il est important que le patient soit acteur de sa prise en charge. C'est en ce sens que le soignant est dans l'obligation de pouvoir entendre ce que dit le patient.

Le soignant ne doit pas réinterpréter les dire de la personne soignée et faire preuve de non-jugement car « *cela trouble et déforme les perceptions* » (Friard, D., 2011, p. 53).

Rogers, parle de « *l'art du savoir* », « *l'art du savoir, c'est l'Art de ne pas savoir, a priori ce que l'autre veut dire ou essai de dire* » (Friard, D., 2011, p. 53). Il faudrait donc pour cela arriver lorsque nous sommes en contact avec un patient, faire le vide dans notre tête afin d'être pleinement à l'écoute de celui-ci et donc permettre de comprendre comme il se doit les émotions vécues par le patient lui-même. Il faudrait donc oublier ce que nous savons afin de l'écouter pleinement.

Étant donné que la personne, de par son expérience et son vécu, comporte en elle des ressources, le soignant doit aider le soigné à accéder à ses ressources afin d'apprécier le futur changement. C'est ce que Rogers a appelé « *la double écoute* » (Friard, D., 2011, p. 53). Celle-ci consisterait selon lui à prendre en compte les souffrances du patient mais aussi de prendre en compte comment le patient met en œuvre des solutions pour survivre à cela. Effectuer cette double écoute permettrait donc au patient de se sentir valoriser de la part du soignant mais aussi de se sentir plus fort et de pouvoir trouver lui-même des réponses à ses questions car cela favoriserait donc également la confiance en soi.

De plus, effectuer cela permettrait au patient de se sentir valoriser et donc en confiance pour trouver une solution et avancer dans sa prise en charge. Le soignant pourrait lui aussi éviter de ressentir des émotions telles que la frustration, la culpabilité étant donné que le soigné a eu une prise en charge correcte de la part de celui-ci.

4.3.4 : L'empathie dans la phénoménologie

L'empathie « *serait une façon de s'ouvrir à l'autre, à ses affects, à sa façon de percevoir le monde* » (Friard, D., 2011, p. 24).

En lisant ce magazine, j'ai pu m'apercevoir que durant l'entretien que j'ai pu observer, le but n'était pas de chercher à la patiente des symptômes. En effet, l'entretien passé n'a pas été le

même que tous les autres, normalement en train de relever ce que les personnes disent, chercher et analyser, ce jour-là, aucun de ces gestes ne se fait. Ce jour-là, la clinique n'était pas présente. Dans l'article *santé mentale*, il est expliqué que la clinique peut devenir un frein, elle peut empêcher le soignant d'être à l'écoute totale du patient. La clinique étant indispensable d'en certaine pathologie, le soin relationnel ne l'est-il pas pour autant ?

Il est d'ailleurs expliqué que c'est lors d'un entretien que le soignant voit jusqu'où vont ses propres limites. Mais c'est avec le temps et à force d'expérience que le soignant arrive à déceler cela en lui. Il est donc important lors d'un soin, d'écouter son expérience, son vécu alors peut-on dire que les jeunes diplômées ont plus d'affects et d'émotions car ils arrivent à mettre moins de distance à l'empathie reçue lors d'un soin ?

L'empathie dans le soin permet de percevoir l'expérience vécue par le patient comme étant « humaine ». Pour effectuer un soin, le soignant ne doit pas se contenter des théories apprises pour obtenir un entretien correctement établi. Il doit associer ses affects pour pouvoir être psychiquement en contact avec le patient car « *c'est ce chemin qui ouvre vers le soin* » (Friard, D., 2011, p. 27).

Il est donc important pour le soignant de savoir prendre en compte ses émotions et affects ressentis afin de pouvoir rentrer plus facilement en contact avec le patient et donc une meilleure prise en charge pour celui-ci. Mais cela peut ne pas être un travail facile pour le soignant s'il n'arrive pas à se concentrer ce qu'il ressent, en effet cela peut mener un épuisement professionnel, à un sentiment de culpabilité et donc une prise en charge non adaptée aux besoins du patient.

Pour arriver à obtenir des résultats le soignant doit pouvoir accepter de ne plus avoir d'emprise sur la situation. Il en ressort donc qu'il est important de ne pas anticiper un soin.

Étant donné que chaque soin est unique parce que chacun d'entre nous n'accepte pas la douleur, la souffrance de la même manière, c'est pour cela que chaque soin doit être personnalisé et adapté.

Le texte de Cairn, *un regard sur le soin*, dit , « *il s'agit de considérer l'homme et plus particulièrement le malade, à la fois comme vulnérable donc « souffrant » et capable donc*

« *agissant* » » (Svandra, P., 2008 p.6). Cette phrase permet de comprendre que la personne malade est en droit de décider ce qu'elle veut pour elle, car elle en a la capacité et en effet il est important de ne pas oublier que la personne peut le faire et ainsi cela peut permettre au soignant une satisfaction de son soin et donc de mieux appréhender ses émotions.

Par ailleurs, il est dit « *on ne peut penser le soin sans penser simplement la vie. Parce qu'elle est à la fois force et puissance, mais aussi fragilité et vulnérabilité, toute vie est source de joie et dans un même temps, d'inquiétude* » (Svandra, P., 2008 p.7). En tant que soignant, nous sommes dans le devoir et la préoccupation de nous occuper des patients que nous recevons.

Nous ne pouvons pas nous empêcher de penser, de nous soucier de la personne que l'on soigne, car c'est l'éthique du métier de soignant.

Ainsi, « *le soin dépasse de beaucoup le seul champs de la médecine* » (Svandra, P., 2008 p.7). Être soignant serait-ce une vocation ? Un soin ne demande donc pas simplement de la pratique mais un savoir vivre qui est présent dans la vie de tous les jours. La personnalité de la personne soignante serait donc la force du métier de soignant.

Ainsi, dans le magazine *santé mentale*, l'empathie est décrite par un triangle, comportant ainsi trois étages. Le premier étage c'est « l'identification », c'est-à-dire comprendre le point de vue de l'autre avec ce qu'il ressent sans oublier que nous sommes deux personnes complètement différentes.

Le deuxième étage c'est « *la connaissance mutuelle* ». C'est-à-dire s'identifier à l'autre mais pour y arriver, l'autre a le droit aussi de s'identifier au soignant. La personne pourra de ce fait comprendre ce que l'autre comprend, ressentir ce que l'autre ressent, cela aurait le nom de « *l'expérience du miroir* » et pour y parvenir les mots clés sont le sourire et le regard.

Enfin, le troisième étage est « *l'intersubjectivité* ». Celui-ci permet d'apprendre via l'autre personne des parties de notre personnalité dont l'existence était à ce jour ignorait.

Mais l'empathie n'a pas que des côtés positifs dans une relation. Celle-ci doit être bien « exécuté », la personne faisant de la « bonne empathie » devrait avoir dans son enfance régler des conflits.

Pour Olden, l'empathie serait un phénomène mère-bébé « *gratifiant pour la maman et l'enfant, l'empathie serait de se mettre à la place de la personne qui grandit intellectuellement, mais n'est possible qu'au prix de l'élaboration d'un deuil* » (Friard, d., 2011, p.29). En se servant de l'exemple de la mère et de l'enfant, qui exprime tous deux de l'empathie l'un envers l'autre, Olden nous fait comprendre à travers sa phrase que lorsque l'on grandit, nous pouvons effectuer de l'empathie que si nous sommes en capacité d'accepter le point de vue de l'autre, c'est-à-dire savoir se remettre en question afin de pouvoir se mettre à la place de l'autre.

Pour Jorland, « *l'empathie n'est pas une relation affective mais bien une relation cognitive, elle n'a pas pour fonction de reconnaître les émotions d'autrui mais de comprendre l'autre en adoptant son point de vue* » (Friard, D., 2011, p. 28). En lisant cette phrase, l'auteur nous dit donc qu'il faut être le patient en étant soi, ce qui mènerait à une confusion entre soi et l'autre personne.

Aussi, adopter son point de vue voudrait-il dire que le soignant doit acquiescer les dire du patient même si celui-ci ne le pense pas ? Est-ce une alternative au soin ? Est-ce un bon soin ?

Un autre désavantage de l'empathie, serait d'après le magazine santé mentale, que le soignant peut perdre son « sang-froid ». En effet, un soignant qui est trop empathique peut ressentir les émotions de l'autre intensément et donc perdre tout contrôle de lui-même et de la situation et de ce fait prodiguer un soin qui n'est plus adapté à la personne.

Mais effectuer de l'empathie, serait lui aussi composé d'un triangle d'après le magazine santé mentale avec ses désavantages appelées « ses menaces » car tout simplement, chacun arrive avec sa propre histoire et qui dit expérience personnelle dit forcément fragilité et parfois même vulnérabilité.

Dans ce magazine « ces menaces » sont décrites comme « *un désir d'emprise* » (friard, D., 2011, p.35). La première, c'est la capacité à se mettre à la place de l'autre, ce qui entraînerait une angoisse de manipulation. La seconde est la reconnaissance d'autrui, ce qui amènerait à une angoisse de jalousie. Et enfin, pour finir, la dernière serait l'angoisse de ne plus être soi-même car l'autre personne peut avoir la toute-puissance et le pouvoir de manipulation ce qui peut en effet détruit l'autre.

Il n'est donc pas impossible pour le soignant de mettre en place des barrières. En effet, celui-ci peut ressentir un sentiment de supériorité, de culpabilité, se comparer en se posant la question « qu'est-ce que je vaudrais » alors que cette question ne devrait pas se poser étant donné que chaque personne est différente et c'est ce qui fait la richesse de notre monde.

Le soignant peut également ressentir un sentiment de guérir l'autre coûte que coûte. Appelée « *le fantasme de Zorro* » (Friard, D., 2011, p.36) dont le risque majeur est que le soignant n'écoute plus le soigné. Donc seule la guérison serait l'unique objectif de la relation.

Et enfin, l'angoisse de vivre un jour un état de dépendance comme le patient. Il est expliqué que nous avons tous et toutes un jour été dépendant notamment dans la petite enfance et ce sentiment qui revient face à nous peut pour certains faire peur. En effet, la personne soignante reste un être humain avant tout et peut-être, un jour à la place de la personne soignée.

Éprouver ces sentiments, d'après le magazine santé mentale, que j'ai pu lire, serait tout à fait normal à ressentir. Il est nécessaire de ne pas les négliger et de ne surtout pas les cacher. Donc, l'empathie si elle est très bien appliquée peut apporter des avantages aux patients comme pour le soignant mais si celle-ci n'est pas bien travaillée, elle peut apporter des conséquences sur la vie des deux parties et par conséquent sur les soins prodigués. Il peut dévaloriser les deux personnes.

Par ailleurs, en tant que soignant, masquer ses affects, ses sentiments, ses émotions peut-être néfaste, il est donc normal de ressentir des affects des émotions étant donné que nous sommes humains et que nous travaillons avec des humains. Il faudrait simplement les comprendre, les analyser afin que les affects et émotions ressenties soient une force pour le soignant et cela personnalise encore plus le soin, car l'humanité y serait présente.

L'histoire du concept « empathie » a démontré que « *comprendre autrui, ce n'est pas accéder à son expérience intérieure et seulement le reconnaître, mais ce n'est pas non plus l'aider ou le soigner* » (Friard, D., 2011, p.38)

J'ai voulu terminer avec cette phrase car elle reflète là encore toute l'idée de ce mémoire et cette phrase permet enfin, me permet de réfléchir à tout cela, un bon soin n'est pas forcément un soin qui dit oui à tout ce que le patient dit. Entendre le patient est primordiale, mais chacun

d'entre nous doit savoir qui il est, avoir sa propre pensée pour ne pas se confondre tout en gardant à l'esprit l'ouverture à la communication, l'ouverture au idée, l'ouverture au soin et donc à la remise en question.

Ainsi, l'empathie *serait* «*un premier pas hors de sa souffrance destructrice* » (Friard, D. 2011, p.66). Savoir écouter, comprendre ce que ressent le patient serait un premier pas pour éviter la douleur qui peut être néfaste pour le soignant.

5 Méthodologie et phase exploratoire

5.1 Le choix de la méthode : outils utilisés, populations interrogées

Pour pouvoir effectuer ce travail, j'ai dû réaliser des entretiens avec plusieurs infirmières travaillant dans plusieurs services toutes différentes les unes des autres et une étudiante infirmière diplômée dans l'année avec une certaine expérience dans le milieu médical.. Ces entretiens m'ont permis de comparer leurs pratiques, comparer leurs visions de la relation à l'autre et comment allier relation et affect dans les soins prodigués.

Ce qui est intéressant avec ces différents entretiens menés est que toutes ont des expériences professionnelles différentes, dans plusieurs services parfois difficiles psychologiquement et physiquement.

Pour cela, j'ai réalisé des entretiens « semi-directifs » qui permet de recueillir des informations qualitatives basé sur un questionnement à réponse large sur thème afin de rassembler des expériences, des avis, voire même des actions qui ont été mises en place par les personnes que j'ai eu la chance d'interroger pour mon sujet de mémoire.

De ce fait, ces entretiens permettent d'avoir différents points de vue et le choix de laisser la personne répondre librement sur les questions posées sur sa façon de soigner le patient et sur son ressenti personnel, m'a permis d'alimenter mes recherches sur les thèmes abordés dans ce questionnement.

De plus, cette méthode est basée sur une relation à l'autre ou celui-ci nous fait part de sa propre réalité afin de construire ensemble un sens à ce mémoire.

Pour le choix des personnes que j'ai interrogées, cela s'est fait naturellement par des connaissances. J'ai la chance d'avoir travaillé et d'avoir des amies travaillant dans le milieu médical et qui ont gentiment répondu favorable à mon questionnement.

J'ai choisi ces infirmières travaillant toutes dans des lieux différents car il me semble qu'elles sont les plus en accord avec le thème abordé dans ce mémoire.

J'ai donc choisi des infirmières, de tout âge, afin de recueillir leur expérience et ainsi comparer leur façon de travailler et penser.

Parmi les infirmières interrogées, j'ai décidé d'interroger une infirmière travaillant en oncologie et remplaçante libérale, une autre infirmière travaillant en intérim avec des années de diplôme tout d'abord aux urgences mais elle actuellement travaillant surtout en EHPAD et une autre infirmière travaillant au bloc opératoire. Toutes, ont de par leur parcours été auprès des personnes ayant une maladie incurable par exemple et c'est pour cela que j'ai voulu les interroger car elles vivent les relations au plus près des patients.

Aussi, j'ai choisi d'interroger une étudiante infirmière, anciennement aide-soignante car cela me paraissait pertinent au vu de son expérience et de sa façon de voir les thèmes abordés dans ce mémoire. De plus, il me paraissait intéressant d'interroger son point de vue étant que celle-ci va être diplômée cette année et qu'avec son dialogue, je pourrais ainsi comparer plus facilement les personnes ayant le moins d'expérience et les personnes ayant le plus d'expérience.

6 : Réalisation de l'enquête exploratoire

Lors de l'écriture de ma note de recherche, je ne savais pas encore les personnes que j'allais interroger. Je pensais rester sur des personnes travaillant dans le domaine de la psychiatrie pour être au plus proche de mon sujet de mémoire.

Et en réalité, j'ai eu la chance, à travers plusieurs connaissances, de pouvoir interroger des infirmières dans plusieurs domaines tous intéressants les uns que les autres comme l'oncologie, une infirmière de bloc opératoire, une infirmière intérimaire et une étudiante infirmière.

Durant la réalisation de ces entretiens, j'ai découvert différents milieux, certains comme l'oncologie et le bloc opératoire m'ont interpellés et surpris positivement.

J'ai eu la chance de passer avec ces différentes personnes, un moment très agréable, appréciable avec toutes leurs expériences, leurs façons de voir le soin et la relation, leurs moments touchants en contact avec un patient et ce, avec une grande sincérité mais aussi un grand dévouement pour la réalisation de ce mémoire.

J'ai donc tout d'abord commencé mon premier entretien avec une étudiante infirmière, puis une infirmière travaillant au bloc opératoire. Ensuite, je devais interroger aussi une infirmière travaillant dans le SAMU qui n'a plus répondu à mes messages. Donc de ce fait, j'ai dû trouver, une autre infirmière que j'ai eu la chance de rencontrer lors de mon stage en libérale (celle-ci étant remplaçante) et qui a répondu tout de suite favorablement à ma demande et enfin, j'ai terminé en interrogeant une infirmière intérimaire travaillant principalement en EHPAD.

Effectuer ces entretiens et ce mémoire, m'a permis d'avoir davantage plus confiance en moi-même. De plus, poser des questions que je jugeais pertinentes lors de ces entretiens afin que celui-ci soit mené au mieux et puisse répondre à mes interrogations m'ont aussi aidé à travailler ma confiance.

L'entretien, qui pour moi a été le plus émouvant est celui avec l'infirmière travaillant en oncologie. J'ai eu la chance de travailler avec elle durant quelques jours en libérale avec notamment un patient en fin de vie où elle a pris le temps avec la famille, le patient et aussi avec moi malgré son jeune âge. De plus, comme cité plus haut, le service oncologie est un service qui pourrait éventuellement me plaire mais me fait extrêmement peur au niveau des affects et des émotions et il est vrai qu'avec son discours qui a été très touchant et enrichissant, cela m'a donné l'envie de découvrir ce service.

6.1 Les moments forts de l'enquête

J'ai donc passé des moments et entretiens très appréciables et enrichissants pour moi car cela m'a beaucoup appris sur moi-même, mais aussi sur ma future pratique. La future façon dont j'aimerais travailler.

Cependant, un entretien a été plus difficile à réaliser que les autres, d'une part par le manque de temps car celui-ci se faisait durant sa coupure de travail et donc toutes les questions n'ont pas pu être posées. De plus, il a dû être réalisé par visio par manque de temps de cette infirmière, ce qui n'a pas facilité l'entretien étant donné que ce jour-là aussi l'ordinateur n'a correctement fonctionné ce qui a diminué considérablement le temps pour la réalisation de cet entretien.

Même si cette infirmière a quand même réussi à répondre à quelques-unes de mes questions, elle a aussi su durant l'entretien garder son calme et me rassurer sur le déroulement de celui-ci.

Malgré cela, tous les autres entretiens ont pu se dérouler correctement, sans limite de temps ce qui a favorisé la discussion et aussi favorisé une grande ouverture d'esprit de la part de chacune.

Pour l'infirmière travaillant au bloc opératoire, je me suis permise de lui poser à la fin de l'entretien une question différente par rapport aux autres infirmières, ce qui a privilégié un grand moment d'échange passionnant avec celle-ci.

J'ai été agréablement surprise de leur enthousiasme face à mon mémoire, de leur aide, de leur sourire, de leur grand cœur face au patient, de leur discours.

Je pense qu'effectuer des « entretiens semi-directifs » a été la meilleure méthode à utiliser pour ma part, malgré le fait que certaines de mes questions pouvaient je pense, guider le choix des réponses des personnes interrogées.

Malgré tout, d'avoir échangé sans limite de temps avec les infirmières, je pense que grâce à cela, que ça leur a permis de réfléchir à leur choix de réponse, la liberté de leur propos, de leur pensée avec des questions ouvertes parfois peut-être même trop.

D'ailleurs, deux des infirmières interrogées m'ont demandées au préalable les questions que j'allais leur poser, afin de pouvoir réfléchir sur les questions. De plus cela les rassurer étant donné que c'était leur premier entretien depuis leur diplôme infirmier.

Mais la construction de ces entretiens n'a pas toujours été facile à réaliser mais grâce à leur implication, leur dévouement et leur bienveillance, j'ai réalisé des moments riches avec les personnes rencontrées tant sur leurs façons de travailler, que sur leurs façons de penser et d'appréhender la personne.

6.2 L'analyse des entretiens

Une analyse, selon le dictionnaire Larousse c'est une « *action de résumer un texte en décomposant ses éléments essentiels : résultats de cette action* ».

L'analyse permet donc de retirer les éléments essentiels du texte et donc de la recherche établie dans les différentes questions. Celui-ci est associé au cadre théorique afin de ressortir et de rendre plus compréhensible le thème principal du mémoire.

L'analyse permet aussi de confronter la théorie avec la pratique des différents soignants interrogés afin d'en tirer un enseignement pour sa pratique actuelle et sa pratique future via les différentes personnes et leurs expériences dans le domaine.

Je vais donc, pour effectuer cela, analyser chaque questions par thèmes en mettant en lien les différentes réponses données par les différents soignants interrogés.

6.2.1 L'affect, l'exposition à l'émotion

Dans mon cadre de référence, j'ai effectué des recherches sur les affects ressentis par les soignants, avec leurs différentes expériences, personnalités et la souffrance que cela peut amener.

Il me semblait dans un premier temps nécessaire de poser la question au soignant de leurs différentes expériences professionnelles, en leur demandant depuis combien d'années, elles étaient diplômées afin de pouvoir comparer par la suite, si l'expérience peut changer la façon de faire du soignant.

Aussi, je me suis permise de leur demander deux événements passés au cours de leurs expériences et d'en tirer eux-mêmes une conclusion avec le recul des années. Ainsi, cela leur permet d'analyser leur prise en charge, de voir ce qu'elles auraient ou non changé, et pour ma part, cela me permet d'analyser si avec le temps, l'histoire les touche encore afin de pouvoir analyser leur dire.

Pour analyser le contenu des entretiens passés, j'ai décidé de les analyser question par question.

La première question qui a été posée à toutes les infirmières, était « *Depuis combien d'année êtes-vous diplômée et puis-je avoir une brève présentation de vous ?* ».

Je me rends compte que j'ai eu la chance de trouver des infirmières de différents âges, avec une expérience différente pour chacune, ce qui va me permettre de pouvoir différencier l'impact de la relation soignant-soignée et des affects ressentis.

Brook est étudiante infirmière ce qui peut être intéressant, c'est que celle-ci est encore à l'école donc avec en tête des cours récents mais tout en gardant une expérience importante dans le domaine du médical car je cite « *j'ai travaillé pendant plus de 20 ans en tant qu'aide-soignante* » (ligne 7, annexe II).

Alex quant à elle, est l'infirmière avec le plus d'expérience dans le domaine, elle dit : « *alors, je suis diplômée depuis pas mal d'année maintenant, euh attend, 23 ans précisément* » (ligne 4, annexe IV).

Queen et Haley sont toutes les deux jeunes diplômées mais ayant travaillé dans divers services. Haley dit « *j'ai été diplômée en 2019* » (ligne 3, annexe III). Cela fait donc quatre ans d'expérience en tant qu'infirmière. Et Queen, dit « *j'ai été diplômée en 2020* » (ligne 3, annexe V).

Toutes, ont travaillé dans plusieurs services, comme pour Alex qui a essentiellement travaillé aux urgences par exemple, Queen essentiellement en oncologie ou encore Haley en EHPAD et bloc opératoire. En effet, tous sont des services qui demandent de la part du soignant de la bienveillance, de l'empathie, mais aussi un travail sur soi pour éviter d'être impacté psychologiquement par la relation tout en gardant de l'humanité et en restant soi-même.

Par la suite, j'ai demandé aux soignants : « *Pouvez-vous me raconter, la dernière fois où vous avez été en contact avec un patient et où il s'est passé un événement relationnel ?* », suivi par la question « *Pouvez-vous me raconter un moment chargé émotionnellement avec un patient ou sa famille ? et comment qualifierez-vous ce moment-là (bien/ mal par exemple) ?* »

Ces questions posées m'a fait découvrir que certaines ont été influencées par leur vécu, leur passé parfois difficile où le deuil n'a pas été fait et ou encore par leur vie actuelle.

D'autres par, j'ai remarqué que dans chacune de leurs histoires, elles faisaient toutes références à la mort. Chacune d'entre elles, racontent un moment triste de leur expérience. L'infirmière intérimaire Alex et l'infirmière qui travaille au bloc opératoire sont les seules à évoquer qu'il puisse exister des moments d'émotions telles que la joie dans le métier d'infirmière. Haley dit : « *moi je pense que ça peut être positif comme négatif* » (ligne 403, Annexe III).

Haley dit que lorsque que la relation est positive, c'est lorsque l'équipe est en nombre et donc que celle-ci peuvent prendre en soin correctement avec le temps nécessaire pour le patient elle dit « *on va être 5/6 professionnels des fois autour d'une même personne...c'est génial* » (lignes 413-415, Annexe III). Elle dit aussi, que la relation peut avoir des côtés négatifs si l'infirmière n'a pas le temps ou encore « *tout dépend voilà, de la prise en charge, de ton équipe, ça dépend de beaucoup de chose quoi !* » (lignes 479-480, annexe III).

Haley dit aussi « *ça dépend.. ben voilà, de toi-même.. de ta journée...ben quand t'es pas dans une bonne journée, ben on est dans un métier où tu dois quand même être dans une bonne journée donc tu te forces et ta prise en charge ne sera pas pareil qu'un autre jour où tu es*

mieux... c'est pas comme un commercial qui peut envoyer balader un client » (lignes 129-136, annexe III). Cette phrase « *on est dans un métier où tu dois quand même être dans une bonne journée* » montre bien que pour elle, malgré qu'elle soit humaine, elle ne s'accorde pas le droit de montrer au patient qu'elle n'est pas bien. On voit bien par cette phrase qu'elle ne veut pas montrer ses émotions devant le patient et que même si elle est humaine et que des problèmes personnels peuvent survenir, elle fera en sorte que le patient ne le voit pas. Par cette phrase, nous voyons aussi toute la bienveillance qu'elle essaye d'accorder au patient, en effet en tant que soignant on nous dit toujours « les problèmes il faut les laisser aux vestiaires ». En réalité, je pense aussi qu'un soin ne peut pas être fait correctement si la personne soignante ne se sent pas bien psychologiquement et si elle se force il y aura forcément un retentissement sur la prise en charge.

Du fait que chacune de leur histoire fait référence à une fin de vie ou encore à la mort, me fait penser que celui-ci reste un sujet encore bien trop tabou, ou peu, ont des moyens pour y faire face.

En effet, la mort comme dit dans le cadre de référence fait peur, autant pour les patients que pour les soignants, est-ce parce que nous allons tous y passer un jour et donc que cela nous fait penser à notre propre finitude ?

Le fait de ne pas connaître sa propre mort et à la fois d'en voir quasiment tous les jours pour certains peut faire d'autant plus peur. J'entends par là, que nous ne savons pas quand nous allons mourir et surtout comment, alors que dans le métier de soignant nous voyons, plus de mort en souffrance que des morts où les personnes ne souffrent pas.

De plus, l'âge de la personne mourante peut faire souffrir davantage, comme le dit Queen « *très chargée émotionnellement parce que 39 ans, ben 39 ans c'est pas le schéma de la vie* » (lignes 99/100, annexe V), suivie de « *moi, c'est un moment qui m'a beaucoup marquée* » (ligne 132, annexe V). En effet, dans notre métier et surtout dans certains services plus difficiles que d'autres, la vie peut ne pas être bien faite. Dans les EHPAD par exemple, peut-être est-ce plus facile d'accepter, qu'une personne termine sa vie étant donné qu'elle a son vécu sans dire que cela n'est pas difficile. Mais pour une personne jeune et en plus avec des enfants en bas-âge ou non, cela reste d'autant plus touchant car comme le dit Queen, « *c'est pas le schéma de la vie* » (ligne 100, Annexe V) tout comme pour les suicides si on en revient au cadre de référence. Par

la phrase de Queen, on comprend que pour elle, il est plus difficile d'accepter qu'une jeune personne meure. Haley complète la phrase de Queen, en disant « *c'est là que tu vois la misère du monde entre guillemet, c'est qu'on a pas tous la même chance dans la vie, quoi !* » (lignes 220-221, annexe III).

Par ailleurs, à travers les différentes conversations que j'ai pu avoir avec les infirmières, on voit bien que malgré l'expérience, la mort reste la situation la plus difficile à faire face. Brook dit « *j'ai été touchée mais vraiment touchée. Ben oui émotionnellement oui, parce que je m'en rappelle encore de cette situation, ça et puis par la mort en soi. Alors que c'était pas la première fois que je voyais des morts* » (lignes 211/212, annexe II).

Haley lors de sa situation, fait référence à son âge, elle dit « *ben tu gères des décès, ta 22 ans, tu te dis mince quoi !* » (ligne 268, annexe III) ou encore « *il a fallu que je gère parce que c'était moi l'infirmière* » (ligne 302, annexe III). Être face à la mort, à son jeune âge, m'évoque que cela n'a pas dû être évident pour elle.

De plus cette phrase me fait penser qu'en effet, nous avons choisi un métier où nous devons faire face à la mort malgré l'âge de la soignante et cela peut être quand même traumatisant pour la personne soignante. D'ailleurs Brook dit « *j'avais une appréhension à ouvrir la porte* » (ligne 215, annexe II). Elle dit avoir eu cette peur durant quelque temps après le décès de cette patiente. Ce qui me conforte dans l'idée de me dire que selon l'âge, un décès peut ne pas être facile à accepter.

D'autant plus que consciemment ou inconsciemment cela engendre des conséquences pour le soignant qui peut également avoir des répercussions sur la prise en charge du patient.

Queen nous dit « *on a souvent tendance à faire un transfert* » (ligne 107, annexe V), ou encore « *faut juste prendre un peu de recul* » (ligne 108, annexe V). Cette phrase qui rejoint également la pensée d'Alex qui dit elle aussi « *être confrontée à la mort d'un enfant, tu sais que je suis maman et cette fille m'a fait aborder le sujet frontalement* » (ligne 98/99, annexe IV).

Ici, on entend bien que la réalité puisse faire énormément de mal. De plus je me demande si, sur des jeunes patients, nous ne ressentons pas plus le sentiment de frustration, un sentiment également d'échec, nous faisons ce métier, parce que nous l'avons choisi et surtout pour

« soigner », et laisser partir une personne dont la vie commence tout juste et où il reste beaucoup de moments à passer, des souvenirs à construire avec leurs familles, nous fait prendre conscience que nous ne pouvons pas « soigner tout le monde ». Nous n'avons aucun pouvoir sur la mort et finalement, n'est-ce pas le plus dur à accepter en tant que soignant ?

Le fait de leur demander, à la fin de leurs histoires, comment elles qualifient ces moments passés, que cela leur a-t-elles appris, leur permet de pouvoir prendre du recul et de savoir si avec le temps et l'expérience, quelque chose aurait changé dans leur prise en charge si cela devait arriver une nouvelle fois.

Brook qui est étudiante infirmière et avec une expérience de plus de vingt ans en tant qu'aide-soignante dans divers lieux. Elle à travers ses histoires, nous dit « *quand on est infirmier on nous dit faut mettre de la distance.. c'est bien beau en théorie, mais en pratique* » (lignes 128/129, Annexe II). On entend bien par-là, que la théorie ne correspond pas forcément à la pratique, tout dépend donc de la personnalité de chacun et surtout comment la personne reçoit ces différentes émotions/affects et donc ce qu'elle en fait par la suite.

Sur ces deux expériences qu'elle m'a racontées, on voit bien pour l'une d'entre elles, que la distance a été compliquée à être mise en place sur le décès de sa première patiente. Alors qu'à la deuxième histoire, on entend bien qu'avec l'expérience, elle a su garder une place professionnelle. L'expérience aurait donc un impact sur la prise en charge du soigné.

Elle nous dit à travers cela que « *maintenant avec le recul.. je ne dis pas qu'aux niveaux des affects je ne serais pas touchée. Je pense que j'arriverai mieux à les maîtriser* » (lignes 254-256, Annexe II). Elle rajoute : « *ça ne veut pas dire que la prise en charge que j'ai eue envers lui étais moins bonne au contraire je pense qu'elle était meilleure justement parce que j'ai su euh adapter ma posture* » (ligne 260/261, annexe II). De par cette phrase, on voit que l'expérience à un rôle important dans la prise en charge du patient, avoir vécu des moments difficiles lui a permis de se remettre en question et donc d'adapter sa pratique, on entend bien aussi, avec cette phrase qu'elle accepte finalement d'être touché par le patient, qu'elle accepte de ressentir des émotions.

Il est vrai qu'au cours de ses trois années de formation, on acquiert une expérience même minime sur toutes les situations que l'on vit en stage. Cette phrase de Brook, j'aimerais la mettre

en lien avec la phrase de Queen qui dit elle aussi « *la fin de vie d'un patient, c'est pas un événement bien, mais c'est des événements qui font grandir, qui font cheminer* » (lignes 130/131, annexe V).

Brook dit que lorsque nous ressentons des affects, il faut savoir les analyser afin de les travailler et que les affects « *ça apprend à grandir* » (ligne 265, annexe II). En effet faire face à la mort, à une personne en fin de vie demande au soignant de faire face à des émotions intenses ressentie non seulement envers le patient mais aussi sur sa famille. Ainsi, voir la mort de près et voir la douleur qu'une famille peut ressentir face à cela peut amener le soignant à se poser diverses questions en lien avec son existence et sa propre finitude. Aussi, faire face à la mort montre au soignant que la vie pour certain ne peut tenir qu'à un fil et cela peut permettre au soignant de réfléchir notamment sur ses valeurs, ses priorités et donc de ce fait apprendre de lui-même et donc grandir.

Souvent dans ces histoires racontées, Brook nous parle de sentiment de culpabilité soit directement « *sentiment de culpabilité, si on n'arrive pas à octroyer du temps le patient ou à faire ce que l'on voudrait faire pour lui* » (lignes 148/149, Annexe II). Ou encore, indirectement avec des phrases telles que « *pour voir qu'est-ce qu'on a pas fait, qu'est-ce qu'on aurait pu faire ..* » (lignes 158/159, Annexe II). On ressent aussi fort, ce sentiment de culpabilité à travers son histoire « *je me sentais coupable* » (annexe, ligne 237/238).

De part ces phrases que Brook nous dit on ressent bien cette culpabilité de ne pas avoir fait assez. Cette phrase « *je me sentais coupable* » (ligne 238, annexe II) toujours en lien avec la mort d'une de ses patientes me fait revenir à ce sentiment d'impuissance qu'un soignant peut ressentir face à la mort, mais aussi de faire face à sa tristesse, je rappelle que quand cette histoire est arrivée, Brook travaillait en EHPAD, et donc ce sentiment de culpabilité peut d'autant plus être plus fort étant donné qu'elle avait appris à connaître la résidente et malgré la distance imposée, peut-être même l'aimer.

Pour Haley dans chacune de ses histoires, son vécu a un enjeux crucial dans la prise en charge du patient et elle fait part de l'importance d'une équipe dans une structure afin de pouvoir laisser la main si, celle-ci ne se sent pas. Il est vrai, que l'équipe est une notion très importante dans le médical cela permet de pouvoir communiquer, d'être comprise et trouver ensemble des solutions aux problèmes rencontrés.

D'autre part, Haley nous dit « *et nous.. on ne s'est pas retenu, on a pleuré avec elles* » (lignes 331/332, annexe III). Suivie de « *mais on se dit, c'est nous les professionnels, mais on a pas à pleurer en fait* » (ligne 334, annexe III). Brook aussi dit « *il m'a posé des questions, j'arrivais plus à aligner deux mots* » (lignes 209/210, annexe II). Ces phrases, je me permets de les coupler avec la question « peut-on échapper aux émotions » question que j'ai posé à la fin de mes entretiens aux différentes infirmières. Queen a répondu « *faut pas pleurer, faut pas faire-ci, faut pas faire-ça* » (lignes 155/156, annexe V). On voit à partir de ces phrases, toute la complexité du métier de soignant et on en revient une nouvelle fois à l'être humain.

Un soignant doit-il cacher ses émotions ? C'est une question auxquelles plusieurs professionnels de santé se posent. Mais pourquoi ? Lorsqu'on est soignant, on fait face à des êtres humains, en retenant nos émotions, est-ce-que cela fait de nous de meilleurs soignants ? Ou bien tout à fait le contraire ?

Et ainsi comme le dit Queen, Brook, ou encore Haley, les affects ou les émotions « *il faut les accepter, faut les identifier, faut les analyser* » (Lignes 265/266, annexe II). Toutes m'ont répondu la même chose sur la question des émotions mais ne m'ont pas dit comment elle procédait pour arriver à cela à travers des phrases directes.

Queen pour cette question me répond aussi « *pour moi c'est une prise de risque entre le soignant et le soigné... le risque d'être envahi par ses sentiments, de ne plus avoir le contrôle sur la relation même parfois d'en souffrir* » (lignes 164-168, annexe V). On voit bien là, toute l'importance pour Queen de la relation soignant-soignée, mais aussi les risques que cela peut comporter. Queen nous fait bien comprendre que pour elle la relation peut amener à des émotions et une perte de contrôle sur ce qu'elle ressent et donc se laisser envahir par cela, on entend bien que pour elle une relation n'est pas sans conséquence.

De plus, Queen dit « *il faut rester lucide, en disant que gérer ses émotions, n'est pas une chose facile, hein !* » (ligne 176, annexe V).

Hors, nous avons bien vu que lorsque nous essayons de négliger nos émotions, la prise en charge n'est plus la même et ainsi cela peut amener à plusieurs conséquences néfastes pouvant ainsi poser un questionnement sur l'avenir de métier d'infirmier comme la souligner Haley dans

l'une de ses phrases, je cite « *c'est pour ça, que moi je suis partie de l'EHPAD .. je me disais est-ce-que j'ai vraiment envie de continuer ce travail quoi !* » (lignes 434/435, annexe III).

Nous savons que le métier de soignant est un métier très difficile, car il engage son humanité, sa conscience. Travailler avec des êtres humains, est un métier magnifique mais ce métier peut aussi être dévastateur. Est-ce pour cela que l'on dit qu'une infirmière une fois diplômée, a une durée de vie de sept ans ?

Queen dit « *occulter ses émotions, déshumanisent totalement la relation* » (ligne 194, annexe V). Il est vrai, que si nous n'avons aucune émotion, aucune sensibilité, je pense que nous perdons toute humanité et que cela empêche de vivre la relation soignant-soignée car occulter ses émotions, peut faire penser qu'une barrière est mise en place entre le patient et le soignant alors qu'une relation est normalement basée sur la confiance.

Pour Alex, au niveau des émotions elle dit, « *j'arrive à prendre énormément de distance face à toutes les situations, je connais mes limites et puis ce n'est pas mon histoire, ce n'est pas ma famille* » (lignes 104/105, annexe IV).

L'infirmière Alex, elle semble la plus détachée au niveau affectif et émotionnel. Lorsqu'elle me racontait son histoire, Alex a rajouté : « *j'ai accepté d'être touché, j'ai accepté que l'histoire était douloureuse* » (ligne 101, annexe IV). Alex, lors de cette situation a accepté d'être touchée, de reconnaître qu'elle avait ressenti des émotions pourtant elle me dit « *je ne suis pas touchée par la situation, puisque je prends de la distance* » (ligne 106/107, annexe IV).

La distance n'est pas une chose facile à mettre en place, peut-être est-ce avec son expérience qu'elle arrive à ce jour à penser comme cela, peut-être pense-t-elle qu'en mettant de la distance dans toutes les relations lui permet de ne pas manquer à son devoir de professionnel de santé, qui est de soigner le patient ?

À travers son discours, cela me fait penser qu'elle « s'interdit » de ressentir des émotions en connaissant ses limites, cela lui permet-elle de prendre plus sereinement les différentes prises en charges surtout aux urgences ?

Durant ces trois années de formation, on nous raconte qu'il faut se connaître soi-même. Hors, il est vrai aussi, que durant ces trois années de formation, je dirais qu'on apprend de soi-même des côtés encore jamais découverts auparavant. Pour ma part, je pense que nous ne nous

connaissons jamais assez bien, mais il est vrai que l'importance de connaître ses limites permet de ne pas se laisser envahir par ses émotions et ses affects dans le métier de soignant.

Haley dit à travers l'une de ses phrases que « *si tu prends bien en charge quelqu'un.. t'as l'impression d'avoir fait quelque chose de bien* » (lignes 406/407, annexe III). Se sentons-nous redevable aux yeux du patient ? Est-ce parce que nous portons la blouse blanche et donc vu comme des héros ? Cette phrase « *d'avoir fait quelque chose de bien* » m'évoque en effet la vie de tous les jours car il est vrai que nous ressentons tous et toute cette satisfaction lorsqu'un patient a été pris en charge correctement, mais est-ce pour autant suffisant pour avoir quelque chose de bien ?

Je suis convaincu avec les recherches que j'ai pu travailler dans ce mémoire, qu'exprimer ces émotions ajoutent de la valeur, de l'importance au patient, à autrui et que derrière cette blouse, il y a un être humain, qui n'a pas que des connaissances théoriques, mais aussi des expériences, une vie et que ceux-là font partie intégrante de nous-même et de notre façon de voir les choses et de soigner le patient.

D'ailleurs, Haley dit « qu'on ne devient pas soignant par hasard ». Être soignant est avant tout une vocation et ainsi pour faire ce métier, il faut avoir de l'humanité, aimer l'humain. En effet, face à des patients avec différentes pathologies, des patients en fin de vie ou autres demandes de la part du soignant un engagement éthique.

En effet, je me rappelle que lors d'un cours, un professeur nous avait dit et il est vrai que je me suis toujours posé la question, la phrase était : nous ne choisissons pas ce métier par hasard et qu'il fallait néanmoins se poser la question et y répondre pour pouvoir trouver un sens à nos soins.

À la question « *on peut dire qu'une relation est traversée par la notion affect et sentiment, qu'est-ce-que cela représente pour vous dans votre travail et pourquoi ?* ». Chaque infirmière nous dit qu'à partir du moment où il y a une relation cela engendre forcément des affects et des sentiments.

Pour Queen, « *c'est quelque chose dans notre travail qui est difficile* » (ligne 87, annexe V) mais aussi « *et pour moi, c'est quand même quelque chose qui peut être, auquel on peut s'y*

brûler » (ligne 90, annexe V). Faire référence au mot « Brûler » me paraît intense mais réelle. Être soignant c'est prendre des risques constamment, il est vrai que nous travaillons avec des êtres humains et non des objets et que nous sommes tous et toute un moment ou un autre, confrontés à des sentiments et des affects quoi qu'il arrive. Pour Queen, la relation est synonyme de brûler pour elle, on ressent bien que la relation est quelque chose qui lui fait peur malgré tout et part cette phrase, on peut comprendre qu'instinctivement une distance va se mettre en place de peur d'affronter ses propres émotions.

Haley elle, dit « *un moment donné, je pense que tu as une jauge tu vois d'émotions, ça grimpe, ça grimpe, ça grimpe, un moment donné, faut que, faut vider, faut vidanger.. ta pas le choix* » (ligne 280-282, annexe III), « *et pour cela chacune à sa façon différente de « vidanger » puis des fois tu vidanges à la maison* » (ligne 284, annexe III) ou encore « *juste quelqu'un qui t'écoute* » (ligne 286, annexe III). Haley évoque l'émotion par des pleurs, l'émotion est pour elle négative. Aussi, elle compare l'émotion à une jauge qu'il faut vidanger. On peut donc sous-entendre, qu'Haley est une personne qui ne montre pas forcément ses émotions et c'est lorsqu'il y a un trop-plein et que celle-ci n'est plus en capacité de les gérer qu'elles les montrent.

Par ailleurs, elle nous dit, « *juste quelqu'un qui écoute* » j'en conclus donc qu'Haley a ce besoin de communiquer notamment avec sa famille pour réussir à se sentir mieux, l'écoute et la parole sont donc des moyens primordiaux pour Haley.

De plus, Haley nous dit « *on est des éponges, tu absorbes, tu absorbes, tu absorbes les émotions, le mal-être de tout le monde, ben un moment donné, il faut l'essorer l'éponge* » (lignes 395/396, Annexe III). En analysant cette phrase, je me rends compte que les soignants absorbent constamment les dires des patients et Haley nous montre l'importance de vider ses émotions à travers sa phrase. Je pense qu'Haley a voulu me dire, que son moyen à elle était simplement de pleurer pour se sentir mieux et affronter les autres patients.

Pour d'autre, l'équipe à un rôle important, et pour Brook, dans sa première histoire, elle fait référence à une lecture qui l'a beaucoup aidé à traverser ses moments qui ont été difficiles à passés. D'ailleurs ce qui semble intéressant dans ses propos, c'est qu'elle dit dans son discours, qu'à l'époque, il était difficile de s'entretenir, de parler, et donc d'y faire face, elle compare l'époque actuelle à l'époque d'avant et il est vrai, que même en étant diplômée aide-soignante, je n'aie jamais connu cette époque, et que le fait de pouvoir communiquer me paraît important

dans l'avenir du métier, pour affronter les événements, et ne pas se laisser déborder par tout cela, afin justement de ne pas les ramener à la maison. Brook dit aussi, que cette lecture a été faite « *pour mieux comprendre et appréhender la mort* » (ligne 221/222, annexe II). On voit bien là, ce que Brook a essayé de mettre en place pour comprendre ses émotions qu'elle a ressenties.

Par ailleurs, elle continue sa phrase en disant « *mais en fait je m'en rappelle encore donc voilà* » (ligne 222, annexe II) ou encore « *je m'en rappelle comme si c'était hier* » (ligne 184, annexe II). Une fois encore on comprend bien que la mort, que les situations vécues ne sont pas faciles. En tant que soignant, nous sommes constamment confrontés à la dureté des situations. De plus, s'en souvenir après plusieurs années montre bien que les histoires rencontrées touchent à vie et que malgré la lecture, les émotions sont encore bien présentes.

C'est d'ailleurs le cas que Queen qui dit « *je me suis questionnée et mon retour de vacances j'irai voir la psychologue, pour pouvoir en discuter justement pouvoir cheminer, avancer, progresser aussi dans ma prise en charge émotionnelle* » (lignes 141-143, annexe V). En effet, faire intervenir les différents acteurs dans un événement survenu, n'est pas une honte, parfois cela aide énormément à traverser la dureté du métier et donc d'éviter les burn-out qui sont malheureusement trop fréquents dans ce métier.

D'ailleurs, Queen dit bien qu'allait voir une psychologue va ainsi l'aider à avancer, progresser dans sa prise en charge émotionnelle, on peut supposer que Queen à travers son histoire a pris conscience de la douleur que cela lui imposait et que pour elle, cela lui paraissait important d'apprendre d'elle-même, sûrement d'évoquer sa culpabilité qu'elle a dû ressentir auprès d'un professionnel de santé afin que cela ne se reproduise plus.

Je pense que la citation que Haley a mis dans son mémoire conclus très bien cette partie avec « *en soin infirmier, les expériences habitent la tête et la main, mais elles demeurent sans valeur, si elles n'appliquent pas aussi le cœur* » (ligne 228/230, annexe III). Cette citation qui montre bien qu'un soin doit être fait avec le cœur et que la technicité finalement n'est pas suffisante pour un soin.

6.2.2 La phénoménologie, le patient au cœur du sujet

Dans le cadre de ma recherche, j'ai pu apprendre le concept qui me paraît en réalité très important dans une prise en charge et qui est malheureusement peu connu sous ce nom : la phénoménologie.

Il était donc important pour moi de demander à chaque personne interrogée, sans employer ce mot, directement car peu le connaissent, la question « *est-il important pour vous, de prendre la personne dans sa globalité (ce qu'il aime, ce qui le préoccupe) en tant que sujet et pourquoi ?* ».

Toutes les infirmières interrogées ont le même point de vue au niveau du patient.

Brook fait référence aux différentes cultures rencontrées. Elle dit, « *je vais m'adapter à lui* » (ligne 43/44, annexe II) ainsi cela l'amène sur la stigmatisation. Elle dit « *sinon je vais rentrer dans un jugement, je vais les stigmatiser ou les mettre dans une catégorie ça n'a aucun sens* » (ligne 52/53, annexe II). Pour Brook, comprendre l'autre lui paraît important, elle fait référence au soin sans jugement comme vue précédemment dans mon cadre de référence. On voit bien que pour elle, il est important de ne pas faire de jugement qui pourrait compromettre sa relation avec autrui.

Pour Haley, « *notre but au bloc, c'est que les gens gardent un bon souvenir* » (ligne 80, annexe III), Pour elle, le patient, qui va se faire endormir, génèrent en effet énormément d'angoisse et d'ailleurs, elle fait référence dans un autre paragraphe, que si un patient doit subir une opération plus tard, bien plus grave, en ayant gardé un bon souvenir du bloc où il est passé, il aura peut-être moins peur d'y retourner.

Le fait que le patient garde un bon souvenir de son opération est pour elle primordiale. En effet, elle nous fait comprendre dans son discours que se faire endormir n'est pas un geste anodin. D'ailleurs pour Haley, endormir une personne sans la prendre en considération lui paraît totalement impossible, je cite « *bon allez, installez-vous voilà on vous met le masque sur le nez et à tout à l'heure quoi !* » (ligne 46/47, annexe III), suivie de « *c'est quoi cette prise en charge* » (ligne 48/49, annexe III). De par cette phrase, on voit bien l'importance de la prise en

charge de la personne soignée, une opération reste à jamais gravé dans les mémoires et il est dont important pour elle que la personne en ressorte satisfait.

Pour Alex « *se soucier de la personne est très important* » (ligne 48, annexe IV). Comme pour Queen qui dit « *écouter ses peurs, ses envies* » (ligne 33, annexe V). Cela me fait d'ailleurs penser, à une histoire qui s'est très récemment passée dans un lieu de stage, un patient qui est en fin de vie, à domicile, avec sa femme et ses enfants. Ce patient est atteint d'un cancer ORL et d'après le médecin, il ne lui reste que six mois à vivre.

Il porte donc une chambre implantable, qu'il faut changer tous les dix jours et qui génère chez lui des douleurs intenses malgré sa Pompe de Morphine.

Je raconte cette situation car, c'est une situation qui pour moi se rapporte à la phénoménologie, aux envies du patient. Ce patient a clairement évoqué à une infirmière lorsqu'ils étaient seuls à seuls, qu'il ne voulait plus « qu'on le touche, qu'on le pique ». Tout simplement, qu'il en avait marre et qu'il voulait « mourir ».

Quant à la famille, eux ne se sentaient pas prêt à le laisser partir, il ne voulait pas arrêter l'alimentation ni mettre en place de l'Hypnovel conseillée par l'équipe de soins palliatifs.

À l'heure où j'ai écrit ce mémoire, ce patient est toujours en train de « subir les soins » selon ses dires, alors que ce n'est pas son envi et que celui-ci est complètement cohérent.

Je comprends très bien qu'il est difficile pour la famille d'accepter que leur papa/mari veuille simplement partir et je dois avouer que je ne comprends pas pourquoi le personnel médical n'écoute pas son souhait qui est de le laisser tranquille, de ne plus le piquer.

En effet, je peux comprendre que pour la famille, cela n'est pas un moment facile, écouter leur papa, écouter son mari, ne pas penser à sa place impliquerait de l'entendre et donc d'accepter ses choix et ce qui impliquerait d'accepter de ressentir des émotions, accepter de pleurer, accepter de le laisser partir et de ne plus le revoir. Veulent-ils échapper à leurs émotions ? Le font-ils pour eux où pour lui ?

Quant au soignant, cela me ramène comme au premier paragraphe, voir la souffrance, la maladie, et ce que cela impliquent les ramène à leur propre mort, à leur propre finitude. Voir

cela, voir l'état de ce patient montre ce que peut-être la vie et cela demande au soignant de pouvoir l'entendre. En effet, le patient, c'est nous, l'autre c'est nous ! La seule différence qu'il y a entre le patient et le soignant est la blouse que nous portons, mais peut-être que demain je serais à sa place et est-ce que j'aimerais qu'on n'entende pas ce que je demande ?

Je me doute bien qu'il est facile pour moi de me questionner sur ce sujet, je ne suis qu'à l'heure actuelle étudiante et je ne prends aucune décision, mais ayant étudié la phénoménologie pour moi, il est compliqué de voir le patient souffrir, et ses souhaits non pris en compte.

D'ailleurs, Queen, lors de son histoire sur la jeune femme atteinte d'un cancer, dit « *des fois se dire que notre volonté de soignant n'est pas forcément la volonté de la famille, de la patiente* » (ligne 108/109, annexe V). Elle, la patiente, demande le contraire de ce que le patient demandait, elle dit à Queen « *elle voulait s'accrocher mais nous en tant que soignant, la voir souffrir, c'était pas la solution* » (ligne 115/116, annexe V). J'en conclus donc, qu'en tant que soignant il nous est difficile de voir et de regarder souffrir un patient, car cela n'est normalement pas le but de notre métier. Là encore, nous faisons ce métier pour soigner, mais parfois il faut se rendre à l'évidence, il en est impossible. Et voir le patient souffrir peut nous faire mal, il faut savoir écouter le patient, ses envies, ses désirs, lui seul est maître de son corps, lui seul est capable de ressentir ce qu'il ressent et surtout lui seul à le pouvoir de décider sur sa vie.

Comme le dit Angèle Lieby dans son livre une larme m'a sauvé « *le problème en réalité, est peut-être que le ressenti du patient n'est pas toujours la principale préoccupation* » (Lieby, A, 2013, P.175)

Comme le dit Queen voir souffrir la patiente, n'était pas la solution, cela me ramène sur le fait de penser que le soignant normalement, est censé soigner, ce sentiment d'échec, là ici de la voir souffrir, implique à Queen une douleur mais aussi une question éthique de la souffrance de l'autre.

6.2.3 : La relation soignant-soignée et la notion d'empathie

Lors de mon cadre théorique, il est question de la singularité d'une relation, il en est ressorti l'importance de l'écoute dans une relation et l'importance de la connaissance de soi.

Lors de mes entretiens passés, je me suis permise de leur poser deux questions, en rapport avec ce thème.

La première étant « *une partie de votre travail consiste à être en relation avec le patient, comment vous vivez ces relations et ce qui vous paraient important ?* » et la deuxième, « *lorsque vous êtes en relation avec un patient, comment vous décrivez cette relation en prenant en compte son vécu sur la maladie, et les implications que cela amène au patient ?* ».

Pour toutes les infirmières interrogées, la relation semble primordiale entre le soignant et le soigné.

Pour deux d'entre elle, Brook et Alex l'accueil est le moment le plus important dans leur prise en charge, je cite « *l'accueil du patient* » (ligne 16, annexe IV) ou encore « *à la rencontre.. pour moi, c'est déjà là où tout se joue* » (ligne 20/21, annexe II).

Pour Brook « *c'est là .. ou on va établir un lien de confiance* » (ligne 22, annexe II). Nous comprenons donc, que la confiance que le soigné accorde au soignant est une notion très importante à leurs yeux. Aussi, nous comprenons qu'accueillir un patient leur est important. Que lors du premier accueil pour elle, il est important de regarder et de se faire un premier avis sur la personne qu'elles vont soigner et de même pour les patients. On peut penser que pour elle, accueillir le patient leur permet d'établir ce premier lien qui va leur permettre d'effectuer des soins de confiance et de mieux connaître la personne soignée.

Aussi, Haley dit « *nos mots, ont un impact sur les gens* » (ligne 18/19, annexe III). Il est vrai que les mots des soignants doivent être bien choisis, les mots peuvent en effet renforcer la confiance dans la relation soignant-soignée et par ailleurs avoir un impact sur le psychique de la personne notamment au bloc opératoire ou dans d'autres lieux d'ailleurs.

Pour Queen la relation « *c'est une entrée en contact qui peut être de plusieurs façons, verbale, physique, gestuelle, visuelle* » (lignes 18/20, annexe V). On peut alors imaginer avec cette phrase que le patient est au cœur du sujet. On voit bien là, qu'il n'y a pas que l'existence de la technicité qui prime d'ailleurs, Queen nous dit « *oublier la robotisation, des, de nos actes* » (ligne 22, annexe V).

Cela me fait penser à une phrase qui me semble en lien, citée par Brook, et qui dit « *c'est une position différente.. le patient.. position de faiblesse.. et que le soignant.. position de supérieur* » (lignes 30/31, annexe II) ou encore « *parce qu'il est soignant, il est censé savoir* » (ligne 32, annexe II). La notion de supériorité est une notion que j'ai citée plus haut dans mon cadre de référence. Aussi la notion de robotisation, me renvoie là encore à mon cadre de référence et le fait de ne pas anticiper le soin pour l'obtention de résultat.

De par leurs phrases, nous ressentons bien que chaque personne est unique et qu'il en va de même pour la prise en charge. Pour moi, il me semble que ces deux phrases peuvent se compléter. Il est vrai que de nos jours, la technicité prime plus que la personne en lui-même. Les actes effectués peuvent parfois devenir des actes non réfléchis, et cela peut faire peur. Quant à l'être humain pris en charge, il peut vite se sentir oublier derrière la technique, nous savons que le soin ne peut fonctionner sans technique, bien évidemment celle-ci reste indispensable pour « soigner » une personne mais parfois l'être humain et la relation peut passer au travers et parfois même sans s'en apercevoir.

Cela me fait penser que j'entends bien trop souvent « que la relation, ce n'est pas un acte quantifié ». Lorsque nous devons programmer et valider les actes sur l'ordinateur, il est vrai que la relation n'apparaît pas hormis en psychiatrie sur le plan de soin. Est-ce pour autant que celle-ci doit être négligée ?

À travers, les divers entretiens menés, j'ai pu constater que l'être humain est pris en compte par toutes, établir une confiance, permet-il au soignant de se sentir plus proche du soigné quand celui-ci le lui accorde ?

Brook dit que pour elle, la relation « *c'est un échange et un partage* » (ligne 27/28, annexe II). Dans le récit de Brook, on entend bien la bienveillance que celle-ci donne dans les relations de soin. Nous ressentons également l'expérience mais aussi à travers ce qu'elle dit, nous ressentons la personne humaine qui se cache derrière ce métier d'infirmière et cette blouse.

Haley elle, fait intervenir dans son dialogue la notion d'empathie, elle dit « *tu ne peux pas être une bonne soignante si tu prends pas en considération des gens, on n'est pas des machines* » (lignes 16/17, annexe III). Tout comme Brook d'ailleurs, qui dit « *l'empathie c'est essentiel*

enfaite, je ne peux pas être en relation avec un patient si je ne fais pas preuve d'empathie.. essayer de comprendre ce qu'il va me dire » (lignes 36-38, annexe II).

Avec tout cela nous voyons bien, la notion d'écoute qui est mis en valeur dans leur soin. Avec la phrase « on n'est pas des machines » on voit bien la singularité et l'importance de l'être humain, ce qui me réfère une nouvelle fois à la phénoménologie citée plus haut dans mon cadre de référence ainsi que la notion d'exister. Dire que le patient n'est pas une machine, m'évoque toute la bienveillance qu'a cette infirmière avec le patient.

D'ailleurs, Haley dit par la suite « *on doit vraiment les rassurer, les écouter, apaiser les choses* » (ligne 26/27, annexe III). Aussi, Haley fait référence à la vulnérabilité.

Il est vrai, que dans mon cadre de référence, je n'y est pas prêté attention, elle dit « *que tu es 5 ans, 20 ans, 30 ans, 60, t'es nu sous ta blouse.. t'es un peu vulnérable.. tu gère rien* » (lignes 21/22, annexe III). Haley travaillant au bloc opératoire, cette phrase qu'elle a citée montre bien l'importance de la prise en charge et le respect qu'un soignant doit avoir auprès du patient. Comme elle le dit, le patient ne gère rien, il va se faire endormir, et en quelque sorte, il n'a pas vraiment le choix, il ne sera plus maître de lui-même et sera entre les mains des soignants, donc si les soignants n'éprouvent pas un minimum d'empathie, et d'humanité est-il possible d'effectuer ce métier, quel que soit le service où nous sommes ?

De plus, dans sa phrase elle montre bien que pour elle, l'âge n'a pas d'importance, que lorsque tu es un patient, quelque soit l'âge, la prise en charge doit être la même.

Pour Alex, l'infirmière intérimaire, sa phrase « *seulement une partie* », m'a interpellé. C'est vrai que la question posait aurait dû être « votre travail consiste à être en relation ». On entend bien, à partir de cette phrase, que pour elle la relation est primordiale et que la question posée l'a surprise. Elle a d'ailleurs continué avec « *tout le travail consiste à être en relation* » (ligne 13, annexe IV).

Elle continue son dialogue en disant que pour elle « *il est important, de parler, de communiquer avec le patient* » (ligne 22, annexe IV). A travers son dialogue, parler mais aussi regarder l'autre lui paraît important voire même primordiale. C'est d'ailleurs, la finalité de ses deux histoires racontées.

Aussi, elle termine sa réponse par « *il est important, enfin pour ma part de prendre de la distance face à une relation* » (lignes 41/42, annexe IV). De par cette phrase, on sent bien que cela est une nécessité pour elle, elle l'a d'ailleurs répété à plusieurs reprises dans ses dialogues, notamment qu'elle avait cette nécessité à prendre de la distance. Est-ce un mécanisme de défense instauré consciemment ou inconsciemment de sa part ? Comme dit dans mon cadre de référence, est-ce qu'elle connaît bien ses limites et ainsi ne ressent-elle pas de douleur, ou peut-être le croit-elle ?

On peut imaginer que prendre de la distance, lui permet de garder ce côté très professionnelle. Et cela, lui évite de rentrer en relation avec le patient un plus intimement. Prendre de la distance la rassure pourtant, on entend bien que lors de sa première histoire en lien avec la petite fille, elle a quand même été touchée.

Quant à Queen, l'infirmière qui travaille en oncologie, remplaçante infirmière libérale, elle nous dit « *la relation, selon moi, correspond à la rencontre en contact de deux êtres humains* » (ligne 18, annexe V).

Elle dit aussi « *je la vis comme le cœur de mon métier* » pour elle « *sans relation, le soin n'existe pas* » (ligne 20, annexe V).

Enfin elle termine par « *nous sommes avant tout des humains.. avec nos âmes et notre façon d'exister* » (lignes 22/23, annexe V). Ce qui me fait penser que pour elle, le soin prodigué dépend de la façon dont on voit les choses, de notre passé, de notre existence. Il me semble, que nous ne faisons pas ce métier par hasard et que la personne qui se tient devant nous, peu importe son âge, son vécu, sa maladie celui-ci a le droit d'avoir auprès de lui un soignant qui éprouve de l'humanité, de la bienveillance du respect afin de le prendre en charge le mieux possible, ainsi cela permet d'être au plus près du patient, d'entendre sa souffrance tel que nous devons l'entendre.

À la deuxième question, celle-ci plus compliquée à comprendre pour les personnes interrogées, j'ai voulu faire intervenir la notion de maladie dans la relation, j'ai voulu interroger les soignants afin de voir si cette relation change en prenant en compte sa maladie.

Pour Brook cette relation « *change, il faut en tenir compte car qui mieux que le patient quand il a une maladie chronique sait ce qu'il a et ce qu'il ressent* » (ligne 67/68, annexe II). Elle continue de faire référence à la théorie avec sa phrase « *même les soignants avec leurs savoirs... on a certes les connaissances théoriques.. mais on ne la vis pas* » (lignes 69/70, annexe II).

Une fois encore, nous voyons bien que Brook prend en compte les dires du patient. Pour elle, cela est indispensable dans ses soins, et on peut penser que la relation et le programme de soin se construit à travers à cela.

De plus, elle dit « *à mon sens, il sait quoi, il peut même m'apprendre des choses* » (ligne 80/81, annexe II). De par cette phrase, on entend bien l'égalité admise entre le soignant et le soigné, chacun peut apprendre à l'autre l'un de par ses cours et l'autre de par son vécu. Mais n'est-ce pas vrai, qu'un soin ne se fait correctement qu'à partir du moment où la personne est considérée comme tel ?

Je trouve que Brook, garde une ouverture d'esprit assez surprenante et intéressante, en disant qu'il peut lui aussi, lui apprendre des choses, pour moi, c'est prendre en considération le patient, et ainsi n'est-il pas plus facile d'établir une relation de confiance quand les deux sont égaux ?

Haley elle, dit « *on a de l'empathie pour tout le monde, mais tu vas peut-être avoir un peu moins d'empathie pour une jeune qui va venir se refaire le nez... plutôt que quelqu'un qui va se faire poser une gastrostomie parce qu'il est en chimio.. et que tu sais que c'est l'opération de la dernière chance !* » (lignes 108-112, annexe III) suivi de « *t'es censé prendre chaque personne en charge correctement* » (ligne 114, annexe III). S'est-elle senti coupable d'avoir émise cette phrase ?

Haley rajoute « *ta prise en charge peut pas être la même pour tout le monde* » (lignes 126/127, annexe III).

Une nouvelle fois, avant d'être soignant nous sommes humains et parfois il peut être plus difficile de face à certaine maladie qui amène, si je peux dire à la mort et ce sentiment d'impuissance. J'entends par sa phrase un sentiment de culpabilité, « opération de dernière chance » qu'en est-il de l'échec, comment doit-elle l'appréhendait ?

Cette différence qu'elle fait entre une chirurgie esthétique et une opération de dernière chance peut-être me questionne. Pense t'elle, en évoquant ces deux phrases qu'elle s'interdit de penser cela et peut-être pense t'elle qu'à travers ses mots évoqués cela fait d'elle une mauvaise soignante ?

Haley dit « *suivant ton vécu et ton passé, et c'est ce qui fera aussi que tu seras une bonne infirmière* » (ligne 122/123, annexe III). Pour elle, on peut penser que l'expérience à un rôle important dans la façon de prendre en charge la personne, on entend bien à travers son discours, que Haley prend en compte son vécu cela l'aide je pense, à mieux comprendre les souffrances d'autrui et donc ses préoccupations et ses besoins.

Pour Queen, il est important « *d'apprendre à connaître le patient, son vécu, ses antécédents, sa façon de voir les choses, pourquoi, comment, donc c'est très important pour moi* » (lignes 61/62, annexe V) . A cette question, elle me fait part d'un exemple qui me paraît cohérent pour ainsi me dire que chaque relation est unique et surtout chaque personne est unique, elle dit « *chaque soin est différent* » (ligne 49, annexe V) suivie de « *la pose d'un cathéter avec Monsieur A et la pose d'un cathéter avec Monsieur C, ça ne vas pas être le même déroulement* » (lignes 54/55, annexe V). On retrouve bien l'importance pour Queen de la personnalisation de ses soins en fonctions des besoins et des désirs des patients qu'elle prend en charge.

A travers ces diverses entretiens, on voit bien toute l'importance de la relation soignant-soignée, de prendre la personne en tant que tel au-delà de la technicité apprise.

On voit aussi toute l'importance de se connaître soi-même, de s'ouvrir à l'autre afin que celui-ci s'ouvre aussi à nous, ayant bien compris qu'une relation s'effectue à deux, pourquoi le patient serait le seul à s'ouvrir, finalement ? Bien évidemment, tout en sachant rester dans le professionnalisme, mais aussi de rester soi-même, pour pouvoir peut-être mieux soigner.

Aussi, à travers leurs entretiens et leurs dires de chacune, on voit bien qu'elles éprouvent toutes de l'émotion, des affects, toute sous différentes formes avec différentes histoires, surtout au contact de la mort et que celle-ci malgré leurs dire essaye de ne plus y penser pour ainsi ne pas y faire face.

De plus comme le dit Queen, « *la relation est la complexité des dimensions qu'elle nous offre est à la fois intrigante, déstabilisante mais tellement enrichissante tant sur le plan professionnel que personnelle* ». J'ai voulu reprendre sa phrase car pour moi, elle évoque ma façon de penser, une relation peut être parfois difficile à gérer au niveau des affects et des émotions, mais celle-ci nous apprend également tellement de nous-même.

Si je ne m'accepte pas comme je suis, comment puis-je accepter d'aider les autres, et comment puis-je apporter des soins authentiques et ainsi accepter autrui tels qu'il est vraiment ?

7 Question de recherche

Ainsi, suite à la réalisation de cet écrit, une nouvelle question se pose à moi :

« En quoi l'acceptation de ses émotions influe sur la prise en considération de la singularité du patient ? »

8 Conclusion

À travers ce travail de fin d'étude et malgré la difficulté que j'ai pu rencontrer par moment, cela m'a permis de m'enrichir sur ma façon de penser, mais aussi d'apprendre de moi-même.

Réaliser ce travail avec tous ces thèmes abordés, toutes ces lectures faites, ont été enrichissantes et changeront ma manière de faire et de voir les soins ainsi que le métier d'infirmier. Ces lectures qui parfois m'ont interpellées plus que d'autres, m'ont permis une grande remise en question sur la personne soignée et sa prise en charge.

Effectuer ces différents entretiens, tous intéressent autant les uns que les autres, m'a appris qu'il y avait différentes prises en charges et que chacune d'entre elles étaient tout autant

intéressantes, qu'il n'y a pas qu'une seule façon de prendre en charge une personne et que chaque service de soin est apprenant et humain.

À travers ce mémoire, j'ai pu comprendre que les émotions et les affects ressentis avaient une grande importance dans la prise en charge et qu'il ne fallait pas en avoir honte ni même les négliger.

Elles font partie intégrante de nous-même et déterminent le soignant que nous allons être demain. Néanmoins, cela reste une question que beaucoup trop de soignant se pose, et se refuse de s'y confronter de peur de ce que la relation peut nous transmettre et sans doute ne plus être soi-même lors du soin prodigué.

J'ai pu réaliser que l'expérience dans la relation soignant-soignée, dans le métier infirmier avait toute son importance. Celle-ci nous apprend à grandir, à se questionner, à apprendre à se connaître et devenir l'infirmier(e) que nous voulons devenir, celui ou celle qui, nous aimerions avoir lorsque nous serons sur un lit d'hôpital.

Mais se laisser toucher par ses affects, ses émotions, n'est pas chose facile, surtout lorsque cela touche à la mort de près comme de loin, cela ramène au soignant la vision de sa future mort ou celle de ses proches, une chose inconnue auxquels tout le monde devra faire face dans des conditions qui parfois peuvent être brutale, terrible et cela peut faire peur.

Également ce mémoire m'a renvoyé, sur une partie de moi-même que je ne connaissais pas.

En prenant cette situation d'appel, qui parle des affects ressentis et de la mort m'a fait comprendre qu'il fallait, même si cela peut être difficile : s'accepter. C'est-à-dire accepter son passé pour ainsi aider son prochain tel qu'il en a besoin et même si cette situation abordée en premier lieu a fait écho en moi, et m'a fait faire face à mon amie qui s'est suicidée il y a quelques années maintenant, j'ai aujourd'hui compris l'infirmière que je veux devenir, celle qui accepte d'être touchée par ces situations difficiles en essayant de ne pas les refouler et ainsi prendre le vécu et le passé comme une force, ne pas ignorer ses blessures afin d'être l'infirmière idéale, enfin mon image de l'infirmière idéale, et pour ça je ne t'oublierai pas Célia !

9 **Bibliographie**

2 - *Le normal et le pathologique - Cours de Psychologie*. (s. d.).

<https://www.psychologie.fr/cour/5-22/2-le-normal-et-le-pathologique.html>

Boute, S. (s. d.). *Lumières de Carl Gustav Jung / The Work*. <https://thework.fr/lumieres-de-carl-gustav-jung/>

Dastur, F. (2009). La question philosophique de la finitude. *Cahiers de Gestalt-thérapie*, 23, 7-16. <https://doi.org/10.3917/cges.023.0007>

Détresse et suicide | *SantéPsy.ch*. (2023, 12 mai). SantéPsy.ch. <https://santepsy.ch/la-sante-mentale/detresse-et-suicide/>

Exister est-ce seulement vivre ? - Maxicours. (s. d.). MAXICOURS.

<https://www.maxicours.com/se/cours/exister-est-ce-seulement-vivre/>

Française, A. (s. d.). *Dictionnaire de l'Académie française*. <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9E2986>

la psychiatrie phénoménologique. (s. d.). [Vidéo]. youtube.

<https://www.youtube.com/watch?v=RAhPAGLc4mA>

Larousse, É. (s. d.-a). *Définitions : être - Dictionnaire de français Larousse*.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%c3%aatre/31550>

Larousse, É. (s. d.-b). *Définitions : mort - Dictionnaire de français Larousse*.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/mort/52706>

Larousse, É. (s. d.-c). *Définitions : sensibilité - Dictionnaire de français Larousse*.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sensibilit%c3%a9/72107>

Larousse, É. (s. d.-d). *Définitions : sensibilité - Dictionnaire de français Larousse*.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sensibilit%c3%a9/72107>

Larousse, É. (s. d.-e). *Définitions : suicide - Dictionnaire de français Larousse*.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/suicide/75284>

Larousse, É. (s. d.-f). *Définitions : sympathie - Dictionnaire de français Larousse*.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sympathie/76073>

Larousse, É. (s. d.-g). *phénoménologie - LAROUSSE*.

<https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/ph%c3%a9nom%c3%a9nologie/79096>

L'empathie dans les soins : dossier. (2011).

Les différents rites funéraires. (2020, 1 septembre). Décès-info.fr. <https://deces-info.fr/deces/differents-rites-funeraires>

Les hommes existent-ils de la même façon que les choses ? - Maxicours. (s. d.).

MAXICOURS. <https://www.maxicours.com/se/cours/les-hommes-existent-ils-de-la-meme-facon-que-les-choses/>

Libertyweb. (2019, 11 septembre). De la Lumière aux Ténèbres - Carl Gustav Jung - Editions Arqa. *Editions Arqa*. <https://editions-arqa.com/2012/02/26/de-la-lumiere-aux-tenebres-carl-gustav-jung/>

Lieby, A., & De Chalendar, H. (2013). *Une larme m'a sauvée*.

Marzano, M. (2009). *La philosophie du corps*. Presses Universitaires de France - PUF.

Nunsuko, & Nunsuko. (2022). Charles Darwin et les émotions | Artiste conceptuel Nunsuko. *Artiste conceptuel Nunsuko | Bienvenue à bord du Nouvel Ordre Mondial*.

<https://www.nunsuko.com/emotions-primaires-darwin.html>

Peronnet-Valerie, & Peronnet-Valerie. (2023). Suicide : ceux qui restent. *Psychologies.com, psychologie, mieux se connaître pour mieux vivre sa vie | Psychologies.com*.

<https://www.psychologies.com/Moi/Epreuves/Suicide/Articles-et-Dossiers/Suicide-ceux-qui-restent>

[Qu'est ce qu'un affect et une pulsion en psychanalyse - therapie-emotionnelle.fr](https://www.psychologies.com/Moi/Epreuves/Suicide/Articles-et-Dossiers/Suicide-ceux-qui-restent)

Remmas, N. (2017). L'affect dans la relation de soin entre répression et isolation. *Corps & Psychisme*, 71, 135-151. <https://doi.org/10.3917/cpsy2.071.0135>

santé mentale, l'empathie dans le soin. (s. d.). *santé mentale*.

Société psychanalytique de Paris. (2018, 2 décembre). *L'affect, entre psychanalyse et biologie - Société Psychanalytique de Paris*. Société Psychanalytique de Paris.

<https://www.spp.asso.fr/textes/textes-et-conferences/l-affect-entre-psychanalyse-et-biologie/>
[soignant coeur main - Bing images](https://www.bing.com/images)

Svandra, P. (2008). Un regard sur le soin. *Recherche en soins infirmiers*, 95, 6-13. <https://doi.org/10.3917/rsi.095.0006>

Taubes-Isabelle, & Taubes-Isabelle. (2023a). Peur de la mort ou peur de mourir ? *Psychologies.com, psychologie, mieux se connaître pour mieux vivre sa vie | Psychologies.com*. <https://www.psychologies.com/Moi/Epreuves/Deuil/Articles-et-Dossiers/La-mort-pourquoi-il-faut-en-parler/Peur-de-la-mort-ou-peur-de-mourir>

Thème : *Le suicide en France*. (2023, 12 janvier). Statista.

<https://fr.statista.com/themes/2757/le-suicide-en-france/>

Web, P., & Web, P. (2023). Affect. *Psychologies.com, psychologie, mieux se connaître pour mieux vivre sa vie | Psychologies.com*. <https://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Affect>

10 Table des annexes

Annexe I : Guide d'entretien	I
Annexe II : Entretien d'une étudiante infirmière en troisième année.....	III
Annexe III : Entretien d'une infirmière de bloc opératoire.....	XIV
Annexe IV : Entretien d'une infirmière intérimaire.....	XXXIV
Annexe V : Entretien d'un infirmière en Oncologie, remplaçante libérale.....	XLVI
Annexe VI : Grille d'analyse des questions	
<i>Annexe VI.I : Question n°1.....</i>	<i>LIV</i>
<i>Annexe VI.II : Question n°2.....</i>	<i>LV</i>
<i>Annexe VI.III : Question n°3.....</i>	<i>LVII</i>
<i>Annexe VI.IV : Question n°4.....</i>	<i>LVIII</i>
<i>Annexe VI.V : Question n°5.....</i>	<i>LX</i>
<i>Annexe VI.VI : Question n°6.....</i>	<i>LXIII</i>
<i>Annexe VI.VII : Question n°7.....</i>	<i>LXV</i>
<i>Annexe VI.VIII : Question n°8.....</i>	<i>LXVIII</i>
<i>Annexe VI.IX. : Question n°9.....</i>	<i>LXXX</i>
Annexe VII : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude.....	LXXI

Annexe I : Guide d'entretien

Avant de commencer mon entretien, je demanderais à la personne interrogée si je peux l'enregistrer dans le cadre de mon mémoire.

Par la suite, je vais leur demander une brève présentation d'eux-mêmes ainsi que leur parcours professionnel, toujours en lien avec le thème de mon mémoire, mais aussi pour amener un cadre rassurant avant de leur présenter le thème de mon travail qui est : l'affect.

C'est après cela que je commencerai à leur poser les différentes questions prévues dans le cadre de ce travail de fin d'étude :

- ➔ Une partie de votre travail consiste à être en relation avec le patient, est-ce que vous pouvez me dire comment vous vivez ces relations et en quoi cela peut aider à la prise en charge du patient ?
- ➔ Est-ce que vous pensez qu'il est important de prendre la personne dans sa globalité (ce qu'il aime, ce qu'il vit actuellement, ce qui le préoccupe) patient en tant que sujet et pourquoi ?
- ➔ Lorsque vous êtes en relation avec un patient, comme décrieriez-vous cette relation si vous prenez en compte son vécu sur sa maladie, et les implications que cela apportent ?
- ➔ Pouvez-vous me décrire une situation où il s'est passé un événement relationnel (peu importe l'événement) ?
- ➔ Une relation est traversée par la notion affect/sentiment, que cela représente-t'il pour vous dans votre travail et pourquoi ? et comment qualifieriez-vous ce moment-là (bien/ mal par exemple) ?
- ➔ Est-il possible pour vous d'échapper aux émotions ?
- ➔ Est-ce qu'à l'endormissement d'un patient, vous repérez quelque chose chez ce patient et ce que vous en fait ?

Ces questions ont pour but d'amener le soignant interrogé sur les thèmes évoqués dans mon cadre de référence.

Par ailleurs, les entretiens menés n'ont pas de restrictions, je souhaite que les soignants soient libres de leur propre pensée tout en restant dans les thèmes travaillés dans ce mémoire.

Annexe II : Entretien d'une étudiante infirmière en troisième année

1 **« Floriane : Bonjour, je suis étudiante infirmière et je souhaitais vous interroger dans le**
2 **cadre de mémoire. Tout d'abord, m'autorisez-vous à enregistrer notre conversation afin**
3 **que je la retranscrive, bien sûr de façon anonyme ?**

4 EIDE : oui, sans problème.

5 **Floriane : Alors ma première question du coup, c'est pouvez-vous vous présenter et me**
6 **décrire votre parcours ?**

7 EIDE : Euh, j'ai travaillé pendant plus de 20 ans en tant qu'aide-soignante, diplômée depuis
8 1992. J'ai surtout travaillé en psychiatrie, EHPAD, chirurgie, MAS, centre pour aveugle. Et
9 actuellement, je suis en dernière année d'infirmière ou j'aimerais exercer si j'arrive à avoir mon
10 diplôme soit en soins palliatif soit, en oncologie.

11 **Floriane : D'accord, euh donc mon mémoire, je vais euh (silence) en parler, c'est sur**
12 **l'affect ressenti au cours d'une relation et quelle utilité ça à pour la prise en charge de la**
13 **personne, donc ma première question c'est, donc une partie du travail d'infirmier consiste**
14 **à être en relation avec le patient, est-ce que euh, vous pouvez me dire, comment (silence)**
15 **vous avez vécu cette relation et qu'est-ce qui vous paraît important dans une relation ...**
16 **(silence) avec un patient ?**

17 EIDE : (silence), donc quelle que soit la relation, enfin..

18 **Floriane : oui, c'est ça. Oui ce qui est important euh, dans une relation pour vous ?**

19 EIDE : Ben ce qui est important pour moi, déjà euh au niveau de la relation euh tout se passe
20 pour moi déjà au premier accueil, silence, euh alors à la rencontre, en fait, à la première
21 rencontre avec le patient, pour moi c'est déjà là où tout se joue, ou la relation se joue, parce que
22 c'est là où euh, où on va établir un lien de confiance en fait, donc euuh, le premier contact
23 avec le patient pour moi, il est primordial en fait (silence) et ... et ensuite, je sais plus la
24 question, c'est ?

25 **Floriane : c'est que, euuh, euuh, est-ce que, comment vous vivez les relations et qu'est-ce**
26 **qui vous paraît important dans une relation ?**

27 EIDE : (silence), Ben comment je le vis, je la vis, euh (silence), ben pour moi, c'est un échange
28 et un partage en fait, je euh, c'est important en fait, pour moi dans la relation de soin,
29 généralement, (silence), euh, comment dire, (silence), généralement, c'est une position
30 différente. C'est-à-dire que, on peut considérer que le patient il est dans une position un peu de
31 faiblesse entre guillemet et que le soignant pourrait être un peu en position de supérieur parce
32 que euh .. parce qu'il est soignant et qu'il est censé savoir. Mais en fait, moi je pense que euh
33 pour que la relation puisse se créer justement, il faut qu'il y ait cette, cette asymétrie entre
34 soignant et le patient, c'est-à-dire que je vais me mettre à son niveau en fait. Je vais, je vais
35 m'adapter à qui il est, je vais euh essayer de de de de voir qui il est, de savoir euh ce qui le
36 tourmente et euuh et, et pareil pour la, l'empathie c'est essentiel en fait. C'est-à-dire que je peux
37 pas être en relation avec un patient si je ne fais pas preuve d'empathie envers lui donc euh
38 obligatoirement je vais essayer de comprendre ce qui va me, me, ce qui va me dire, ce qu'il
39 ressent, quels sont ses souffrances, euh pour que je puisse moi, de mon côté essayer de lui
40 apporter le soutien dont il a besoin.

41 **Floriane : Donc, on peut dire que, qu'il est important, de prendre la personne dans sa**
42 **globalité, donc ce qu'il aime, ce qu'il vit, ce qu'il le préoccupe en tant que sujet c'est ça ?**

43 EIDE : euh de toute façon je vais prendre en compte, tout ce qu'il est. C'est-à-dire, je vais
44 m'adapter à lui en fonction de... parce que, c'est pareil des fois on a des patients de différentes
45 cultures, qui parlent pas la même langue que nous, je vais faire référence, euh au, au soit aux
46 gitans ou, ou aux Algérien

47 **Floriane : oui**

48 EIDE : Des fois, ils ont du mal avec la langue française, et euh, et donc quand ça peut générer
49 des incompréhensions, euh et donc, ben, là c'est essentiel de, ben si on veut entrer en relation
50 avec ces patients, pour qu'ils puissent bien comprendre, ben c'est essentiel de, de prendre en
51 compte tout ça.

52 Parce que sinon, je vais rentrer dans un jugement et euh, voilà je vais les les stigmatiser ou les
53 mettre dans une catégorie euh, fin voilà, c'est, ça a aucun sens.

54 **Floriane : oui, c'est vrai**

55 EIDE : voilà, je sais pas si j'ai euh

56 **Floriane : oui, oui, c'est pas mal. Euh silence, ben du coup, j'ai fait, une, deux questions,**
57 **enfin j'ai relié deux questions en une. Euh, silence, est-ce que lorsque vous êtes en relation**
58 **avec un patient, donc, (silence), euh comment vous décririez cette relation en prenant en**
59 **compte du coup son vécu de la maladie, et les implications qu'elles peuvent donner fin la**
60 **maladie. Je sais pas si elle est claire ?**

61 EIDE : attendez... comment je décrirais le vécu du patient c'est ça ?

62 **Floriane : comment vous décririez, on est toujours dans la relation (silence) euh**

63 EIDE : oui

64 **Floriane : Mais sur un patient, cette fois-ci qui euh avec son vécu de la maladie, comment**
65 **vous décririez la relation au patient avec le vécu de sa maladie et les implications que la**
66 **maladie a sur lui, est-ce que la relation elle change ou euh, (silence)**

67 EIDE : Ben obligatoirement, elle change. Il faut en tenir compte, car qui mieux que le patient,
68 euh quand il a une maladie chronique sait ce qu'il a et ce qu'il ressent, ben je dirai personne
69 parce que même les soignants avec leur savoir, sur la pathologie, on a certes les connaissances
70 euh, théoriques de la maladie mais on la vit pas en fait. Alors que le patient, non seulement, ben
71 il a acquis avec le temps puisque c'est une maladie chronique des connaissances théoriques de
72 sa maladie, mais en plus il a des connaissances ce qu'il ressent ce, ce qu'il vit à travers la
73 maladie. Donc euh pour moi, le patient, c'est le seul capable de, de pouvoir en parler et exprimer
74 ce qu'il ressent.

75 Donc dans la relation, que j'aurai avec lui par rapport à cette maladie, ben je vais entendre ce
76 qu'il dit en fait, je vais, si je sais pas moi, si euh il exprime une douleur d'une certaine façon et

77 que c'est, c'est pas celle qui correspond entre guillemet hein à la théorie de ce qu'on a appris,
78 ben je me dirais que, (silence) que je vais écouter ce que lui il dit comment il la ressent.

79 **Floriane : Oui**

80 EIDE : Parce que, parce que, à mon sens, ben euh (silence) parce qu'à mon sens, il sait quoi il
81 peut même peut-être m'apprendre des choses.

82 **Floriane : Oui, c'est vrai, c'est, c'est vrai**

83 EIDE : Je sais pas si je réponds à ta question

84 **Floriane : Oui, oui, c'est pas mal, c'est pas mal, euh. (silence) Est-ce que vous pouvez me**
85 **raconter la dernière que vous avez été en contact avec un patient et qu'il s'est passé un**
86 **événement euh relationnel en sachant que c'est peu importe l'événement ?**

87 EIDE : Un événement relationnel, ben, (silence) j'ai le cas d'un patient, euh, quand j'étais en
88 accueil et crise, euh en fait, donc c'est un patient au début quand il est arrivé, il était, enfin, ben
89 moi, il me faisait peur, c'est idiot, mais il était, il avait un regard noir, il était froid, et euh le
90 retour de l'équipe quand ils l'ont accueilli c'est qu'il était vachement agressif envers les
91 femmes, euh, c'est un patient qui était assez jeune enfaite. Il a l'âge de mon fils, (silence), et
92 euh et bon voilà, donc, je dirais qu'au départ, euh ben, (soufflement), c'est pas un patient vers
93 qui je suis allé en fait, j'étais pas dans l'évitement mais je cherchais pas le contact. Et petit à
94 petit en fait, (soufflement) alors je me rappelle plus bien, par quel, par quel (silence), par quel
95 biais en fait je suis entrée en relation avec lui, je sais plus ce qui a été le déclencheur en fait.

96 Et euh, en fait j'ai, j'ai, j'ai entretenu une relation avec lui, finalement (silence) parce que
97 finalement avec une de mes collègues et moi, il a jamais été agressif, il a jamais été euh, alors
98 que tout le reste avec toutes les filles il a eu des problèmes ou il agressait une autre aide-
99 soignante s'était compliquée.

100 Et nous enfaite, ben non, nous ils nous respectaient alors, un moment on s'est posé la question
101 de l'image maternelle, enfaite.

102 **Floriane : Vous pensez que ce serait ça pourquoi qu'il vous respectait comme ça ?**

103 EIDE : Oui parce qu'en fait, il était Marocain, et l'image de la maman justement dans ces
104 cultures c'est important quoi !

105 **Floriane : Oui, c'est vrai**

106 EIDE : Et en fait, au fur et à mesure du temps, j'ai établi une relation avec ce jeune qui était,
107 euh, ben qui était, oui soignante et je sais pas, c'est vrai qu'un moment il m'a dit « oh ! ben toi,
108 tu es ma maman » et je lui ai dit, ben non je ne peux pas être ta maman, « bon ben alors tu es
109 ma sœur », ben non encore moins, je ne peux pas être ta sœur, et voilà donc c'est, je ne sais pas
110 c'était touchant parce que enfaite c'est en ça que je parle de cette situation dans le sens où c'était
111 émotionnel, c'est que ce gamin, il avait plus sa maman, il avait perdu sa mère et son père, ah
112 oui il était pas Marocain mais Tunisien

113 **Floriane : Oui**

114 EIDE : Et son père était reparti en Tunisie, (silence) donc enfaite, il avait que son frère là.

115 Et ce côté, ouais, une fois il a ouvert ses bras un peu comme si il voulait prendre sa maman dans
116 ses bras là.

117 Et ouais, j'ai, enfin, pour moi ça était euh du fait qu'il avait l'âge de mon fils, je sais pas ça m'a
118 touchée car je me suis dit, fin le pauvre, oui j'avais l'impression qu'il recherchait un amour
119 maternel, quoi des parents. Son père était pas là. Il avait plus sa mère, euh et, et voilà. Et c'est
120 un peu ce qu'il recherchait aussi au travers de ma collègue, et puis après, il s'avère que quand
121 on en a rediscuté en équipe tout ça, c'est un peu ce qui est ressorti, mais euh

122 **Floriane : Et, qu'est-ce que vous en tirez de positif, euh, de cette relation, euh**
123 **émotionnelle, enfin ce qu'il s'est passée ? (silence) Est-ce que vous en tirez quelque chose,**
124 **euh est-ce qu'aujourd'hui, vous changeriez quelque chose ou, ça vous appris quelque**
125 **chose dans le soin, quelque chose de positif ou négatif ?**

126 EIDE : Ben moi je pense qu'en fait, non je ne changerais pas car finalement, voilà, en laissant
127 un peu, un peu de place à euh (silence) comment dire... parce que dans, dans le soin, quand on
128 est infirmier, on nous dit faut mettre la distance, pour respecter la distance professionnelle, enfin

129 voilà tout ça c'est bien beau en théorie, mais en pratique.. après ça veut pas dire que voilà,
130 quand il m'a dit tu es ma maman, je l'ai recadré.

131 Je, je le laisse pas déborder. Mais le fait de, de (silence) oui de le laisser un moment il me
132 tutoyait, enfaite (soufflement), il me tutoyait mais il me manquait pas de respect donc
133 finalement (soufflement, silence) ça a permis d'ouvrir enfaite. Je dirais que je ne changerais
134 rien car cela a permis d'ouvrir un dialogue de faire en sorte qu'il puisse se confier sur ce qui
135 allait pas, voilà qu'au début il était complètement fermé, il parlait à personne, il restait enfermé
136 dans sa chambre, euh, voilà et avec mon autre collègue, c'est, ça s'est passé pareil quoi.

137 **Floriane : Oui c'est une évolution positive.**

138 EIDE : Oui

139 **Floriane : Ok . Euh (silence), du coup, la prochaine question c'est : on peut dire qu'une**
140 **relation est traversée par la notion affect et sentiment. Qu'est-ce que cela ça représente**
141 **pour vous dans votre travail ?**

142 EIDE : (long silence), Oui on peut dire ça.

143 Oui, ce que ça représente pour moi, ben ça représente pour moi un côté humain parce que, ben
144 quand on est des soignants .. Mais avant d'être des soignants on est des humains, et euh, ben
145 tout être humain est traversé par des affects et des sentiments.

146 Donc euh, ben donc à partir du moment où on est en relation avec un patient, ben
147 obligatoirement, euh, on est traversé, oui par des affects et des sentiments. Donc euh, (silence),
148 on peut se sentir (silence), euh oui ben voilà, le sentiment de culpabilité si on arrive à octroyer
149 le temps au patient, ou à faire ce qu'on voudrait faire pour lui, euh, et, justement à travers ça,
150 ça peut euh .. peut engendrer euh quelque chose de plus profond donc qui se sera de l'ordre des
151 affects parce que justement ben, on n'aura pas pu apporter ce qu'on voulait au patient, ben je
152 sais pas je prends un exemple d'un patient qui ne va pas bien, qui rentre pour une tentative de
153 suicide, il ressort et par ce suicidait, ben évidemment on passe par un sentiment de culpabilité
154 parce qu'on a l'impression de ne pas avoir fait ce qu'il fallait et puis ça va nous affecter en fait.

155 **Floriane : Oui**

156 EIDE : Et pour moi ce qui est important, c'est pouvoir identifier et en parler, ben en parler en
157 équipe, ben pour plein de chose, pour se libérer, pour voir qu'est-ce qu'on a pas fait, qu'est-ce
158 qu'on aurait pu faire, est-ce qu'on aurait pu changer quelque chose ou pas (silence)

159 **Floriane : Du coup, à partir de là, est-ce que vous pouvez me raconter du coup, un moment**
160 **qui chargé émotionnellement, donc soit avec un patient, soit avec une famille, euh, mais**
161 **qui a été traversé par euh, (silence) ses affects ? vous voyez.. Un affect ressenti, euh**
162 **émotionnellement, un moment très fort ressenti avec un patient pour me dire après**
163 **comment vous qualifieriez cette relation dans le sens, ou bien, mal, et pourquoi ?**

164 EIDE : (silence), Ben là-dessus, je pourrais peut-être parler d'une situation mais ça remonte à
165 très très longtemps, alors j'étais pas encore étudiante infirmière, j'étais aide-soignante,

166 **Floriane : Oui**

167 EIDE : Je travaillais dans une maison de retraite, j'étais seule pour 80 résidents, mais je ne sais
168 pas si ça va répondre à votre question, mais enfin.

169 J'étais seule pour 80 résidents et c'était une maison de retraite mais c'était mélangé foyer
170 logement à l'époque. Il y avait des personnes grabataires et des personnes un peu moins.

171 On avait une grand-mère, qui allait plutôt pas mal. Qui était assez indépendante, qui faisait sa
172 vie, fin voilà. Et euh, donc moi, je faisais, c'était en week-end, le samedi je l'avais vu elle allait
173 super bien. Son canari était mort et elle voulait aller en racheter un nouveau canari avec sa fille.
174 Elle y va et donc là-dessus, comme c'était une grand-mère qui aller plutôt bien, ben en fait je
175 commençais jamais par elle, car elle n'avait pas besoin de soin voilà, c'était une personne qu'on
176 passait voir en dernier, juste pour lui faire coucou.

177 **Floriane : Oui**

178 EIDE : Le dimanche, je sais pas pourquoi, j'ai commencé par elle, oui, et quand je suis arrivée,
179 j'ai frappé, et enfaite, euh, (silence) et enfaite, oui je sais pas si je devrais parler d'elle mais
180 enfin soit, je continue.

181 Et enfaite quand je tape, elle répond pas, j'ouvre la porte, je vois une petite lumière tamisait, et
182 euh le canari au fond de la cage, olala, ça sentait la mort, c'est horrible.

183 Je m'en rappelle, ça fait très longtemps, je m'en rappelle comme si c'était hier. Et donc je suis
184 rentrée dans la chambre, et je me suis avancée et elle était allongée par terre de son lit et
185 évidemment elle était décédée.

186 Et, elle a fait une crise cardiaque donc euh ben donc voilà. Elle était décédée donc il fallut
187 comme c'était un dimanche moi, j'étais seule, euh c'était compliqué. J'avais pas d'infirmière
188 sous la main. Il fallait que je contacte le médecin pour qu'il vienne constater le décès, eh ! bien
189 pas possible. Et puis le médecin me dit ben écoute quoi qu'il en soit, voilà, il va rien lui arrivait
190 d'autre, je ne peux pas venir maintenant, donc voilà. Débrouille-toi ! Je passerai quand je
191 pourrai. Donc moi, j'avais toute une procédure à respecter pour, pour en cas de décès donc
192 j'applique la procédure, je contacte les pompes funèbres et je préviens sa famille.

193 Mais enfaite moi, j'avais espoir quand même qu'il soit passé avant la famille et il s'avère que
194 la famille est arrivée avant que le médecin passe. Mais euh donc moi la grand-mère j'avais pas
195 réussi à la remettre dans son lit parce que ...

196 **Floriane : Oui**

197 EIDE : Donc quand la famille est arrivée, elle était toujours par terre à côté de son lit et

198 **Floriane Ah .. d'accord..**

199 EIDE : Et enfaite donc c'était son fils, et je j'explique à son fils que ben, voilà, c'était compliqué
200 le dimanche, que le médecin va passait pour faire le constat mais que voilà... fin, c'est
201 compliquée.

202 Euh, je lui explique qu'elle est par terre à côté de son lit. Il me dit olala ! Elle est morte comme
203 sa mère. Donc je l'accompagne et je lui ouvre la chambre et le fils s'est jeté sur sa mère. Il l'a
204 pris, il a jeté contre lui, il l'a balançais contre son épaule, je ne sais pas par quel moyen il a
205 réussi à la mettre tout seul dans son lit, je pense que c'est la peine, la colère, je sais pas. Et il
206 pleurait, il pleurait, il pleurait, il disait : elle est morte, comme sa mère. Et il l'a jeté contre lui.
207 Et enfaite, après donc euh ben moi, il m'a fait pleurer, je pleurais autant que lui. J'arrivais plus,

208 quand j'ai dû, quand il m'a posé des questions, j'arrivais plus à aligner deux mots (silence) donc
209 voilà.

210 J'ai été touchée mais vraiment touchée. Ben oui, émotionnellement oui, parce que je m'en
211 rappelle encore de cette situation, et je m'en rappelle d'autant plus parce que j'ai été touchée
212 par ça et puis par la mort en soi. Alors que c'était pas la première fois que je voyais des morts
213 et que c'est que j'ai eues du mal après quand euh, je travaillais et que j'étais seule et je devais
214 aller voir des patients, des résidents qui répondaient pas. J'avais une appréhension à ouvrir la
215 porte. (silence)

216 **Floriane : Oui**

217 EIDE : Par peur de ce que j'allais trouver derrière la porte. Et j'ai mis très longtemps, euh à
218 pouvoir en parler parce que, à l'époque on en parlait pas, on était seule, on n'était pas trop
219 d'équipe et voilà. On m'avait conseillée de lire un livre que j'ai lu d'ailleurs dont je me souviens
220 du titre c'est : « la mort intime » de Marie De HENEZELL. Pour mieux comprendre et
221 appréhender la mort. Ça avait été mais enfaîte je m'en rappelle encore donc voilà je sais pas si
222 ça peut t'intéresser dans ta situation.

223 **Floriane : Parce qu'après c'est la mort qui vous a fait le plus de mal ou c'est la réaction**
224 **du fils ?**

225 EIDE : (silence), Ben c'est un tout enfaîte, c'est cette euh en réalité, alors pendant longtemps
226 j'ai eu l'appréhension de la mort, de de re..rentrer mais est-ce que c'est .. mais étant donnée
227 qu'on a pas questionné à l'époque, maintenant avec le recul, je le vivrais certainement
228 différemment, mais ...

229 **Floriane : Humhum**

230 EIDE : à l'époque ça avait pas été euh travaillé en équipe, ça avait pas été questionné, c'était
231 resté un peu... donc euh, le livre m'a aidé à (silence) à (silence) à travailler sur la mort en soi,
232 l'approche de la mort le.. voilà, mais après, il y a eu le côté quand même de ce fils qui prend sa
233 mère qui, fin ça aurait pu être moi et ma mère ou moi face à ma grand-mère ou... fin voilà,
234 c'était euh...

235 **Floriane : Oui, vous avez fait une identification euh, vous vous êtes projetée dans la**
236 **situation ?**

237 EIDE : Oui, oui là j'ai pas pour le coup, j'ai pas mis de distance quoi ! Je me sentais coupable
238 aussi en fait de, de, de d'avoir reçu ce fils avec sa mère par terre quoi ! Pas présentable, pas
239 dans le lit, pas enfin ça doit pas se faire comme ça normalement..

240 **Floriane : Oui**

241 EIDE : Eeet, voilà je me suis sentie coupable, je me suis dit que j'avais mal géré le truc, que
242 (silence) oui y' a eu plein de choses qui sont revenues, bon alors que bon apparemment lui, il
243 ne l'a pas mal vécu, puisque après, il est venu me remercier après l'enterrement de ce que je,
244 enfin du soutien que je leur avais apporté mais fin, moi j'ai pas eu l'impression de les soutenir,
245 j'ai eu l'impression de, de vivre euh enfin, ouais, de, de pas avoir su mettre de la distance dans
246 la situation quoi !

247 **Floriane : Alors, est-ce que, aujourd'hui vous, (silence) vous pensez que vous arriverez à**
248 **mettre plus de distance ou que vous arriverez à (silence) à enfin, à appréhender mieux les**
249 **choses ou euh si je peux dire..**

250 EIDE : Je pense que oui car l'expérience fait que, voilà là c'était quand même au début de ma
251 carrière donc j'étais jeune fin c'était les premiers, j'en avais déjà vu des morts mais, c'était la
252 première fois ou je gérais ce genre de situation toute seule.

253 Enfin voilà, c'était pas évident (silence) maintenant avec le recul alors je ne dis pas qu'aux
254 niveaux des, des affects je ne serais pas touchée mais je pense que en tout cas je pense que
255 j'arriverais mieux à le maîtriser pour accompagner au mieux la famille quitte à craquer derrière
256 mais à mieux accompagner la famille enfaite parce que euh malgré l'expérience je suis toujours
257 touchée, j'ai eu une expérience en CMP de, d'un patient quand il nous a raconté son vécu, sa
258 vie évidemment que ça me donner envie de pleurer d'avoir les larmes aux yeux mais mais, là
259 j'ai su euh ... maîtriser enfaite. Euh ça ne veut pas dire que la prise en charge que j'ai eue envers
260 lui était moins bonne au contraire je pense qu'elle était meilleure justement parce que j'ai su
261 euh adapter ma posture. Mais ce que je veux dire c'est que oui oui oui l'expérience, elle y joue.

262 **Floriane : Donc on peut dire que, les affects ressentis peuvent être une force au quotidien**
263 **euh avec l'expérience ?**

264 EIDE: Oui ça apprend à grandir, à voilà après il faut les accepter, faut les identifier, faut les
265 analyser, euh moi je pense qu'enfaite, il faut pas refouler si on est des êtres humains donc il ne
266 faut pas refouler ce qu'on ressent, et euh il faut euh à travers ce qu'on ressent, ben justement
267 oui en prendre conscience, l'accepter euh et, et, et, (silence) oui les regarder, les analyser pour
268 voir justement comment on améliore est-ce qu'on aurait dû agir différemment, est-ce que enfin
269 voilà, pour être au plus soignant possible parce que là, l'idée c'est quand même d'accompagner
270 les gens, donc on ne peut pas non plus se laisser submerger par ses émotions. Et à l'époque je
271 pense que c'est ce qu'il s'est passé, je me suis laissé envahir enfaite. (silence)

272 **Floriane : Oui,**

273 Ide : Voilà ! Donc l'expérience tout ça, oui ça apprend à pas se laisser envahir, à euh mais il
274 faut pas pour autant les refouler parce que euh l'expérience ça apprend à pas se laisser envahir
275 mais faut pas là-dessus les mettre de côté je pense, je pense que, il faut malgré tout en prendre
276 conscience et voir ce que euh ce qui se joue en fait pour euh ben pour continuer à avancer, à
277 évoluer et à (silence) comment dire à être (silence) euh oui...

278 **Floriane : Le soignant ...**

279 EIDE : Oui le soignant le mieux possible, être empathique, fin voilà.

280 **Floriane : Ben voilà super, j'en ai terminé avec mes questions, je tenais à vous remercier**
281 **pour ce moment et surtout d'avoir participé à mon enquête pour mon mémoire.**

282 EIDE : Avec plaisir, je vous remercie, passez une belle journée.

283 **Floriane : également, encore merci et au revoir ».**

Annexe III : Entretien d'une infirmière de bloc opératoire

1 « **Floriane : Bien ma première question du coup c'est : depuis combien de temps, tu es**
2 **diplômée et si tu veux présenter euh où tu travailles ce que tu as fait ?**

3 IDE : Alors, j'ai été diplômée en 2019. J'ai été diplômée dans le Jura ensuite, on est descendu
4 dans le sud. J'ai commencé par travailler sur l'hôpital de bagnoles dans le POOL de
5 remplacement, ça m'a pas plu du tout parce que quand tu viens d'être diplômée, c'est délicat de
6 passer d'un service à l'autre tu dois t'adapter, tu dois aller genre voilà prendre confiance en toi
7 donc c'était pas simple.

8 Enfin moi je l'ai pas hyper bien vécu donc euh je suis parti donc euh, j'ai fait plusieurs
9 remplacements à la clinique d'orange en chir ambulatoire, après j'ai atterri à l'EHPAD où je suis
10 restée presque 3 ans et là, depuis novembre, je suis donc infirmière euh au bloc opératoire à la
11 clinique des Angles.

12 **Floriane : D'accord, donc.. Une partie de ton travail consiste à être en relation avec le**
13 **patient, est-ce que tu peux me dire comment tu vis ces relations et ce qui te paraît**
14 **important ?**

15 IDE : Alors, j'avais mis que je le vivais bien parce que ça fait partie intégrante du métier enfin,
16 tu peux pas être une bonne soignante si tu prends pas une considération des gens enfin, un
17 moment donné on est pas, des, des machines.

18 Et, euh, et nous on a dans notre métier d'infirmière, je pense, qu'on a eu... nos mots, ont un
19 impact sur les gens.

20 Euh peu importe le service dans lequel tu es. Nous par exemple, au bloc opératoire les gens
21 sont, sont hyper vulnérables. Que tu es 5 ans, 20 ans, 30 ans, 60, t'es nu sous ta blouse, tu sais
22 que tout le monde va te voir euh, nu fin t'es un peu vulnérable, quoi tu sais qu'on va t'endormir,
23 que tu, tu gères rien quoi !

24 **Floriane : Oui**

25 IDE : Donc je pense que t'es pas hyper serein, quand t'arrive au bloc. Donc nous voilà on, on
26 a un rôle différent dans le sens ou on doit vraiment les rassurer et (silence) et les écouter et
27 vraiment voilà, essayer d'apaiser les choses.

28 **Floriane : Oui c'est vrai !**

29 IDE : Et j'avais mis aussi, tact, tac .. Que voilà chaque personne est différente donc chaque
30 prise en charge sera adaptée mais ça quel que soit le service dans lequel tu es, tu peux avoir la
31 même personne, je te prends l'exemple du bloc, mais tu peux avoir la même personne qui a le
32 même âge, les mêmes antécédents, qui va être opéré de la même chose, tu, tu ta prise en charge
33 sera complètement différente d'une personne à une autre quoi !

34 **Floriane : Oui**

35 IDE : C'est à toi de t'adapter quoi ! et.. mais après ça, ça vient sur le long, puis on est des
36 infirmières, on est un peu toutes des pipelettes et euh, tu parles beaucoup avec les gens pour les
37 détendre quoi !

38 **Floriane : Oui, mais bon, c'est, c'est le métier d'infirmière !**

39 IDE : C'est ça !

40 **Floriane : Euh, du coup, est-ce que tu penses que pour toi, il est important de s'intéresser**
41 **à la personne dans sa globalité, entre guillemet ce qu'elle aime, ce qu'elle vit actuellement,**
42 **du coup surtout au bloc, ce qui le préoccupe et euh du coup ben, il est important de**
43 **prendre la personne en tant que sujet et pourquoi ?**

44 IDE : Ben pour, moi, oui, c'est, c'est, c'est certain que c'est important.

45 Euh, à mon sens on peut pas prendre correctement en charge quelqu'un, si tu t'intéresses pas
46 un minimum à elle, (silence)... si nous par exemple, au bloc, on leur dit bon allez ! installez-
47 vous ! voilà on vous met le masque sur le nez et à tout à l'heure quoi !

48 Les gens, ils vont être complètement paniqués, ils vont se dire mais c'est quoi cette prise en
49 charge ! fin .. ça te rassure pas quoi !

50 Alors que si tu commences à t'intéresser à eux, si par exemple... si on voit quelqu'un hyper
51 détendu, on va plus sur de l'humour, euh, à blaguer sur certaines choses, si on voit que la
52 personne est réceptive, voilà on va blaguer avec elle voilà, on jauge un peu la chose quoi !

53 Mais pas contre si tu vois quelqu'un qui arrive, qui est complètement paniqué, euh (silence),
54 qui parle pas trop ou qui tremble de partout, tu vas essayer de trouver des choses, euh, qu'il la
55 détend, tu lui demandes je sais pas, suivant l'âge si elle a des enfants, si elle fait du sport,
56 souvent les ados nous, on fait beaucoup de dent de sagesse, donc t'a les ados de 15/16 ans qui,
57 qui te montre un peu .. qui sont des rocs, hein, qui n'ont peur de rien, machin, puis qui arrivaient
58 sur la table, ben c'est des humains donc ils commencent un peu à avoir la trouille. Ben là, voilà,
59 tu vas dire euh tu fais quoi dans la vie, tu, t'es au lycée, ouais, tu veux faire quoi plus tard ? euh
60 tu fais du sport, ouais, t'aime bien quoi, bon allez, souvent en plus les gens choisissent le,
61 quelque chose, on leur demande de choisir quelque chose de positif avant de s'endormir, donc
62 euh ça va être je sais pas, une compète de sport pour euh, un gamin qui fait du Blayminx, euh
63 ... une autre ça va être de la musique qu'on va lui mettre, on va lui mettre sa musique préférée,
64 euh souvent, ils nous parlent, les gens nous parlent de voyage, donc on va leur dire, ben allez,
65 vous voulez aller où, on part où ? euh ça va être aux Maldives, à Tahiti, machin, et euh on arrive
66 à les détendre comme ça, des fois t'as même certain chir, qui sont un peu plus comment dire...
67 un peu moins renfermés que d'autres, ils vont même déconner, ils vont dire, « je suis le
68 commandant de bord, nous allons aux Maldives, .. »..

69 **Floriane : Oh !! c'est chouette !!**

70 IDE : « Fermez les yeux, euh on se rejoint sur la plage.. » machin, donc les gens, ils s'endorment
71 et ils ont un bon souvenir euh.. je sais pas, mais c'est sûr qu'il faut s'intéresser aux gens euh fin
72 tu peux pas, oui voilà, tu peux pas prendre, quelqu'un en charge correctement, si tu t'intéresses
73 pas à lui quoi !

74 **Floriane : Hum, oui tout à fait !**

75 **Oui, c'est vrai que c'est intéressant même le bloc, pour ça en fait, c'est une .. Totalement,**
76 **une autre prise en charge !**

77 IDE : Oui !

78 **Floriane : C'est impressionnant quand même !**

79 IDE : Hum !

80 Ben nous notre but, enfaite, au bloc c'est que les gens gardent un bon souvenir parce que là
81 nous, c'est une clinique c'est de l'ambulatoire, c'est des interventions où les gens... bon, on a
82 de l'esthétique qui est à part là c'est pas vitale entre guillemet, mais c'est les gens qui veulent.
83 Ben voilà, c'est une réduction de poitrine, une augmentation mammaire, ou, nous fin, c'est les
84 gens qui veulent après, tu vas avoir des gens, ben, tu vas avoir une, une cloison nasale déviée,
85 c'est un peu vital dans le sens où ça le dérange, pour dormir, ceci, cela donc.. Mais les gens
86 c'est pas, c'est pas un AVP ou, ou, ou quelque chose d'urgent comme à l'hôpital, tu peux avoir
87 une opération à cœur ouvert, donc oui c'est .. (grande respiration), donc euh, qu'est.. Je voulais
88 en venir où ?

89 Donc euh qu'est-ce que je voulais dire..

90 **Floriane : On disait que c'était important fin, c'était différent ... C'était différent la prise**
91 **en charge... totale quoi !**

92 IDE : Oui, voilà, les gens ils viennent, ils, ils, savent à quoi s'attendre, donc euh, ils peuvent
93 déjà être stressés, mais toi tu peux leurs, faire en sorte que leur séjour au bloc soit bien vécu
94 quoi !

95 **Floriane : hum, hum**

96 IDE : nous notre but, c'est que vraiment les rassurer, et faire en sorte que leurs, leur passage au
97 bloc va leur ramener un bon souvenir, pour si un jour, ils doivent se faire opérer en urgence,
98 ben qu'ils paniquent pas, qu'ils se disent bon, j'y suis déjà passé, je sais à quoi m'attendre..
99 quoi !

100 **Floriane : Hum, oui, oui ! je vois... Du coup, lorsque tu es en relation avec un patient,**
101 **(silence) comment tu décris cette relation, mais du coup en prenant en compte son vécu**
102 **sur sa maladie, et les implications que cela implique sur sa maladie .. au patient ?**

103 IDE : Celle-là, je ne l'avais pas compris de question..

104 **Floriane : Enfaite, c'est euh, (silence) c'est euh comment, dire, (silence), euh ben un**
105 **patient qui arrive avec euh... enfaite, on en revient au même à ce que l'on disait, un patient**
106 **qui vient ben avec, un problème de cloison nasale et qui vient pour une maladie, euh, où**
107 **il a un problème pour respirer ou quoi, est-ce que ben du coup la relation, elle sera**
108 **différente dans le sens, ou ben (silence) là c'est vital et que ..**

109 IDE : Ah oui, je vois ce que tu veux dire !

110 Ben c'est ... Je pense que c'est propre à chacun, mais c'est vrai, qu'on va, on a de l'empathie
111 pour tout le monde, mais tu vas peut-être avoir un peu moins d'empathie pour quel.. Une dame,
112 une jeune qui va venir se faire refaire le nez, ou qui va venir se faire mettre des implants plutôt
113 que, quelqu'un qui vient se faire poser une gastrotomie parce que il est en chimio et que, que
114 tu sais c'est que c'est un peu l'opération de dernière chance quoi !

115 Donc ton ressenti sera différent, mais voilà, c'est le propre de notre métier, aussi, c'est que
116 chaque personne, t'es censé prendre chaque personne en charge correctement quoi !

117 Donc, même si intérieurement tu te dis bon.. elle l'a voulu, elle a voulu ses gros seins, mais ta
118 pas le choix quoi !

119 Donc, tu la rassures comme tout le monde, euh, mais après on en discute entre nous, c'est vrai
120 que tu vas voir peut être un peu plus d'empathie suivant ton vécu aussi, tu vas avoir plus
121 d'empathie, pour quelqu'un ben je sais pas, si, si ton grand-père a eu ..

122 **Floriane : Oui**

123 IDE : un souci, niveau d'une gastrotomie percutanée, euh, qu'il a eu une chimio, fin, qu'il est
124 décédé ou quoi, fin tu vas avoir une autre, prise en charge mais ça voilà, c'est suivant ton vécu
125 et, et ton passé, et c'est ce qui fera aussi que tu, tu seras une bonne infirmière.

126 **Floriane : Oui tout à fait !**

127 **Hum hum !**

128 IDE : Mais c'est sûr que... tu peux pas... ta prise en charge peut pas être pareil avec tout le
129 monde.

130 **Floriane : Hum, oui..**

131 IDE : Et ça dépend, de beaucoup de chose, ça dépend ..ben voilà, de toi-même, mais ça dépend
132 aussi de ton patient, de, ben de ta journée, si t'es, ben on est des humains ! t'es dans une bonne
133 journée, t'es pas dans une bonne journée, ben quand t'es pas dans une bonne journée, ben on
134 est dans un métier, où tu dois quand même être dans une bonne journée, donc tu te forces et ta
135 prise en charge ne sera pas pareille, qu'un autre jour où tu es mieux, ou ça se passe mieux, ou
136 tu cours un peu moins et .. alors oui, voilà c'est que c'est pas pareil mais t'as (silence) le métier
137 d'infirmière on peut pas euh, c'est pas comme un commercial qui peut envoyer balader un client
138 parce qu'il a une tâche, je te prends l'exemple de mon conjoint qui vend des voitures, mais par
139 exemple euh, il va envoyer balader un client parce qu'il lui a dit qu'il avait une rayure sur sa
140 voiture, son machin, euh ben non ...

141 **Floriane : Toi tu peux pas le faire !**

142 IDE : Toi tu peux pas ! Les gens ils sont là, ils ont payé en plus, c'est une clinique, donc ils ont
143 payé pour se faire opérer, donc toi .. tu dois le prendre en charge convenablement, et euh ..

144 **Floriane : Oui un minimum..**

145 IDE : Et puis tu dois t'adapter à lui quoi, et puis ben, oui elle a voulu des gros seins ben voilà,
146 ben tu l'endors convenablement et puis tu fais en sorte que pareil, qu'elle a un bon souvenir, et
147 qu'elle soit contente de ces nouveaux seins (sourire).

148 **Floriane : Euuh, du coup est-ce que tu peux me raconter, la dernière fois où tu as été en
149 contact avec une personne, un patient, et qui s'est passé un événement relationnel, peu
150 importe lequel ?**

151 IDE : (tousse), Alors c'était il y a .. pas si longtemps, hum, en fait nous on fait, je t'eai dit, on
152 fait pas mal d'ophtalmo, on, on opère donc des cataractes, et c'est des chirurgiens, en fait, donc
153 on a quatre salles, et euh on a souvent, les chirurgiens ophtalmo, ils sont sur deux salles, c'est-
154 à-dire que quand ils ont fini dans une salle, ils passent directement à l'autre, ils font comma ça,
155 on en fait 12 dans la journée, donc faut que ça avance relativement vite quand même.

156 Et en fait, ces gens, donc pour se faire opérer, de la cataracte, il faut qu'il y es une préparation
157 de l'œil en amont. Faut que tu es anesthésié l'œil, il faut avoir dilaté .. dilaté, convenablement
158 la pupille pour que lui puisse intervenir, parce que si tu as la pupille qui est comme ça, ben.. il
159 peut pas intervenir, donc en fait, on fait ce qui s'appelle des « prépa-cata », donc en fait, nous
160 on installe les gens vers, ben la SSPI donc la salle de réveil, et c'est une infirmière de la salle
161 de réveil qui va préparer l'œil du patient avant qui passe en salle et que.. qui soit opérer quoi !
162 parce qu'il faut au moins une demi-heure le temps que ça se dilate, que ça s'endorme et.. ça
163 prend du temps quoi !

164 Donc euh, moi ce jour-là, j'étais en salle de réveil, hum, et donc je faisais les fameuses « prépa-
165 cata », et puis ben voilà, t'en fait une douzaine dans la journée nous, tu parles avec les gens, tu
166 les accueilles, tu les scopes, et puis euh, j'ai eu une dame, pour.. elle avait (silence) 40/45 ans,
167 je pense, donc je l'installe tout ça .. et je vois qu'elle était stressée, qu'elle a les larmes directes
168 qui lui montent quoi, dès que je demande, souvent quand il y a plein d'émotions, on te dis ça
169 va ? tu commences à avoir les larmes qui coulent, c'est que tu as un trop-plein d'émotions et de
170 pressions et elle avait ce besoin de .. d'évacuer quoi !

171 Donc au début, je l'ai laissé un peu évacuer sans trop essayer de titiller, j'ai commencé à faire
172 une petite préparation tout ça !

173 Et une fois que j'ai eu fini de préparer, je me suis vraiment consacré à elle, parce que voilà,
174 c'est aussi ça, c'est qu'au bloc on est beaucoup, on est beaucoup de personnel, donc tu as cette
175 chance de pouvoir te consacrer à cette personne, et si il faut que tu t'y consacres pendant une
176 demi-heure, ben tu as le temps, en fait parce que tu as tes autres collègues qui gèrent à côté.

177 **Floriane : Ah chouette !**

178 IDE : Oui ! c'est ça qui est bien !

179 Et du coup, euh, donc je me suis, je lui eai demandé, fin, pourquoi elle était stressée, quoi ! si
180 elle avait peur, de, euh, pas de euh pas de s'endormir parce que les cataractes, on fait, c'est, on
181 appelle ça des ALS, c'est des anesthésies locales, donc de l'œil puis sédation donc on va les
182 sédatés un peu, mais ils vont pas pas être intubés, ils vont, c'est pas une anesthésie générale.

183 **Floriane : D'accord,**

184 IDE : Mais je lui es quand même demandé, si elle avait peur, quand même, de, de la sédation
185 fin c'est souvent ça.. qui leur fait peur, c'est l'anesthésie ou la douleur au réveil, c'est
186 principalement ça !

187 Et là, elle me balance, que, que, que, non, qu'elle a peur de perdre la vue parce que, elle est
188 veuve depuis, depuis, chez plus 15/20 ans, qu'elle a un fils qui est autisme et qui.. elle est toute
189 seule à s'en occuper ! et qu'elle a peur de perdre la vue parce qu'elle, faut qu'elle gère son fils
190 quoi !

191 Et là je me suis dit m****, qu'est-ce, qu'est-ce que je vais lui dire quoi ! et euh, et je me suis
192 dit qu'en fait, que nous au bloc, on a pas la possibilité d'agir sur le après, on a pas de
193 psychologue, on a pas d'assistante sociale pour aider les gens, tu vois.. ben , à l'aider à prendre
194 en charge son fils, chez pas, à trouver une solution, pour qu'elle, qu'elle soit libérée quelques
195 jours dans la semaine, enfin, on a pas cette possibilité-là quoi !

196 Donc moi, je me suis dit, en fait, consacre-toi sur elle, ce moment-là il est pour elle ! faut qu'elle
197 se détende, faut qu'elle prenne soin d'elle, et tu peux que lui conseiller en fait, oui voilà je lui
198 ai conseillé de voir, pour après voir avec quelqu'un, si quelqu'un pouvait prendre le relai
199 quelques jours par semaine, un professionnel ou autre, mais je lui ai bien fait sentir, que moi
200 j'étais là pour elle à ce moment-là donc on a beaucoup parlé, elle a fini par se détendre.. j'ai
201 même un collègue, qui est infirmier anesthésiste, qui fait de l'hypnose, il est venu, il lui a
202 demandé, si, si, ça l'intéressait, il lui a fait de l'hypnose avant l'intervention, ce qui fait qu'elle
203 a pu se détendre, et ce temps-là était pour elle, et quand l'intervention s'est terminée, euh, elle
204 était en salle de réveil, c'est moi qui l'ai amené en salle de réveil, et elle m'a remercié, elle m'a
205 dit merci, en fait, fin, merci, je sais que bon.. elle voyait trouble parce que l'intervention venait
206 de se passer, mais elle voyait quand même, donc elle savait qu'elle avait pas perdu son œil, et
207 elle me dit merci !

208 Fin je.. j'ai pris du temps pour moi, et ça m'a fait du bien quoi !

209 Donc c'est ça, c'est que nous on a pas, dans certain service, notamment en hospitalisation, tu
210 as se pourvoir de l'après..

211 **Floriane : Oui ! de faire intervenir du personnel..**

212 IDE : Oui c'est ça! si quelqu'un a besoin, je sais pas d'aide pour le ménage, ou prendre en
213 charge les enfants, ou une dame je sais pas qui se fait battre par son homme, tu peux, t'as un
214 moyen de d'agir sur le après, que nous, ben, ta pas en fait, en plus les gens c'est, c'est une
215 clinique ambulatoire, ils viennent juste pour se faire opérer et après tu les vois plus quoi !

216 Bon ben tu te dis, ben voilà, l'important c'est qu'elle passe un bon moment et que, qu'elle garde
217 un bon souvenir, et qu'elle soit pas trop stressée quoi !

218 **Floriane : Oui, oui ! pour toi, là pour le coup, tu avais réussi..**

219 IDE : Oui, mais c'est, c'était émotionnellement fort, parce que quand elle te dit, voilà, j'ai peur,
220 d'être aveugle, je suis toute seule à la maison, à gérer mon fils autiste, tu te dis ah ouais ! C'est
221 là que tu vois la misère du monde entre guillemet, c'est qu'on a pas tous la même chance dans
222 la vie, quoi !

223 **Floriane : Hum ! oui, c'est vrai ! c'est des moments comme ça...**

224 IDE : Oui !

225 **Floriane : Du coup, ben on sait qu'une relation, c'est traversée par la notion affect,**
226 **sentiment, voire même émotion ? qu'est-ce que du coup, cela représente pour toi, dans ton**
227 **travail ?**

228 IDE : Alors moi, j'avais mis, euh, une citation pour commencer, que j'avais mis dans mon
229 propre mémoire, c'est une citation de Margot PHANEUF, elle dit « en soin infirmier, les
230 expériences habitent la tête et la main, mais elles demeurent sans valeur, si elles n'appliquent
231 pas aussi le cœur »

232 **Floriane : Oh c'est beau !**

233 IDE : Et ça, je pense que voilà, ça veut tout dire, que.. on peut pas, comme je te disais au début,
234 on peut pas bien soigner si on prend pas en considération les gens et on a un métier ou, ou on a
235 de l'empathie, tu peux pas faire infirmière si ta pas un minimum d'empathie.

236 Tu peux pas être une bonne soignante, si ta pas un peu d'empathie !

237 Et euh, et forcément, ta des sentiments qui vont te traverser, suivant, voilà suivant ton vécu,
238 c'est toujours pareil, suivant ton vécu, ben quand t'es jeune diplômé, ben ta pas de recul sur euh
239 le monde professionnel, dans ce milieu-là mais tu as ton vécu personnel, tu peux avoir je ne
240 sais pas, euh, tu peux avoir perdu tes parents quand t'était petite, tu peux avoir plein de chose..

241 **Floriane : Oui, ça peut être une expérience..**

242 IDE : Oui, voilà.

243 Et suivant, ta vie et ton passé, ben tu vas prendre en charge les gens euh différemment, mais
244 t'es, pour moi, c'est obligé, c'est obligatoire, d'avoir une part d'émotion dans ton soin !

245 Tu peux pas, ou alors tu vas le faire, mais tu vas pas le faire longtemps, une fille qui n'a pas du
246 tout d'empathie, ben elle va très vite arrêter le métier je pense, parce que, tu peux pas prendre
247 les gens en charge convenablement, les gens vont pas être satisfaits et toi-même tu vas pas
248 trouver d'intérêt à ton métier en fait !

249 Si tu poses juste des cathéters toute la journée, fin un moment donné tu vas te dire (soupir) je
250 vais bosser en labo, je vais faire des prises de sang toute la journée, je vais pas trop parler aux
251 gens et encore, quoi que en labo tu parles aux gens quoi ! un moment donné t'es obligé..

252 **Floriane : Oui quand même un minimum !**

253 IDE : Mais, tu, tu peux pas, tu peux pas prendre en charge des gens, si tu leur parle pas quoi !
254 fin à mon sens c'est pas possible !

255 **Floriane : Oui ! mais tu coup, je te repose une question, euh, l'expérience pour toi,**
256 **infirmière avec des années d'expériences, fait que émotionnellement tu arrives plus à**
257 **gérer ?**

258 IDE : Euh, c'est pareil, ça dépend !

259 Il suffit que tu sois dans une mauvaise journée, ou tu t'es pris la tête avec ton homme à la maison
260 ou tu as un proche qui est malade, ou, ou j'ai pas encore d'enfant mais, oui voilà que t'as un
261 enfant qui soit hospitalisé, qui soit pas bien tu, tu vas, ça va être différent, si il y a quelque chose

262 qui t'arrive dans ta journée, et que tu es pas dans une bonne journée, que tu es un an
263 d'expérience ou dix ans, tu peux très mal le vivre.

264 **Floriane : Oui**

265 IDE : Mais c'est vrai, qu'avec le recul, il y'a des situations où tu vas apprendre à gérer un peu
266 mieux.. par exemple, euh, je prends l'exemple à l'EHPAD les décès, au début s'était très
267 compliqué ! parce que tu as les familles, ben, faut gérer les familles à côtés c'est, c'est délicat
268 quand même hein, puis t'es jeune diplômé, moi j'avais, quoi, j'avais euh, allez, j'en es 26, allez
269 22 ans, 21/22, hum, ben tu gères des décès, ta 22 ans tu te dis mince quoi !

270 **Floriane : Oui c'est pas évident !**

271 IDE : C'est pas évident ! et après, c'est.. ça veut pas dire que, au bout de 10/20 ans
272 d'expériences, un décès te touche pas plus qu'un autre, c'est toujours pareil, tu as toujours une
273 famille, un patient qui t'a touché plus qu'un autre ou tu peux être avec une collègue ben avec
274 qui tu as, ça colle bien et puis que ce moment-là a été fort émotionnellement, parce que, parce
275 que le patient est parti avec toi, ou je te prends l'exemple des décès parce que c'est ce qui je
276 pense touche le plus euh en tant que soignant..

277 Mais tu as d'autres moments qui te touchent aussi, des ... moi ça m'est déjà arrivé de sortir
278 d'une chambre, d'aller pleurer dans mon coin un coup, euh, tu renifles un coup, tu te mouches
279 un coup puis tu y retournes quoi !

280 Mais on est humain ! si tu travailles avec des humains et t'es, fin un moment donné je pense
281 que tu as une jauge tu vois d'émotions, ça grimpe, ça grimpe, un moment donné faut que, faut
282 vider, faut vidanger un coup, tu vois, tu refermes, ça remonte, tu revidanges un coup.. hum.. ta
283 pas le choix

284 **Floriane : Oui parce que t'encaisse aussi toute la journée, après donc euh..**

285 IDE : Oui, et puis des fois ben euh, tu vidanges à la maison, ben, t'espère avoir un bon
286 environnement, bonne famille, un bon conjoint, qui t'écoute et qui est là, pas forcément qui te
287 conseille, juste quelqu'un qui t'écoute, tu vois, tu vides, tu balances tout, puis après voilà, c'est

288 reparti et, et parfois ben tu fais des burn-out, ça arrive aussi que ce trop-plein d'émotion et ce
289 manque de personnel et ta beaucoup de chose qui peuvent rentrer en ligne de mire hein !

290 Si tu as, voilà, t'a un décès qui t'arrive, tu sais que tes collègues vont gérer tous les patients à
291 côtés, que tu vas pouvoir prendre le temps de faire la toilette mortuaire, avec ta collègue, que..
292 il va y avoir une bonne prise en charge, par contre tu sais que tu es toute seule, que tu as encore
293 10/15 toilettes derrières, à aider ta collègue, à donner des médicaments ou que sais-je, plus la
294 toilette.. fin tu vas pas le vivre pareil quoi !

295 **Floriane : Non ! et puis tu penses peut-être aussi, que c'est bâclé, et que t'aurais peut-être**
296 **mieux fait autrement, sentiment un peu de culpabilité..**

297 IDE : C'est ça ! c'est ça ! oui, ouais, ouais..

298 **Floriane : Est-ce que maintenant, tu peux me raconter, un moment qui est chargé**
299 **émotionnellement, avec un patient ou sa famille ?**

300 IDE : Alors, j'en avais mis plusieurs, j'avais mis donc le fameux, décès de Monsieur, un
301 Monsieur J, à l'EHPAD, parce que sa femme était dans la chambre enfaite, et elle s'était pas
302 rendu compte, que son mari était décédé, et moi ça était un moment compliqué. Il a fallu que je
303 gère parce que c'était moi l'infirmière dans la chambre, c'était à moi d'annoncer à sa femme,
304 que, ben son mari il venait de partir quoi, enfaite.

305 Et c'était compliqué pour moi, parce que j'ai perdu mes grands-parents, j'étais bien plus jeune,
306 mais il s'était passé la même chose dans le sens ou mon grand-père était décédé, ma grand-mère
307 était dans la chambre, elle ne s'était pas rendu compte que mon grand-père était décédé.

308 **Floriane : D'accord**

309 IDE : Et donc, ça m'a tout de suite ramené, à voilà, une histoire personnelle ...

310 Je pense que tu mets peut-être un peu plus d'affects, soit tu mets plus d'affects soit tu mets plus
311 de recul dans ce, ces cas-là. Et je pense que ce jour-là, j'ai eu ce besoin de mettre un peu plus
312 d'émotion, parce que j'ai pas été présente pour ma grand-mère quand c'est arrivé, parce que

313 j'étais plus jeune, j'étais encore enfant, enfin, et j'ai eu je pense ce besoin de m'accrocher à ça,
314 pour pouvoir peut vivre mieux le décès qu'il y avait eu de mon grand-père.

315 Donc on a pris en charge cette dame, on a dû, on a fait la toilette du monsieur, elle, on l'a
316 accompagnée en bas vers nous, pour pas qu'elle reste toute seule, on a appelé ses enfants, fin,
317 on l'a, on l'a bien accompagnée, on l'a pas laissé toute seule, et euh pour pas qu'elle se sente
318 abandonnée quoi ! parce qu'elle venait de perdre son mari en plus elle ne s'en était pas rendu
319 compte... c'est compliqué quoi oui !

320 Donc il y a eu ça.. j'avais eu aussi, quand, j'étais pas encore diplômée, j'étais en école
321 d'infirmière, j'étais en stage en pneumo, dans un hôpital, en pneumo, on faisait un décès par
322 jour à peu près, enfaite c'était de la pneumo-oncologie, c'était voilà, beaucoup de fin de vie.

323 **Floriane : Oui, oui, d'accord**

324 IDE : Des gens qui avaient la quarantaine, quoi c'est....

325 C'était pas ouais, ouais.. c'était des gens assez jeunes, et on avait eu, ce patient qui était là
326 depuis 15 jours et euh on savait que c'était la fin, et la famille le savait aussi quoi !

327 Il avait trois filles, et les trois filles étaient dans la chambre, et un moment donné, elles sonnent,
328 je, je suis rentré avec l'infirmière dans la chambre, et on sentait, fin voilà, que c'étaient les
329 derniers souffles quoi !

330 Et de là, on sentait, qu'ils y avaient eu tellement d'émotions dans cette chambre avec cette
331 famille tellement accrochée, ses filles tellement accrochées à leur papa que, quand il est parti
332 enfaite, elles se sont effondrées dans nos bras, et nous avec l'infirmière en fait, on s'est pas
333 retenu, on a pleuré avec elles en fait, tu te dis, quand tu sors de la chambre, tu te dis qu'en fait,
334 mais m**** enfin, bon j'étais pas l'infirmière à ce moment-là mais on se dit c'est nous les
335 professionnels, mais on a pas à pleurer en fait fin.. et quand tu y repenses tu te dis mais, je pense
336 qu'on a bien fait, car ça leur a fait du bien aussi de voir qu'elles étaient pris en considération et
337 que le décès de leur papa nous touchaient également parce que cette famille nous avait touchée
338 quoi !

339 **Floriane : Hum**

340 IDE : Et voilà, tu auras toujours une famille qui te touche, fin plus qu'une autre, et sans dire
341 que les autres te touchent pas mais voilà, suivant, voilà, toujours pareil, suivant ton histoire
342 personnelle, ou, ben voilà, un patient que tu vas voir cinq minutes qui décède dans les cinq
343 minutes aux urgences, ben ça ne va pas être pareil, qu'un patient que tu prends en charge
344 pendant 10 ans ou même deux semaines, mais ça va être très intense parce que ça va être une
345 prise en charge compliquée et/ou tu as la famille à côté..

346 **Floriane : Oui voilà, après si ils sont jeunes, et qu'ils ont des enfants..**

347 IDE : Oui, c'est ça !

348 **Floriane : C'est un peu le sujet de mon mémoire, qu'est-ce qu'on fait si on pleure, ou est-**
349 **ce qu'on a le droit de pleurer...**

350 IDE : Je pense qu'on a le droit, sincèrement de pleurer, bon pas que dès que tu rentres dans une
351 chambre tu pleures parce que tu te laisses submerger pas les émotions, faut quand même, je
352 pense qu'il faut réussir, à apprendre et ça, ça se fait tout au long de la formation et une fois que
353 tu es diplômée, fin que tu travailles quoi !

354 **Floriane : Hum..**

355 IDE : C'est que tu apprends à gérer tes émotions, mais si un jour, une famille te touche plus
356 qu'une autre ou, ou, moi j'ai souvenir pareil à l'EHPAD, on avait fait le décès d'une dame, à
357 qui j'étais très accrochée, et euh, je suis rentrée dans la chambre, les filles étaient en train de
358 faire la toilette, elles m'ont dit, j'ai les larmes qui ont commencé à monter parce que cette dame
359 je l'adorais, et les filles m'ont dit mais sort ! en fait, on gère, tu sors, tu viendras après si tu le
360 sens, mais, mais (silence) sort !

361 Parce que c'était trop, je venais de perdre ma grand-mère, fin c'était chargé à ce moment-là,
362 quoi ! c'était pas le bon moment quoi ! mais c'est ça qui est aussi euh, bien quand tu es en
363 équipe.

364 **Floriane : Oui de déléguer un peu...**

365 IDE : Je pense que, quand tu es en libérale, ça doit être très compliquée, ça doit être, je pense
366 la partie la plus compliquée en fait quand, t'es en libérale, ta pas d'équipe, t'es tout seul dans
367 ta bagnole, t'es, ta pas ton équipe qui peut prendre le relai, qui te dit « écoute, viens on sort un
368 coup, on va prendre l'air, euh on y retourne dans 5 minutes ». C'est important je pense, de,
369 d'échanger de, de prendre, le, fin comment dire, oui d'échanger, de dire à tes collègues, là je ne
370 le sens pas quoi ! est-ce que tu peux prendre le relai ? et euh, c'est important je trouve..

371 **Floriane : Oui, je pense aussi, qu'il faut un peu se, se laisser un peu porter, par l'équipe**
372 **quand on peut pas et..**

373 IDE : Oui ! puis toute façon, si tu as des bonnes collègues et que tu t'entends bien avec tes
374 collègues, elles vont le sentir, suivant, en plus, généralement, tu te (silence), tu te confies à tes
375 collègues, ben voilà, mes collègues, moi, ma grand-mère est décédée le jour de mon
376 anniversaire, toutes les collègues le savaient parce que, elles savaient qu'elle était pas bien, et
377 elles m'ont vu pas bien, et le décès de cette dame est arrivée une semaine après et elles ont,
378 elles ont senti que c'était pas, c'était pas le bon moment..

379 **Floriane : Oui !**

380 IDE : Quoi, donc euh, voilà si tu as une bonne équipe, elles vont l'entendre, elles vont te voir,
381 elles vont.. à force, même là, à la clinique ça fait que quatre mois que j'y suis, ben il y a des
382 matins où tu es pas hyper en forme, elles te disent, oh ça va pas trop toi ce matin !

383 Fin tu vois, et elles vont, pas trop de taquiner dans la journée, où elles vont vite prendre le relai
384 sur une opération si elles voient que, que c'est délicat pour toi, fin !

385 C'est pour ça que je pense que le travail d'équipe est hyper important.

386 **Floriane : Oui ! ça te permet quand même de faire face à beaucoup plus de chose aussi !**

387 Ide : Oui ! et tu peux parler aussi, enfin y a, ça ne se fait pas dans tous les établissements, mais
388 y a des établissements qui font un peu les, je ne sais pas trop comment ils appellent ça.. c'est
389 des, en gros des petites réunions sur quelques choses, par exemple un décès ou une prise en
390 charge qui s'est pas hyper bien passée, qui n'a pas été hyper bien vécu pas l'équipe ben on va
391 tous se réunir et on va en parler tu vois.. dire qui a vécu quoi, comment on le ressent, et comment

392 on pourrait faire pour le après quoi ! genre une collègue qui a été toute seule sur un décès
393 pendant que les autres étaient en train de gérer ben, voilà, dire moi je l'ai mal vécu parce que
394 j'étais toute seule, j'ai dû gérer ça, ça, ça, ça allait pas en plus, ce jour-là, j'avais des soucis
395 personnels, enfin, je pense que c'est bien de se décharger, toute façon on a un métier, ou un
396 moment, on est des éponges, tu absorbes, tu absorbes, tu absorbes les émotions, le mal-être de
397 tout le monde, ben un moment donné, il faut l'essorer l'éponge, quoi tu peux pas indéfiniment
398 absorber pour tout le monde quoi !

399 **Floriane : Oui, il y' a un trop-plein, après.. c'est vrai ! du coup comment tu qualifierais**
400 **ces moments-là, et pourquoi, alors moi j'ai mis bien/mal entre parenthèse mais ça peut**
401 **être autre chose hein euh..**

402 IDE : Oui, moi j'avais mis euh, que les moments d'émotions tu veux dire ?

403 **Floriane : Oui**

404 IDE : Moi je pense que ça peut être positif comme négatif, euh, parce que, j'avais mis quoi..
405 hum.. (silence) hum... oui j'avais mis, je trouve que les relations, ces relations-là font la
406 richesse de notre métier parce que ta là, voilà, si tu prends bien en charge quelqu'un si tu le
407 prends en considération, ben, après la prise en charge, ta l'impression d'avoir fait quelque chose
408 de bien, quoi tu vois, tu, tu te dis ouais la, la prise en charge elle est bien, la dame là au bloc
409 elle s'est endormie elle était hyper stressée, ben elle s'est endormie nickel, elle s'est réveillée,
410 elle t'a remercié, elle a remercié toute l'équipe, la clinique, à dire que c'était super géniale,
411 machin.

412 Fin .. tu as l'impression d'avoir fait du bon boulot, tu vois, et ça je pense que c'est une
413 particularité, fin, c'est une chance qu'on a au bloc, dans le sens ou, on va prendre par exemple
414 dans, la salle de bloc, on va être 5/6 professionnels des fois autours d'une même personne, et
415 c'est, tu verras, quand tu seras diplômée, c'est quand tu peux être six professionnels autour
416 d'une seule et même personne c'est génial !

417 **Floriane : C'est rare !**

418 IDE : C'est rare, et c'est super parce que, ta prise en charge elle est top quoi !

419 **Floriane : Ben oui, c'est clair !**

420 IDE : Et, et, et ça peut être aussi, négatif parce que, des fois tu as pas le temps.

421 Moi j'ai souvenir à l'EHPAD me dire, p*****, quand je vais ouvrir la porte j'espère qu'il y
422 aura pas la famille derrière quoi ! parce que j'ai pas le temps là en fait.

423 Je ne peux pas passer une demi-heure à leur parler à eux, à parler à la famille à côté, j'ai 100
424 résidents à voir, si je passe une demi-heure par famille, en fait j'ai pas fini quoi ..

425 Et le manque d'effectif je pense que ça peut aussi faire, enfin, ça peut amener au fait que la
426 relation est peut-être négatif quoi. Parce que tu as cette impression de, de pas avoir bien fait les
427 choses, tu rentres chez toi, j'ai pas eu le temps de parler à mes patients, j'ai cette mamie-là ou
428 cette dame-là qui pleurait ben j'ai pas pu bien la prendre en charge parce que j'avais pas le
429 temps enfaite..

430 **Floriane : Oui !**

431 IDE : Et ça, ben ça peut amener à des burn-out, à des clashes dans les équipes, à des, des départs,
432 des démissions, et, et je pense que c'est pas hyper positif quoi !

433 **Floriane : Oui émotionnellement, c'est vrai que c'est pas évident hein, quand tu es un petit
434 peu humaine on va dire, c'est dur de passer outre tout ça !**

435 IDE : C'est ça ! C'est pour ça que, moi quand je suis partie de l'EHPAD, j'étais diplômée que
436 de 2019, mais je me disais est-ce que vraiment j'ai envie de continuer ce travail quoi !

437 Parce que (silence) émotionnellement je pouvais fin, je rentrais chez moi, j'étais KO fin des
438 fois je m'écroulais de pleurs ou de fatigue fin, t'es pas bien quoi !

439 Et de là, je me suis dit, ouais, euh je vais aller voir dans un autre service comment ça se passe
440 avant de faire autre chose quoi, et une fois que je suis arrivée au bloc, ça faisait, mais je crois
441 qu'au bout d'une heure j'ai envoyé un message à mon chéri et à ma mère en leur disant « c'est
442 génial » !

443 **Floriane : Oui**

444 IDE : C'est géniale ! et je suis contente d'avoir fait, de, d'avoir sauté le pas, d'avoir changé de
445 service et d'avoir osé parce que c'est pas facile quoi ! quand ta un crédit sur le dos, un CDI,
446 c'est pas facile de te dire euh..

447 **Floriane : Changer de routine et changer totalement de service aussi parce que..**

448 IDE : C'est ça ! et j'ai été très contente, et j'ai été un peu fière de moi d'avoir osé sauter ce pas
449 et de me dire en fait tu en es capable quoi !

450 **Floriane : Hum, ben quoi oui ! Finalement..**

451 IDE : Et finalement, je suis très contente, je suis heureuse d'aller au travail tous les matins, bon
452 le vendredi ça pique un peu parce que c'est ton cinquièmes jours, mais t'es contente d'aller au
453 boulot et quand ça se passe bien avec ton équipe, franchement tu te dis mais c'est merveilleux
454 enfaite !

455 C'est super cool d'aller au boulot, de t'entendre avec tes collègues et, et, et, nous euh toute la
456 journée ça rigole au bloc,

457 **Floriane : C'est chouette !**

458 IDE : Alors des fois, ça gueule un peu, ça parle un peu plus fort, parce qu'il a un chirurgien qui
459 n'est pas content parce qu'il a pas le matériel qu'il faut, que le patient il est pas à l'heure, ça
460 c'est, c'est la vie !

461 Mais, nous il ne se passe pas une journée sans qu'on ne se tape pas des délires, à rigoler, fin,
462 c'est, c'est, c'est super cool quoi !

463 **Floriane : Peut-être qu'aussi il faut, pour décompresser..**

464 IDE : Ouais !

465 **Floriane : Les gens en effet, ils sont un peu stressés, et puis ça se reproduit, ça se donne**
466 **un peu aussi, faut pas se leurrer je pense !**

467 IDE : C'est ça ! Oui, ils le sentent, à chaque fois, ils nous disent, il y a une bonne ambiance,
468 c'est un peu familial en plus c'est une toute petite clinique donc vraiment, tu sens que c'est
469 familial, que tout le monde s'entend bien et euh, et franchement je vois la chance que j'ai de
470 travailler dans ce milieu-là quoi !

471 Enfin, dans ce service-là du moins et je me dis que c'est dommage franchement que ce soit pas
472 pareil partout parce qu'il suffit que tu es une bonne ambiance et le personnel nécessaire pour
473 travailler et enfaite ce serait géniale dans tous les services, parce que à partir du moment où tu
474 es soignant, c'est que tu l'a voulu quand même, c'est que tu aimes quand-même ton métier un
475 moment donnée et que.. si tout roulait, voilà si tu as le personnel nécessaire et que l'équipe
476 s'entend bien, je pense que tout le monde est content d'aller au boulot tous les jours.

477 **Floriane : Oui ! et se serait moins dur ! Psychologiquement..**

478 IDE : Donc voilà !

479 Ça peut pour moi, je pense que les relations, ça peut être avec positif comme négatif, tout
480 dépend voilà, de ton service, de la prise en charge, de ton équipe, ça dépend de beaucoup de
481 choses quoi !

482 **Floriane : Du coup, ma question elle se ressemble un peu, mais à ce qu'on disait tout à**
483 **l'heure mais est-ce que pour toi il est possible d'échapper aux émotions du coup ?**

484 IDE : Euh, est-ce que pour moi c'est possible d'échapper aux émotions ?

485 **Floriane : Hum**

486 IDE : Non !

487 Parce que voilà, pareil, c'est.. on a de l'empathie et c'est pas possible de, de, de prendre en
488 charge quelqu'un enfin, ou alors tu vas le regretter par exemple, je te prends un exemple, nous
489 au bloc l'autre fois, j'avais euh eu trois, j'avais sept ou huit dents de sagesse d'affilées, au
490 début j'avais des ados, des machins donc, les ados c'est comme les enfants tu donnes beaucoup
491 parce qu'ils sont stressés c'est quand même des ados, ça reste des enfants entre guillemets, c'est
492 des jeunes qui ne sont pas encore adultes, donc faut, tu donnes beaucoup de ta personne pour

493 les détendre ceci-cela et mon dernier je crois c'était un gars il avait 35 ans et en fait je me suis
494 rendu compte que je lui avais presque pas parlé quand il s'est endormi, et une fois qu'il était
495 endormi, je me dis, ben mince en fait il va retenir quoi de son passage au bloc, il va se dire
496 ouais ! on m'a mis le masque sur le nez et terminé ! parce que en fait j'étais un peu fatiguée de,
497 de mettre beaucoup donné avec ceux d'avant et puis c'était mon dernier patient, j'ai après, on
498 va pouvoir aller manger c'est bientôt la fin de ma journée et j'ai un peu regretté, je me suis dit
499 mince, là, lui il va, il va pas forcément garder un mauvais souvenir parce que lui il était pas
500 stressé ça va aller quoi ! mais il ne va pas se dire ouah ! trop bien ! C'était super cool tu vois..

501 **Floriane : Oui, du coup je rebondis, mais euh, sur un enfant du coup euh tu es plus, t'a,**
502 **tu ressens plus d'émotions, je pense que c'est normal aussi mais euh..**

503 IDE : Pas forcément, ça dépend, tu vas être plus maternante, c'est-à-dire que déjà les enfants,
504 il y a des hommes au bloc, y a des chirurgiens anesthésistes, on est aussi beaucoup de femmes,
505 les enfants déjà, ils vont aller directement vers les femmes parce que je crois, que c'est vraiment
506 le modèle de là, de la maman, dès que tu vas l'arracher, fin je dis l'arracher des bras de sa mère
507 parce que c'est presque ça, ceux qui ont deux ans qui hurlent tout ce qui peuvent pour pas quitter
508 la maman ben, tu l'arraches des bras de sa mère, tu le prends dans tes bras et moi ça m'est déjà
509 arrivé, donc d'avoir le petit dans les bras, dans, dans la chambre, et d'aller jusqu'au bloc, de
510 vouloir poser l'enfant sur le, la table d'opération mais que l'enfant il t'agrippe comme pas
511 possible.

512 **Floriane : Oui**

513 IDE : Et là tu te dis en fait, euh tu l'as pris de sa mère donc lui il est un peu en train de se dire,
514 elle, faut pas que je la quitte parce que du coup je l'ai vu avec ma mère et tu vois, donc, donc
515 des fois on les endort, l'enfant reste dans mes bras, on va lui mettre le masque juste le temps
516 qu'il soit un peu assommé pour qu'on puisse l'asseoir mais en fait, tu as ce rôle d'être
517 maternante avec les enfants quoi ! et ce qui, et ce qui est difficile c'est voilà quand ils hurlent,
518 que t'arrive pas à les résonner, quand ils ont à partir de quatre ans, je pense, tu peux arriver à
519 résonner un enfant en lui disant « écoute, tu vas faire dodo, une fois que tu as fini de faire dodo,
520 tu vas retourner voir maman, t'inquiète pas, ça va bien aller quoi ! » mais un enfant qui a deux
521 ans, quoi tu ne peux pas le résonner.

522 **Floriane : Oui , il ne comprend pas..**

523 IDE : C'est maman, maman, maman donc tout ce que tu cherches à faire c'est l'endormir très
524 rapidement pour déjà, pas qu'il hurle tout ce qui peut et puisqu'il ne se traumatise pas non plus
525 quoi ! mais c'est pas, je pense, que, c'est même plus comment dire (silence) émotionnellement
526 c'est plus dur de prendre en charge quelqu'un qui est conscient de ce qui se passe plutôt qu'un
527 enfant qui n'en est pas conscient du tout .

528 **Floriane : D'accord ! ah oui !**

529 IDE : Parce qu'en plus, nous c'est pas des enfants qui sont malades comme en néonatal ou en
530 pédiatrie dans des hôpitaux ou des, des, c'est pas des interventions euh, ben qui sont vi.. vitales,
531 vitales pour eux, c'est, si tu veux ben voilà, on a une circoncision ou ectopie donc c'est
532 l'abaissement d'un testicule, c'est un peu plus grave qu'une circoncision mais c'est pas non
533 plus des interventions, voilà..

534 **Floriane : Oui !**

535 IDE : à cœur ouvert, ou, voilà !

536 **Floriane : Oui se serait des opérations comme ça, se serait différents aussi..**

537 IDE : Exactement !

538 **Floriane : Je vois et puis du coup, dernière question, est-ce que à l'endormissement d'un**
539 **patient ou même du coup à son réveil, tu repères quelque chose chez ce patient, et qu'est-**
540 **ce que tu en fais ? ... oui, qu'est-ce que tu en fais émotionnellement chez toi ?**

541 IDE : Ouais ! euh ben nous, déjà, on va jauger si ils sont angoissés, si ils sont à l'aise, tout ça !
542 euh on va écouter, on va beaucoup les écouter, alors tu en as qui vont pas du tout te parler parce
543 que ils sont tellement stressés qui vont pas vouloir te parler, ils vont tout garder pour eux.

544 Puis tu as d'autre qui vont te raconter toute leur vie, ben tu écoutes et puis tu vas rentrer un peu
545 dans le jeu, dire « ah oui ! vous faites ça dans la vie et puis ci et puis vous habitez là et puis
546 d'accord, machin », tu leur poses des questions et enfaîte.. faut se rappeler qu'une euh, nous au
547 bloc, fin on fait des choses, on endort des gens euh, on fait ça des dizaines de fois dans la journée

548 quoi, donc pour nous c'est, c'est, c'est routinier mais toi tu vas au bloc, tu vas te faire endormir,
549 fin une anesthésie c'est pas anodin quoi !

550 C'est, ça, ça, ça fout un peu les pétoches, t'es pas.. tu fais pas ça tous les matins généralement,
551 tu vas pas te faire endormir au bloc opératoire tous les matins donc il faut bien retenir que, ben,
552 eux ils sont pas aussi sereins que nous quoi !

553 **Floriane : Hum**

554 IDE : Parce que déjà, c'est eux qui passent sur le, fin qui se font opérer, puis c'est eux qui se
555 font endormir quoi !

556 Donc nous, même si on le fait dix fois dans la journée ben on aura dix prises en charges
557 différentes parce que tu ne peux pas endormir une dame de 30 ans qui vient se faire, euh, voilà,
558 je sais pas qui se fait opérer des amygdales et un ado qui se fait enlever les dents de sagesse et
559 puis un autre qui se fait refaire la cloison nasale et puis, fin, ils ont chacun une prise en charge
560 différente et voilà, c'est... certains vont te dire, ben tu vas lui demander ce qu'il préfère, y'en a
561 une elle, va te dire ben j'adore la musique, ben j'adore cette musique, est-ce que vous voulez
562 l'entendre ? ah ben oui pourquoi pas ! et là tu vas leur mettre leur musique préférée et (silence)
563 puis là ils vont s'endormir sur leur musique et puis ils vont, d'autres il vont pas du tout te parler,
564 donc tu sens que faut pas trop parler, d'autres tu vas sentir que une petite touche d'humour
565 serait pas de trop, donc tu vas plaisanter, ils vont rigoler en plus le protoxyde d'azote ça fait pas
566 mal rigoler donc euh certains, ils vont se mettre à rire comme pas possible, donc tu rentres dans
567 le jeu, tu leur dis, souvent les infirmières anesthésistes leur disent « si vous voyez des éléphants
568 roses, vous nous faites partager, fin.. »

569 On essaye que ce soit quand même bon enfant et puis voilà, d'autres ils préfèrent, les voyages,
570 d'autres euh une compète de sport euh d'autres ben euh on a des petites dames qui préfèrent
571 penser à leurs petits-enfants donc euh, euh, « qu'est-ce que vous allez leur faire en sortir de
572 bloc comme gâteau à vos petits-enfants ? ah, ben je crois que je vais leur faire des madeleines,
573 allez, qu'est-ce qui nous faut pour les madeleines alors ? alors, on va prendre.. » ça, ça, ça, elles
574 se font la recette et puis hop, elles s'endorment comme ça quoi !

575 **Floriane : Ah trop bien !**

576 IDE : Donc ouais, chaque euh, chaque endormissement, j'ai envie de te dire, sera différent
577 d'une personne à une autre !

578 Émotionnellement, nous bah, si ça se passe bien, on est enfaite, on est juste content du travail
579 qu'on fait quoi !

580 Si une fois que la personne est endormie, on se dit allez « encore 1-0 pour l'anesthésiste », parce
581 que l'anesthésiste gagne toujours !

582 Et tu dis ben c'est cool, quoi, euh au moins ils seront contents et souvent quand ils se réveillent,
583 oh merci ! c'est trop, c'était cool quoi ! super vous avez tous était gentil machin, pour peu qu'ils
584 aient pas mal, ben c'est magnifique, ils rentrent dans leurs chambres, puis ils rentrent chez eux
585 et terminé quoi !

586 **Floriane : Oui ! c'est chouette, on sent ce côté quand même qui est très humains !**

587 IDE : Oui !

588 **Floriane : Que je ne pensais vraiment pas pour le coup, au bloc, mais euh..**

589 IDE : Ben moi, enfaite, euh, quand j'étais à l'école d'inf, je mettais dit, moi je ne veux jamais
590 aller travailler au bloc quoi ! IBODE, tu es là pour servir le chirurgien, tu vois les patients
591 dormir, franchement aucun intérêt quoi !

592 **Floriane : Oui ! pas de relation, pas..**

593 IDE : Moi, ce qui m'intéresse c'est la relation, pas de temps avec le patient...

594 **Floriane : Oui**

595 IDE : j'étais vraiment partie là-dessus quoi, et là moi je suis en train de voir pour passer la VAE
596 pour être IBODE quoi !

597 Donc je te dis comme quoi, tu, tu changes vraiment de temps que tu n'es pas passé dans un
598 service, tu ne peux pas savoir, en fait nous, c'est (silence), par exemple dans les services ou en
599 EHPAD, ta relation avec le patient ben elle va être hyper longue parce qu'elle va être sûr des

600 jours complets, des semaines complètes, des années complètes, nous on va peut-être les voir 5
601 minutes, 5/10 minutes mais ça va être hyper chargé enfaite.

602 C'est que tu en profites justement, comme tu l'es voit pas beaucoup, ah ben tu vas te lâcher, tu
603 vas faire de l'humour, tu vas faire euh chez pas tu vas te lâcher un peu plus et puis c'est plus
604 fort, enfin c'est pas que les dix heures avec une personne seront pas fortes (silence) mais nous
605 comme on les voit pas beaucoup ben, on va essayer d'appuyer plus là-dessus quoi !

606 **Floriane : Oui !**

607 IDE : Et puis on les voit, ben voilà, on essaie de les détendre et puis au final ben voilà, je me
608 suis rendu compte que IBODE ben, je suis pas IBODE mais on a des IBODE qui travaillent,
609 ben tu te rends compte que tu n'es pas que la pour servir le chirurgien, parfois ben, certaines,
610 vont lui dire, il va, il va fermer, il va faire un point, il va pas savoir comment trop enlever ci,
611 ça, ça, elle va lui dire « ah ben pourquoi, vous prendriez pas .. » des fois on les tutoie même les
612 chirurgiens, pourquoi tu prendrais pas plutôt ce ciseau-là plutôt que cette pince-là, ah tu devrais
613 peut être faire, euh moi j'avais vu un autre chirurgien faire un, un, une suture comme ça plutôt
614 qu'une autre, des fois, ils vont dire ah ouais ! ben attend on va essayer ! il essaye t puis
615 finalement tu vois..

616 C'est pas parce qu'ils ont fait 15 ans d'études, qu'ils t'écoutent pas quoi !

617 Alors certains vont croire que.. ils ont tout vu, tout entendu donc c'est même pas la peine de
618 leur dire quoi faire, ils connaissent mieux que tout le monde hein.. ils sont chirurgiens.. mais
619 d'autres ils vont être ouverts, ils vont te dire ah ouais, ben écoute, des fois moi un coup, y en a
620 un qui m'a, je ne sais plus ce qui s'était passé, un chirurgien qui m'a dit « oh, j'y arrive pas, ça
621 me fais suer, machin, j'y arrive pas », c'était une cloison nasale, je peux pas faire ci, ça, ça, ça
622 tiens pas euh je dis ben oui mais, vous auriez quelqu'un pour vous tenir ça, ça irait peut-être
623 mieux ! ah ben ouais, ben vas-y ! enfile des gants puis tu vas me tenir ça ! ben je me suis dit,
624 ben je suis pas IBODE, mais je vais quand même enfile des gants et puis je l'ai aidé, et puis
625 au final, il s'est dit, ah ouais c'est pas si mal en fait d'être aidé, fin c'est bête mais quand tu as
626 le nez dans le guidon des fois ben tu vois pas ..

627 **Floriane : Oui des fois, il faut du renouveau quoi !**

628 IDE : C'est ça ! Mais voilà une infirmière de bloc c'est pas là que pour faire du ménage ou
629 donner des instruments au chirurgien quoi !

630 On partage beaucoup et puis tu vois que les chirurgiens souvent ils sont très bon-enfants, ils
631 balancent des blagues souvent très misogynes quand c'est des hommes forcément mais euh
632 mais bon tu rigoles, tu leur montres que tu es une femme forte ! et que..

633 **Floriane : (rigole)**

634

635 IDE : Que tu te laisses pas faire (rigole) et souvent ça passe bien !

636 **Floriane : Non, mais ça fais changer d'avis sur le bloc, hein !**

637 IDE : Franchement je trouve ça dommage, on en parlait avec nos collègues l'autre fois, c'est
638 que.. on trouve ça dommage que le stage au bloc ne soit pas obligatoire pendant la formation,
639 c'est que je pense qu'un petit passage au bloc, même si ce n'est pas ce que tu veux faire, je
640 pense que ça ne fait du mal à personne tu vois ! alors sauf si tu as horreur, que tu vas tomber
641 dans les pommes ceci, cela mais.. voilà !

642 **Floriane : Bon ben, du coup j'ai terminé mes questions, je te remercie pour le temps que**
643 **tu m'as accordé à répondre à euh toutes mes questions.**

644 **Je te souhaite une très belle journée et à très vite**

645 IDE : Merci, à toi ! bon courage pour la fin de l'année, à bientôt ! »

Annexe IV : Entretien d'une infirmière intérimaire

1 « **Floriane : Bonjour, tout d'abord merci d'avoir voulu participer à euh du moins à**
2 **prendre le temps de répondre à mes questions. La toute première question, c'est depuis**
3 **combien d'année êtes-vous diplômée et si je peux avoir une petite présentation de vous ?**

4 IDE : Alors, je suis diplômée depuis pas mal d'année maintenant, euh attend, 23 ans
5 précisément, et j'ai euh euh, travaillé dans divers services, surtout aux urgences main, service
6 SOS main aussi, un peu en psychiatrie et après une pause de cinq ans, j'ai décidé de revenir
7 comment dire, sur le terrain en tant qu'infirmière intérimaire surtout en EHPAD.

8 **Floriane : D'accord, merci.**

9 **Ensuite, une partie de votre travail, consiste à être en relation avec le patient, est-ce que**
10 **vous pouvez me dire comment vous vivez ces relations et ce qu'ils vous paraient important**
11 **dans celle-ci ?**

12 IDE : Seulement une partie !

13 Je dirai pour ma part, tout le travail consiste à être en relation !

14 Alors, pour moi, il y a plusieurs axes prioritaires dans une relation, la première, c'est l'humain,
15 euh je dirais que la personne est la priorité de notre métier.

16 Ensuite, l'accueil du patient, euh et bien pour moi l'accueil enfaîte c'est même primordial et
17 pour n'importe quelles situations bien entendu. (long silence)

18 Je ne me souviens plus de la question, peux-tu me la répéter ?

19 **Floriane : Oui, euh la question c'était, comment vous vivez les relations ..**

20 IDE : Ah oui !

21 **Floriane : Et qu'est-ce qui est important dans euh ces relations ?**

22 IDE : Bien euh, alors pour moi il est important de parler de communiquer avec le patient, tout
23 se joue au premier accueil donc il faut regarder et... la , humhum la manière de regarder, de dire
24 bonjour, la gestuelle aussi important vraiment, il faut avoir une voix posée aussi, très important
25 ça !

26 En fait, l'idée euh, eh bien c'est de se faire une idée rapide de la personne, une idée comment
27 dire euh (silence) globale, ce que j'appellerai le premier ressenti du patient, regarder l'autre
28 dans sa globalité permet au soignant de relever une toute petite chose importante sur lui mais
29 attention Floriane je ne te parle pas de la clinique là !

30 **Floriane : Oui c'est intéressant !**

31 IDE : Moi je dirais, qu'il faut toujours poser des questions ouvertes, je m'explique : comment
32 allez-vous, par exemple pas est-ce que ça va ? tu comprends.. car cette phrase sous-tend une
33 réponse.

34 Ah oui aussi, quand tu vois le patient, toujours euh se présenter, très important ça ! sourire,
35 avoir une voix rassurante, sans avoir de a priori par exemple, quand on voit des Gitans, leurs
36 manières de parler on peut avoir des a priori.

37 Une citation que j'aime beaucoup et qui m'a fait beaucoup réfléchir, je ne sais plus de qui elle
38 est mais .. mais c'est « le problème n'est pas de juger mais de savoir que l'on juge.. » (sourit)

39 **Floriane : Oui je vois, elle est jolie la citation, je l'admets ..**

40 IDE : Après tout le monde juge et c'est normal, bien évidemment mais il faut savoir s'en rendre
41 compte ! et pour finir je dirai qu'il est important, enfin pour ma part de prendre de la distance
42 face à une relation.

43 **Floriane : D'accord !**

44 **Donc pour vous, vous pensez qu'il est important de prendre la personne dans sa globalité,**
45 **en tant que sujet et pourquoi, par là je veux dire ce qu'il aime, ce qui le préoccupe, ce qu'il**
46 **vit actuellement ?**

47 IDE : évidemment ! je dirais même que c'est fondamental !

48 Se soucier de la personne est très important par exemple, quand j'étais aux urgences main, bien
49 systématiquement, je demandais le métier des personnes que je soignais, par exemple euh si la
50 personne est artisan ... bien c'est compliqué ! et puis après c'est vecteur d'angoisse... oui !
51 l'écoute c'est primordial, leur demander, c'est tout bête tu vois, si ils ont une assurance, ça ,
52 euh, ça peut les rassurer ! (silence)

53 Connaître leur vie pour éviter qu'il s'angoisse et temporiser, calmer le jeu, ça je te promets que
54 ça arrête les frustrations que la personne peut avoir.

55 Bien évidemment, il ne faut jamais être intrusive, il faut savoir écouter les signes.

56 Comme je dis toujours connaître l'humain peut sauver la vie !

57 **Floriane : Pouvez-vous me décrire un moment, peu importe lequel, où il y a eu un**
58 **événement relationnel ?**

59 IDE : Bien pour continuer ma phrase, comme quoi.. que connaître l'humain peut sauver des
60 vies, bien ta question euh me fait penser à une histoire qui m'est arrivée.. si je ne me trompe
61 pas ... aux urgences toujours urgence de la main.

62 J'accueille une jeune fille, euh 26 ans me semble.. qui a des douleurs mais chronique au niveau
63 de l'épaule donc on est des urgences mains, j'aurais très bien pu lui dire, ben qu'elle rentre chez
64 elle. Mais ce jour-là, elle est venue car les douleurs étaient insupportables, mais bon comme je
65 te l'es dit c'est chronique. (silence)

66 Et puis, je la regarde attentivement, parfois même je peux avoir un regard un peu trop je dirais
67 « observatrice, on me l'a même une fois reproché ahah » fin bon bref, c'est pas l'histoire ! et
68 puis donc où j'en étais.. ah oui cette fille, je la regarde et oui ! même sans la connaître son
69 visage était tiré, on voyait la douleur insupportable qu'elle ressentait sur son visage et tu vois
70 j'ai bien fait de ne pas la renvoyer car elle était en train de faire un infarctus, alors j'y avais
71 pensé quand je l'ai vu mais je me suis dit non ce n'est pas possible elle n'a que 26 ans ! c'est
72 trop jeune !

73 Donc, tu vois la clinique est quand même super importante aussi !

74 **Floriane : Peut-être aussi de par votre expérience, que vous avez pu détecter ce visage**
75 **plein de douleur ?**

76 IDE : Non, enfaite j'étais au moment où cela s'est passé, toute jeune diplômée !

77 **Floriane : Ah oui !**

78 IDE : Voilà..

79 **Floriane : D'accord, donc ma prochaine question euh c'est, attendez, je me perds, ah oui !**
80 **donc est-ce que vous pouvez cette fois-ci, me raconter un moment chargé**
81 **émotionnellement s'il vous plaît ?**

82 IDE : (réfléchi) Oh là là, c'était il y a très longtemps, j'étais toujours aux urgences main et là
83 encore une jeune vient voir un chirurgien, en fait, cette jeune était venue pour une autre
84 spécialité, mais tu sais dans un service, on fait beaucoup d'autres choses ! (rigole).

85 Cette personne avait, me semble euh environ 18 ans, elle était venue pour une fracture, je m'en
86 rappelle, c'était au niveau de sa jambe. Et enfaite, je ne saurai plus te dire comment, mais en
87 discutant avec quelqu'un d'autre, j'avais appris que cette jeune avec un cancer très rare.

88 Le lendemain, elle était hospitalisée dans un service et moi j'y faisais un remplacement, alors
89 je me suis dit que j'allais aller la voir, étant donné que je connaissais ces antécédents. Mais elle,
90 elle ne le savait pas que je le savais !

91 Et donc, je vais la voir, euh, euh je lui demande si elle veut parler d'autre chose, alors à savoir
92 que je lui laisse le choix, je lui indique pas que je sais qu'elle a un cancer, c'était une leucémie
93 je crois. Et puis là, elle commence à me parler de la mort, euh que c'était difficile pour elle d'en
94 parler avec ses parents, qu'elle avait très peu de chance de s'en sortir, en fait qu'elle allait
95 mourir ! et en fait, dans cette discussion elle me demandait des conseils pour aborder le sujet
96 plus facilement avec ses parents, pensant sûrement qu'avec les soignants elle aurait les réponses
97 à ses questions.. donc moi je lui donne des pistes mais bon ..

98 **Floriane : Qu'est-ce qui a été dur émotionnellement dans cette situation ?**

99 IDE : D'être confrontée à la mort d'un enfant ! Tu sais, je suis maman, et cette fille m'a fait
100 aborder le sujet frontalement !

101 **Floriane : Qu'est-ce que vous avez fait de cette émotion ?**

102 IDE : euh.. eh bien, j'ai accepté d'être touché, j'ai accepté que l'histoire était douloureuse. Je
103 sais que j'ai fait une projection car j'ai des enfants, mais je sais aussi que cela est complètement
104 normal.

105 Mais tu sais, euh, moi j'arrive à prendre énormément de distance face à toutes les situations, je
106 connais mes limites et puis ce n'est pas mon histoire, ce n'est pas ma famille ! tu comprends,

107 Oui en fait, moi je suis quelqu'un qui prend énormément de distance, je ne suis pas touchée par
108 les situations puisque je prends de la distance.

109 **Floriane : D'accord !**

110 **On sait qu'une relation est traversée par la notion affect/sentiment, que cela représente-**
111 **t-il pour vous dans votre travail ?**

112 IDE : Je dirais, qu'on est né pour mourir déjà et la mort peut faire peur tout comme une vie qui
113 a basculé dans un fort handicap. Tout ça peut toucher énormément ! il faut vraiment à mettre
114 de la distance, c'est très important dans notre métier, vraiment !

115 Les personnes ont des sentiments, comme sentiment de plaisir, de bien-être. Et les soignants
116 eux, recherche une chose c'est la personne et sa prise en charge. Le soignant et moi, enfin que,
117 que je pense, quand je sors d'une chambre c'est.. c'est ce que mon patient a bien été pris en
118 charge, est-ce que la personne est satisfaite de mon travail, est-ce que j'ai donné le meilleur
119 pour elle, le meilleur possible.

120 (silence) Et tu vois, ils te le disent quand ils sont satisfaits, par par exemple euh merci, merci,
121 de m'avoir reçu par exemple ou bien par un regard ou lorsqu'il te serre la main aussi.

122 Pour une personne démente, tu sais que tu as réussi quand le soin se passe calmement.

123 Le soin doit toujours se passer dans la bienveillance, dans le calme et toujours en respectant son
124 intégrité.

125 **Floriane : Je rebondis, désolé, quand vous dites que vous arrivez à prendre énormément**
126 **de distance, est-ce que vous pensez que c'est dû à des mécanismes de défenses, que vous**
127 **avez mis en place ?**

128 IDE: Oui bien sûr !

129 Enfaîte en tant que soignant il est important d'anticiper d'éventuelles réactions qui peuvent
130 survenir. Moi je pense que c'est lorsqu'on a peur de quelque chose que ça arrive.

131 Quand une personne est agressive, comment faire pour qu'elle ne le sois pas avec toi, ben tu
132 anticipes, tu maîtrises la situation.

133 Après chaque personne est différente, toi tu vas penser quelque chose et moi je vais penser autre
134 chose le ressenti d'une personne n'est pas forcément la réalité.

135 **Floriane : D'accord.. est-il possible pour vous d'échapper aux émotions ?**

136 IDE : C'est vaste.

137 Euh l'émotion ça peut être du stress, du bien-être, euh, euh des doutes sur une prise en charge,
138 est-ce que je dois appeler ou non le SAMU ?

139 Enfaîte, je dirai qu'on vit et qu'on est dans l'émotion quotidiennement, toute la journée. Mais
140 je dirai pas une émotion négative, ne pas être tétanisée, mais une émotion de plaisir, de surprise
141 au cours de la journée. En fait, euh, je dirais qu'on ressent énormément d'émotion dans une
142 seule journée.

143 Pour moi, euh, il ne faut pas se couper de ses émotions, il faut les accepter, c'est primordial !

144 **Floriane : Oui, c'est vrai, mais pour les accepter, il faut se connaître..**

145 IDE: Ah oui bien sûr !!

146 On peut aussi avoir des émotions avec l'équipe par exemple, moi une fois j'ai travaillé avec
147 une autre collègue et mon émotion c'était d'être heureuse car, j'adorais comment elle expliquait
148 au patient, donc tu vois regarder quelqu'un travailler peut amener à une émotion positive ! et
149 j'ai observé cette personne pour après le mettre à ma pratique.

150 Je suis désolé mais je dois retourner travailler !

151 **Floriane : Très bien, oui bien sûr.. Toute façon j'ai terminé mes questions, un grand merci**
152 **pour vos réponses et le temps que vous m'avez accordé .**

153 IDE : Avec plaisir, Floriane.

154 Et oui je terminerai par une phrase que j'adore : c'est soigner les maux par des mots !

155 **Floriane : Super, merci encore ! passez une bonne après-midi, au revoir !**

156 IDE: Au revoir Floriane ! »

Annexe V : Entretien d'une infirmière en oncologie, remplaçante libérale

1 « **Floriane : Alors, ma première question, c'est depuis combien de temps es-tu diplômée**
2 **et si tu veux bien te présenter, où tu travailles ce que tu as fait ?**

3 IDE : J'ai été diplômée en 2020 euh je suis issue de l'IFSI d'Arles.

4 À la sortie du diplôme, je suis partie euh au centre hospitalier d'Avignon en soin palliatif, j'y
5 suis restée six mois, et à la fin de ces six mois, je voulais partir euh au ski pour faire une saison,
6 mais avec le Covid ça n'a pas été possible donc du coup je suis restée pour renforcer les services
7 durant le Covid.

8 Euh ensuite, je suis repartie faire de l'intérim, à Rhône Durance en médecine interne, en cardio,
9 en chir euuh des missions d'intérim au CH euuh Arles et des missions également à sainte
10 Catherine euh que j'avais l'habitude de côtoyer.

11 Ensuite, j'ai fait ma demande pour faire du libéral, euh j'ai fait le choix de faire 50/50 donc du
12 libéral et continuer à faire une activité à sainte Catherine en tant que remplaçante.

13 Et là, je pars en CDI au mois de mai sur l'institut sainte Catherine.

14 **Floriane : Quel beau parcours !**

15 **Ma deuxième question, c'est une partie de ton travail consiste à être en relation avec le**
16 **patient, est -ce que tu peux me dire comment tu vis ces relations et ce qui te paraît**
17 **important ?**

18 IDE: Écoute, la relation selon moi, correspond à la rencontre en contact de deux êtres humains
19 euh, c'est une entrée en contact qui peut être de plusieurs façons, verbale, physique, gestuelle,
20 visuelle, euh pour moi la relation je la vis comme le cœur de mon métier euh sans relation euh
21 le soin n'existe pas.

22 Euh il faut selon moi, oublier la robotisation des, de nos actes, nous sommes avant tout des
23 humains et des entités avec nos, notre âme et notre façon d'exister.

24 Donc pour moi, ce euuh, ce qui est vraiment important euh de mettre en avant dans le soin,
25 c'est la relation !

26 **Floriane : C'est super !**

27 **Du coup je continue, est-ce que tu penses que pour toi, il est important de s'intéresser à la**
28 **personne dans sa globalité, entre guillemet ce qu'elle aime, ce qu'elle vit actuellement, ce**
29 **qui le préoccupe et euh du coup ben, est-il important pour toi de prendre la personne en**
30 **tant que sujet et pourquoi ?**

31 IDE : Ben , ce qui est important pour moi, dans ma relation avec le patient, c'est justement,
32 d'écouter, échanger, questionner, échanger nos points de vue dans la prise en charge c'est-à-dire
33 écouter ses peurs, ses envies, nous pouvoir exposer la manière euuh de prise en charge du
34 patient, ce qui est envisagé, les soins à prodiguer, et ensuite pouvoir les personnaliser avec le
35 patient

36 (silence)

37 **Floriane : Du coup, lorsque tu es en relation avec un patient, bien, comment tu décris cette**
38 **relation, en prenant en compte son vécu sur sa maladie, les implications que cela implique**
39 **sur sa maladie au patient ?**

40 IDE: Euuh, alors cette question je ne l'ai pas trop compris mais je vais quand même essayer
41 d'y répondre si tu le veux bien ?

42 **Floriane : Oui bien sûr, ça peut être intéressant de savoir comment tu as compris cette**
43 **question ..**

44 IDE : D'être en relation avec le patient, pour moi, ça apporte une relation qui est privilégiée,
45 euh elle va pouvoir être adaptée et adaptable.

46 On va pouvoir entrer dans une relation de compassion et surtout avec une écoute active du
47 patient (silence) qui va pouvoir justement nous permettre de rentrer dans une personnalisation
48 euh de la prise en charge. Parce que, on est d'accord que quand on rentre en relation avec un
49 patient chaque soin est différent !

50 **Floriane : Tout à fait !**

51 IDE: Euuh, c'est-à-dire que oui !

52 On a tous par exemple appris à poser un cathéter comme ça, selon le protocole, mais on va bien
53 sûr respecter toutes nos euuh consignes d'hygiènes hein !

54 Ce qui est vraiment important, mais euuh la pose de cathéter avec monsieur A et la pose de
55 cathéter avec Monsieur C, ça va pas être le même déroulement.

56 Hein, euh le patient sera sûrement installé différemment, il préférera être comme ça, il préférera
57 sur ce bras.. voilà, il faut vraiment euuh, rentrer euh en contact, une patiente, qui va , qui va
58 avoir été opérée d'un cancer du sein d'un côté, ben, du coup faudra pas lui prendre la tension de
59 côté-là mais c'est sûr que si on fait pas l'anamnèse de la patiente, on pourra pas le savoir donc
60 c'est ça rentrer en contact !

61 C'est apprendre à connaître le patient, son vécu, ses antécédents, sa façon de voir les choses,
62 pourquoï, comment, donc c'est très important pour moi !

63 **Floriane : Oui géniale, finalement la question tu l'as comprise, c'est intéressant !**

64 IDE: Bon tant mieux alors (rire)

65 **Floriane : Ensuite, est-ce que tu peux me raconter, la dernière fois où tu as été en contact**
66 **avec une personne, un patient, une patiente, et qui s'est passé un événement relationnel,**
67 **en sachant que peu importe lequel ?**

68 IDE : Ben enfaîte, euh, un événement relationnel .. (silence)

69 Je ne sais pas ce que tu entends par événement relationnel parce que je pense que quand on
70 rentre en contact avec un patient de toute manière il y a toujours des événements relationnels
71 que l'on rencontre.

72 Mais je pense que du coup, ça va se référer à la question d'après ou je vais pourvoir te répondre,
73 je pense, tu sais celle que m'as envoyée sur le moment chargé émotionnellement.

74 **Floriane : D'accord, oui ton point de vue est intéressant, j'entendais par ma question, un**
75 **événement qui t'a marqué, enfin dont tu te souviens, mais si tu veux on enchaîne et si ça**
76 **te vient tu m'y répondra..**

77 IDE: Ah oui, je veux bien, merci !

78 Là comme ça, euh je t'avoue que cette question me paraît plus compliquée. (sourit)

79 **Floriane : Pas de soucis t'inquiète pas !**

80 **Alors ensuite ... On sait qu'une relation, c'est traversée par la notion affect, sentiment,**
81 **émotion ? qu'est-ce que du coup, cela représente pour toi, dans ton travail ?**

82 IDE : Euh, alors qu'est-ce que ça représente pour moi ! Ben pour moi, toute prise charge
83 induite du coup bennn, une, un, une entrée en relation, euh, la notion d'affect, la notion d'affect
84 euuuh (silence), euh cette question elle est difficile..

85 Une relation est traversée par la notion d'affect et de sentiment, que cela représente-t-il pour toi
86 dans ton travail et pourquoi euh....

87 L'affect et sentiment, c'est quelque chose dans notre travail qui est euh difficile, c'est au cœur
88 de notre relation, c'est quelque chose qu'on vit euh à mon sens euh tous les jours, et autant avec
89 l'équipe soignante que autant dans notre vie privée, autant dans notre relation avec les patients
90 et pour moi, c'est quand même quelque chose qui peut être, auquel on peut s'y brûler, mais je te
91 développerais ça dans la dernière question car j'ai vu que ta dernière question était vachement
92 intéressante et je pense que je pourrais mieux le développer.

93 **Floriane d'accord, comme tu préfères t'inquiète pas !**

94 **Est-ce que maintenant, tu peux me raconter, un moment qui est chargé émotionnellement,**
95 **avec un patient ou bien sa famille ?**

96 IDE: Ben écoute, je vais te parler d'une prise en charge d'une patiente euh , euuuuh, une fin de
97 vie, 39 ans une petite fille de 7 ans, une de 9 mois, et un mari à ses côtés, une famille bien
98 présente.

99 Voilà, une fin de vie à 39 ans.. euh assez compliquée, euh, c'était très chargé émotionnellement,
100 parce que 39 ans, ben 39 ans c'est pas le schéma de la vie de d'être en fin de vie à 39 ans.

101 Euh malheureusement, c'était une famille avec des enfants, la grande question c'était est-ce
102 qu'on fait venir les enfants ou non parce qu'à la fois ça reste leur maman, donc pourquoi elle
103 pourrait pas venir, mais la fois voir leur maman dans cet état-là euh, est-ce que c'était la solution
104 aussi..

105 Euh ce que ça m'as appris... dans ce questionnement, c'est beaucoup une prise en charge et un
106 questionnement qui était éthique et dans ces prises en charge là, on a souvent euh, euh, tendance
107 à faire un transfert (tousse), avec le jeune âge de la patiente, on transfert souvent sur nos familles
108 à nous et souvent, faut juste prendre un petit peu de recul, des fois se dire que notre volonté de
109 soignant n'est pas toujours la volonté de la famille, de la patiente...

110 **Floriane : Oui ça fait réfléchir**

111 IDE: Donc, euh !

112 Et ça il faut savoir le respecter !

113 Euh la grande question c'était, euh elle était inconfortable, est-ce qu'on la sédate ou non, est-ce
114 que le fait qu'elle soit encore euh consciente ben, elle pouvait encore échanger avec son mari
115 même si elle était pas confortable et elle était pas dans la demande euh de s'endormir, elle
116 voulait s'accrocher mais nous en tant que soignant, la voir souffrir c'était pas la solution, donc
117 on avait quand même discutait avec son mari, avec elle de l'endormir euh pour pas qu'elle
118 souffre, y a aussi cette notion de souffrance du patient qui est quand-même euh non négligeable
119 hein !

120 Euh mais c'est vrai que c'est très difficile dans les prises en charge comme ça de trouver le bon
121 positionnement, pas choisir à la place du patient, et pas le laisser souffrir non plus. Euh, c'est
122 très très très délicat, il faut être proche de la famille pour pouvoir comprendre le
123 fonctionnement, leur volonté, la volonté du patient, euh mais pas trop non plus.

124 Euuh, c'est vrai que la notion de transfert, interprétation, on est tous des humains, donc on a
125 tous nos sentiments, nos interprétations, nos transferts.

126 Ça me fait penser à ça, oui moi je pense que c'est comme ça, moi par contre je pense que c'est
127 comme ça.

128 Il faut savoir qu'en fin de vie, on dit toujours que ce qui est vrai le matin et faux l'après-midi
129 hein, on est quand même dans des situations qui sont des fois chargés d'ambivalence.

130 Euh pour moi, c'est des événements qui sont, (silence), qui sont, bien, alors attention, la fin de
131 vie d'un patient, c'est pas un événement bien mais c'est des événements qui font grandir, qui
132 font cheminer euh c'est-à-dire que moi c'est un moment qui m'a marqué, je suis partie en
133 vacances après ce moment-là et j'ai écrit à des copines pour avoir des nouvelles et j'ai appris
134 qu'elle était décédée durant mes vacances.

135 Donc euh, le problème c'est que ce genre d'histoire, on a tendance, des fois, à la, à le ramener à
136 la maison pour ma part, en trois ans, c'est la première fois que je ramène une prise en charge à
137 la maison mais il y a des prises en charge qui nous marquent plus que d'autres.

138 Et ça c'est aussi des émotions, et les émotions on les contrôlent pas toujours.

139 Mais par contre on peut apprendre à euh les maîtriser, à être un peu plus vigilant et là c'est vrai
140 que, moi du coup ça m'a mis un petit peu en alerte, de me dire « oh ! T'es en vacances, tu penses
141 à ça ! » donc j'ai un peu pris du recul, je me suis questionnée et mon retour de vacance j'irais
142 voir la psychologue pour pouvoir en discuter et justement pouvoir cheminer, avancer, euh
143 progresser aussi dans ma prise en charge émotionnelle, et je pense que ça c'est, durant tout
144 nôtre, durant tout le long de notre métier, notre carrière, je pense que c'est un boulot de tous les
145 jours, tous les jours, on apprend et que surtout tous les jours on apprend un peu plus qui on est
146 en tant que soignant et qui on est en tant qu'être humain sur terre !

147 **Floriane : Oui, très touchante cette histoire.. (silence)**

148 IDE: Elle avait un cancer de l'estomac avec méta cérébrale et euh méningite engagée.

149 **Floriane : D'accord..**

150 IDE : Voilà ..

151 **Floriane : Donc, est-ce que tu penses, toi en tant que soignante et personne humaine, tu**
152 **peux échapper aux émotions ?**

153 IDE : Euh, alors moi, je vais être clair sur cette question !

154 Sans émotion, pour moi, il n'y a pas d'humanité.

155 Faut arrêter de déshumaniser euh le patient, l'être humain, les équipes soignantes, faut pas
156 pleurer, faut pas.. faut pas faire ci, faut pas faire ça. Non !!

157 On est quand même dans une prise en charge, un soignant, comme je dis, il faut être dans « la
158 maîtrise » des émotions. Il faut rester vigilant mais maîtriser ne veut pas dire occulter les
159 émotions.

160 Donc euh pour être plus précise, euh, je, je, je, comment je vais pouvoir te euh, ouais, je, moi,
161 je, ce que je pense, gérer les émotions ne rime pas avec les occulter... savoir les exprimer, tout
162 en les maîtrisant fait intégrante pour moi euh de notre métier et des valeurs euh que ce métier
163 accompagne.

164 Euh la relation, toute façon, pour moi c'est une prise de risque entre le soignant et le soigné.
165 Comme dans notre vie personnelle, rentrer en relation, pour moi avec quelqu'un que ce soit
166 amicalement, familialement ou bien amoureusement, pour moi c'est quand même prendre le
167 risque.

168 Le risque d'être envahi par ses sentiments, de ne plus avoir le contrôle sur la relation même
169 parfois d'en souffrir comme des fois on peut souffrir de la perte d'un patient dans un service euh
170 souffrir de euuh ben d'une prise en charge qui, qui, qui va pas avec nos convictions, notre
171 manière de voir la vie mais on reste quand même tous différents donc faut des fois un petit peu
172 prendre de la hauteur.

173 C'est pour ça que je dis, il faut apprendre à observer la situation et l'analyser et (silence), et
174 analyser surtout ce qu'elle nous renvoie et ainsi s'ajuster ans la relation.

175 Ça permet de pouvoir pour moi, mieux maîtriser ses émotions.

176 Il faut rester lucide, en disant que gérer ses émotions, n'est pas une chose facile, hein !

177 De toute manière tant dans une vie personnelle que professionnelle et je pense même qu'avec
178 30 ans d'expérience, il y a encore des situations qui nous dépassent ça même avec l'expérience,
179 le soignant reste avant tout un être humain !

180 Et c'est vraiment ce que je veux mettre en avant !

181 **Floriane : Tout à fait !!!**

182 **c'est beau ce que tu dis !**

183 IDE: Merci ! et si je peux conclure, euh

184 **Floriane : Oui bien sûr, je t'écoute !**

185 IDE: Euh notre petit échange Floriane, c'est, la relation est là, là , euh, la relation est la
186 complexité des dimensions qu'elle nous offre est à la fois intrigante euh déstabilisante mais
187 tellement enrichissante tant sur le plan professionnelle que, que personnelle.

188 Enfaîte, hein, la mise en relation, euh, c'est, c'est tellement riche enfaite, tellement riche en
189 échange, en questionnement, en positionnement, en prise de recul, en prise de hauteur, en prise
190 de décision, euh, c'est enfaîte, on est tout le temps en relation, on est tout le temps en relation
191 avec l'humain donc c'est vrai que nous on parle de relation soignant- soignée qui est quand
192 même le cœur du sujet mais c'est vrai que pour moi euh, il faut rester vigilant et prendre de la
193 hauteur pour pouvoir maîtriser et s'ajuster.

194 Mais par contre occulter les émotions, déshumanises totalement la relation, pour moi, et
195 déshumanise totalement la prise en charge et euh, et, le soin en fait ! Et le soin ! Voilà parce
196 que pour moi rentrer en relation est un soin à part entière !

197 **Floriane : Super, eh bien écoute, je te remercie pour ce moment d'échange avec toi.**

198 **C'était vraiment très, très intéressant, et surtout merci de t'y être autant investie !**

199 IDE: (sourit), avec plaisir Floriane ! Bonne continuation pour la suite et tiens moi au courant..

200 **Floriane : Pas de souci, merci à toi »**

Annexe VI. Grilles d'analyse des questions

Annexe VI.I : Question n°1

Depuis combien d'année êtes-vous diplômée ainsi qu'une mini présentation de vous ?	
Étudiante IDE	Étudiante infirmière en troisième année, avec une expérience « de plus de 20 ans en tant qu'aide-soignante » (ligne 7), « surtout travaillée en psychiatrie, EHPAD, chirurgie, MAS, centre pour aveugle » (ligne 8). « j'aimerais exercer si j'arrive à avoir mon diplôme soit en soin palliatif, soit en oncologie » (lignes 9/10).
Infirmière de bloc opératoire	« j'ai été diplômée en 2019 » (ligne 3), « j'ai commencé à travailler sur l'hôpital.. dans le pool de remplacement » Ligne 4/5. « j'ai fait plusieurs remplacements à la clinique en chir ambulatoire, ensuite j'ai atterrie à l'Ehpad ou je suis restée presque 3 ans et depuis novembre.. au bloc opératoire » (ligne 9-10)
Infirmière intérimaire	« diplômée depuis pas mal d'année maintenant .. 23 ans précisément » (ligne 4/5). Elle a « travaillé dans divers services, surtout au urgence main, service SOS main, un peu en psychiatrie » (Ligne 6). Pour ensuite après une longue pause, « infirmière intérimaire surtout en EHPAD » (Ligne 7).
Infirmière en oncologie, remplacement libérale	« J'ai été diplômée en 2020 » (ligne3), « je suis partie en soin palliatif » (ligne 4), « ensuite, je suis partie faire de l'intérim » (ligne8), « ensuite, j'ai fais ma demande pour faire du libérale » (ligne11), « je pars en CDI en mai à l'institut Sainte Catherine) (ligne 13)

Annexe VI.II : Question n°2

Une partie de votre travail consiste à être en relation avec le patient, est-ce que vous pouvez me dire comment vous vivez ces relations, et ce qui vous paraît important ?

Étudiante	<p>« Tout se passe pour moi, déjà au premier accueil » (ligne 20). « à la rencontre.. pour moi c'est déjà là où tout se joue, où la relation se joue » (Lignes 20/21). « C'est là.. où on va établir un lien de confiance » (Ligne 22). « Le premier contact avec le patient pour moi, il est primordial » (lignes 22/23). « C'est un échange et un partage » (lignes 27/28). « La relation de soin... généralement, c'est une position différente.. le patient... position de faiblesse... et que le soignant... position de supérieur » (lignes 29/31). « Parce que il est soignant, il est censé savoir » (ligne 32). « Pour que cette relation puisse se créer justement, il faut qu'il y est cette asymétrie... c'est-à -dire que je vais me mettre à son niveau » (Ligne 33/34). « L'empathie c'est essentiel enfaîte.. je ne peux pas être en relation avec un patient si je ne fais pas preuve d'empathie.. essayer de comprendre ce qu'il va me dire » (Lignes 36-38).</p>
Bloc opératoire	<p>« Je l'ai vit bien car elles font parties intégrantes du métier » (ligne 15). « Tu ne peux pas être une bonne soignante si tu prends pas en considération des gens.. on est pas des machines » (Lignes 16/17). « Nos mots.. on un impact sur les gens » (ligne 18/19). « Peu importe le service dans lequel tu es » (Ligne 20). « Que tu es 5 ans, 20 ans, 30 ans, 60, t'es nu sous ta blouse ... t'es un peu vulnérable.. tu gères rien » (lignes 21-23). « On doit vraiment les rassurer, les écouter, apaiser les choses » (lignes 26/27). « Chaque personne est différente donc chaque prise en charge sera adaptée » (ligne 32/33). « C'est à toi de t'adapter! » (ligne 35).</p>
intérimaire	<p>« Seulement une partie ! » (ligne 12). « Tout le travail consiste à être en relation » (ligne 13). « Alors pour moi, il y a plusieurs axes prioritaires dans une relation, la première c'est l'humain » (lignes 14/15). « Ensuite, l'accueil du patient... enfaîte c'est primordial» (lignes 16/17). « Il est important, de parler, de communiquer avec le patient » (ligne 22). « Tout se joue au premier accueil, donc il faut le regarder... il faut avoir une voix posée » (lignes 23-24). « Toujours se présenter.. sans avoir d'a priori » (ligne 34/35). « Regarder l'autre dans sa globalité » (lignes 27/28). « Il est important, enfin pour ma part de prendre de la distance face à une relation » (lignes 41/42).</p>

« La relation, selon moi, correspond à la rencontre en contact de deux êtres humains » (ligne 18). « C'est une entrée en contact qui peut-être de plusieurs façons, verbale, physique, gestuelle, visuelle » (lignes 19/20). « Je la vie comme le cœur de mon métier » (ligne 20). « Sans relation, euh, le soin n'existe pas » (lignes 20/21). « Oublier la robotisation des, de nos actes » (ligne 22). « Nous sommes avant tout des humains.. avec nos âmes et notre façon d'exister ». (lignes 22/23). « Ce qui est vraiment important de mettre en avant dans le soin, c'est la relation » (lignes 24/25).

Annexe VI.III : Question n°3

Est-il important, de prendre la personne dans sa globalité (ce qu'il aime, ce qu'il vit, ce qui le préoccupe) en tant que sujet et pourquoi ?	
Étudiante	« Je vais prendre en compte, tout ce qu'il est » (ligne 43). « Je vais m'adapter à lui » (lignes 43/44). « Des fois on a des patients de différentes cultures... ça peut générer des incompréhensions... c'est essentiel de prendre en compte tout ça » (lignes 49-21). « Sinon je vais rentrer dans un jugement.. je vais les stigmatiser ou les mettre dans une catégorie ça n'a aucun sens » (lignes 52-53).
Bloc opératoire	« Oui, c'est certain que c'est important » (ligne 44). « On ne peut pas prendre en charge correctement quelqu'un, si tu t'intéresses pas un minimum à elle » (lignes 45/46). « Les gens vont être complètement paniqués.. c'est quoi cette prise en charge » (lignes 48/49). « Tu peux pas prendre, quelqu'un en charge correctement, si tu t'intéresses pas à lui » (lignes 72/73). « Notre but, au bloc, c'est que les gens gardent un bon souvenir » (ligne 80). « Notre but, c'est vraiment de les rassurer » (ligne 96).
intérimaire	« évidemment, je dirais même que c'est fondamental » (ligne 47). « Se soucier de la personne est très important » (ligne 48). « L'écoute est primordiale » (ligne 51). « Connaître leur vie pour éviter qu'ils s'angoissent.. il ne faut jamais être intrusive » (lignes 53/54). « Il faut savoir écouter les signes » (ligne 55). « Connaître l'humain peut sauver la vie! » (ligne 56).
oncologie	« écouter, échanger, questionner, échanger nos points de vue dans la prise en charge » (ligne 32), « écouter ses peurs, ses envies » (ligne 33), « Nous pouvoir exposer la manière de prise en charge du patient, ce qui est envisagé, les soins à prodiguer, et ensuite pouvoir les personnaliser » (lignes 33/35)

Annexe VI.IV : Question n°4

Lorsque vous êtes en relation avec un patient, comment vous décrivez cette relation, en prenant en compte son vécu sur la maladie, les implications que cela impliquent au patient ?

étudiante	<p>Pour elle, la relation « change, il faut en tenir compte car qui mieux que le patient quand il a une maladie chronique sait ce qu'il a et ce qu'il ressent » (lignes 67/68). « Même les soignants avec leur savoir...on a certes les connaissances théoriques.. mais on ne la vit pas » (lignes 69/70). « Le patient a des connaissances théoriques de sa maladie.. ce qu'il ressent, ce qu'il vit à travers la maladie » (lignes 71-73). « Le patient, est le seul capable de pouvoir en parler et exprimer ce qu'il ressent » (lignes 73/74). « Je vais entendre ce qu'il dit.. je vais écouter ce que lui dit comment il l'a ressenti » (lignes 75-77). « à mon sens, il sait quoi, il peut même m'apprendre des choses » (lignes 80/81).</p>
Bloc opératoire	<p>« Je pense que c'est propre à chacun » (ligne 110). « On a de l'empathie pour tout le monde, mais tu vas peut-être avoir un peu moins d'empathie pour une jeune qui va venir se refaire le nez.. plutôt que quelqu'un qui va se faire poser une gastrotomie parce qu'il est en chimio.. et que tu sais que c'est l'opération de dernière chance ! » (lignes 111-114). « T'es censé prendre chaque personne en charge correctement » (ligne 116). « Tu vas voir peut-être un peu plus d'empathie selon ton vécu » (ligne 120). « Suivant ton vécu et ton passé, et c'est ce qui fera aussi que tu seras une bonne infirmière » (lignes 124/125). « Ta prise en charge peut pas être pareil pour ton le monde » (lignes 128/129). « ça dépend de toi même, de ton patient, de ta journée, on est des humains ! » (lignes 131/132). « Ta prise en charge ne sera pas pareil qu'un autre jour où tu es mieux.. ou tu cours un peu moins » (lignes 135/136). « Tu dois t'adapter à lui quoi ! » (ligne 145).</p>
intérimaire	<p>Pas de réponse sur cette question par manque de temps.</p>
oncologie	<p>« Cette question, je ne l'es pas trop compris » (ligne 40), « Une relation qui est privilégiée, elle va pouvoir être adaptée et adaptable » (lignes 44/45) « Entrer dans une relation de compassion et surtout avec une écoute active du patient » (ligne 46), « Entrer dans une personnalisation de la prise en charge » (lignes 47/48), « Chaque soin est différent » (ligne 49), « La pose de cathéter avec Monsieur A et la pose de cathéter avec Monsieur C, ça ne va pas être le même déroulement » (lignes 52/53), « Si on ne fais pas l'anamnèse de la patiente, on pourra pas le savoir donc c'est ça rentrer</p>

en contact » (lignes 59/60), « Apprendre à connaître le patient, son vécu, ses antécédents, sa façon de voir les choses, pourquoi, comment, donc c'est très important pour moi » (lignes 61/62)

Annexe VI.V : Question n°5

Est-ce que vous pouvez me raconter la dernière fois ou vous avez été en contact avec un patient et qu'il s'est passé un événement relationnel (peu importe l'événement) ?

étudiante	<p>« J'étais en accueil et crise » (ligne 88). « Un patient.. il me faisait peur.. retour de l'équipe quand ils l'ont accueillis, c'est qu'il était vachement agressif envers le femmes » (lignes 89/90). « Il avait l'âge de mon fils » (ligne 91). « C'est pas un patient vers qui je suis allé enfaîte, j'étais pas dans l'évitement mais je cherchais pas le contact » (lignes 92/93). « Enfaîte je suis entrée en relation avec lui, il n'a jamais été agressif » (lignes 96/97). « Nous il nous respectait .. on s'est posé la question de l'image maternelle » (lignes 100/101). « Il était marocain, est l'image de la maman dans ces cultures c'est important » (lignes 130/104). « J'ai établi une relation avec ce jeune.. » (ligne 106). « C'était émotionnelle, c'est que ce gamin, il avait plus sa maman » (lignes 110-112). « Une fois il a ouvert ses bras un peu comme si il voulait prendre sa maman dans ces bras-là » (lignes 115/116). « Du fait qu'il avait l'âge de mon fils, je sais pas ça m'a touchée » (lignes 117/118). « Je me suis dit le pauvre » (ligne 118). « Quand on en a rediscutait en équipe... » (ligne 121). « Quand on est infirmier on nous dit faut mettre de la distance.. c'est bien beau en théorie, mais en pratique » (ligne 128/129).</p>
Bloc opératoire	<p>« J'étais en salle de réveil, je faisais les prépa-cata » (lignes 164/165). « J'ai eu une dame.. je vois qu'elle est stressée, qu'elle a les larmes direct qui lui montent » (lignes 167). « Tu commences à avoir les larmes qui coulent, c'est que tu as un trop plein d'émotion et de pression et elle avait ce besoin d'évacuer » (lignes 168/169). « Une fois que j'ai eu finit de préparer, je me suis vraiment consacrer à elle » (ligne 173). « Je lui es demandé si elle avait peur » (ligne 180). « Et là, elle me balance, qu'elle a peu de perdre la vue parce qu'elle est veuve.. qu'elle a un fils qui est autiste et qui elle est toute seule à s'en occuper » (lignes 187-190). « Et là.. je me suis dit qu'est-ce que je vais lui dire » (ligne 191). « Nous au bloc, on a pas la possibilité d'agir sur le après, on a pas de psychologue, d'assistance sociale.. à l'aider à prendre en charge son fils.. donc je me suis dit consacre toi sur elle, ce moment-là il est pour elle » (lignes 192-195). « Donc on a beaucoup parlé, elle a fini par se détendre.. j'ai même un collègue.. il lui a fait de l'hypnose » (lignes 200/201). « Quand l'intervention s'est terminée.. elle m'a remercié.. elle voyait.. » (lignes 204-206). « C'était émotionnellement fort, parce</p>

	<p>que quand elle te dis, voilà, j'ai peur d'être aveugle, je suis toute seule à la maison.. tu te dis ah ouais ! » (lignes 219/220). « C'est là que tu vois la misère du monde .. c'est qu'on a pas tous la même chance dans la vie, quoi ! » (lignes 221/222).</p>
intérimaire	<p>« Une histoire qui m'est arrivée .. au urgence de la main » (lignes 60/61). « J'accueille une jeune fille, 26 ans me semble » (ligne 62). « Qui a des douleurs chroniques au niveau de l'épaule.. j'aurais très bien pu lui dire, ben qu'elle rentre chez elle » (lignes 62-64). « Je l'a regarde attentivement » (ligne 66). « Même sans la connaître, son visage était tiré, on voyait la douleur insupportable qu'elle ressentait » (lignes 68/69). « J'ai bien fait de ne pas l'a renvoyer car elle était en train de faire un infarctus » (ligne 70). « J'étais au moment où cela s'est passé, toute jeune diplômée » (ligne 76).</p>
oncologie	<p>« Je ne sais pas ce que tu entends pas événement relationnel » (ligne 68), « Parce que je pense que quand on rentre en contact avec un patient de toute manière il y a toujours des événements relationnels » (lignes 69/71), « Cette question me paraît compliquée » (ligne 78).</p>

Annexe VI.VI : question n°6 :

On peut dire qu'une relation est traversée par la notion affect et sentiment. Qu'est-ce que cela représente pour vous dans votre travail et pourquoi ?

Étudiante IDE	<p>« ça représente pour moi, un côté humain.. on est des soignants mais avant d'être des soignants on est des humains » (ligne 143). « tout êtres humains est traversés par des affects et des sentiments » (ligne 145). « à partir du moment où on est en relation avec un patient, ben obligatoirement, on est traversé par des affects et sentiments » (lignes 146/147). « sentiment de culpabilité si on n'arrive pas à octroyer le temps au patient ou à faire ce qu'on voudrait faire pour lui » (lignes 148/149). « ça peut engendrer quelque chose de plus profond donc qui sera de l'ordre des affects... on n'aura pas pu apporter ce qu'on voulait au patient » (lignes 150/151). « pour moi, ce qui est important, c'est pouvoir identifier et en parler.. en équipe, ben pour plein de chose, pour voir qu'est-ce qu'on a pas fait, qu'est-ce qu'on aurait pu faire, et ce qu'on aurait pu changer quelque chose ou pas » (lignes 156-158).</p>
Infirmière de bloc opératoire	<p>« En soin infirmier, les expériences habitent la tête et la main, mais elles demeurent sans valeur, si elles n'appliquent pas aussi le cœur » (lignes 229-231). « on ne peut pas soigner si on ne prend pas en considération les gens » (ligne 234). « tu ne peux pas faire infirmière si ta pas un minimum d'empathie, tu peux pas être une bonne soignante, si ta pas un peu d'empathie » (ligne 235). « forcément, ta des sentiments qui vont te traverser, suivant ton vécu » (ligne 237). « quand t'es jeune diplômée, ta pas de recul sur le monde professionnel » (lignes 238/239). « mais tu as ton vécu personnel » (ligne 239). « et suivant ta vie et ton passé, tu vas prendre en charge les gens différemment » (ligne 243). « c'est obligatoire d'avoir, une part d'émotion dans ton soin ! » (ligne 244). « une fille qui n'a pas d'empathie, ben elle va très vite arrêter le métier... tu ne peux pas prendre en charge les gens convenablement... et toi même tu vas pas trouver d'intérêt à ton métier » (lignes 254-248) « tu peux pas prendre en charge des gens, si tu leurs parles pas » (ligne 253). « ça ne veut pas dire, au bout de 10/20 ans d'expérience, un décès te touches pas plus qu'un autre » (lignes 271/272). « ta toujours une famille, un patient qui t'as touché plus qu'un autre » (lignes 272/273). « mais tu as d'autres moments qui te touchent aussi.. moi ça m'es déjà arrivé de sortir d'une chambre, d'aller pleurer.. tu te mouche un coup puis tu y retourne quoi ! » (lignes 277-279). « mais on est humain » (ligne 280). « un moment donné je pense que tu as une jauge tu vois d'émotions,</p>

	<p>ça grimpe, ça grimpe, un moment donné, faut que, faut vider, faut vidanger...ta pas le choix ! » (lignes 281-283). « puis des fois tu vidanges à la maison » (ligne 285). « juste quelqu'un qui t'écoute » (ligne 287). « et parfois, ben tu fais des burn-out, ça arrive aussi que ce trop-plein d'émotion et ce manque de personnel.. » (lignes 288/289).</p>
<p>Infirmière intérimaire</p>	<p>« on est né pour mourir, déjà et la mort peut faire peur tout comme une vie qui a basculé fort dans un handicap, tout ça peut toucher énormément » (lignes 112/113). « il faut vraiment mettre de la distance, c'est très important dans notre métier, vraiment ! » (ligne 114). « les personnes ont des sentiments, comme sentiment de plaisir, de bien-être » (ligne 115). « les soignants recherchent une chose eux, c'est la personne et sa prise en charge » (ligne 116). « que je pense, quand je sors d'une chambre, c'est est ce que mon patient à bien était pris en charge, est ce que la personne est satisfaite de mon travail, est ce que j'ai donné le meilleur pour elle, le meilleur possible » (lignes 117-119). « le soin doit toujours se passer dans la bienveillance, dans le calme et toujours en respectant son intégrité » (lignes 123/124). par la suite, j'ai demandé, si en prenant de la distance cela venait de mécanisme de défense ? « oui, bien sûr » (ligne 128). « en tant que soignant, il est important d'anticiper d'éventuelles réactions qui peuvent survenir » (ligne 129). « chaque personne est différente, toi tu vas penser quelque chose et moi je vais penser autre chose, le ressenti d'une personne n'est pas forcément la réalité » (lignes 133/134).</p>
<p>Infirmière en oncologie, remplacement libérale</p>	<p>« pour moi, toute prise en charge induit du coup. Une entrée en relation » (ligne 83) « l'affect et sentiment, c'est quelque chose dans notre travail qui est difficile » (ligne 84), « c'est au cœur de notre relation » (lignes 87/88), « c'est quelque chose qu'on vit à mon sens tous les jours » (ligne 88), « autant avec l'équipe soignante que autant dans notre vie privée,</p>

autant dans notre relation avec le patient » (lignes 89/90), « et pour moi, c'est quand même quelque chose qui peut être, auquel on peut s'y brûler » (ligne 90).

Annexe VI.VII : Question n°7 :

Pouvez-vous me raconter un moment chargé émotionnellement, avec le patient ou sa famille ? Comment qualifieriez-vous cette relation ?

Étudiante	<p>« je travaillais dans une maison de retraite, j'étais seule pour 80 résidents » (ligne 167). « le dimanche je ne sais pas pourquoi, j'ai commencé par elle » (ligne 178). « quand je tape, elle répond pas » (ligne 181). « j'ouvre la porte, ... sa sentait la mort. Je m'en rappel comme si c'était hier » (lignes 182-183). « elle était allongée par terre.. décédée » (ligne 185). « un dimanche, moi, j'étais seule, c'était compliquée » (ligne 187). « moi, la grand-mère, j'avais pas réussi à la remettre dans son lit » (ligne 195). « donc quand la famille est arrivée, elle était toujours par terre » (ligne 197). « le fils, s'est jeté, sur sa mère, il l'a pris, il l'a balançait contre son épaule.. » (lignes 203/204). « il pleurait.. et enfaîte.. ben moi il m'a fait pleurer. Je pleurais autant que lui. » (ligne 207). « il m'a posé des questions, j'arrivais plus à aligner deux mots » (ligne 208). « j'ai été touché, mais vraiment touché » (ligne 210). « j'ai été touché par ça et puis par la mort en soi » (ligne 212). « je devais aller voir des patients, des résidents qui ne répondaient pas . J'avais une appréhension à ouvrir la porte » (ligne 214/215). « j'ai mis très longtemps à pouvoir en parler » (ligne 217/218). « on m'a conseillé de lire un livre. Pour mieux comprendre et appréhender la mort » (ligne 220/221). « maintenant avec le recul, je le vivrait certainement différemment » (ligne 227/228). « ça aurait pu être moi et ma mère ou moi face à ma grand-mère » (ligne 233/234). « là j'ai pas mis de distance... je me sentais coupable » (ligne 237/238). « maintenant avec le recul.. je ne dis pas qu'aux niveaux des affects je ne serais pas touchée. ; je pense que j'arriverais mieux à les maîtriser » (lignes 253-255). « malgré l'expérience, je suis toujours touchée » (ligne 256). Les affects ressentis « ça apprend à grandir » (ligne 264). « faut les accepter, faut les identifier, faut les analyser » (ligne 264/265). « il ne faut pas refouler ce qu'on ressent.. il faut en prendre conscience » (ligne 266/267). « l'expérience ça apprend à ne pas se laisser envahir » (ligne 274).</p>
Bloc opératoire	<p>« décès de monsieur J » (ligne 301). « sa femme était dans sa chambre, et elle s'était pas rendu compte, que son mari était décédée » (lignes 301/302). « ça été un moment compliquée, il a fallu que je gère parce que c'était moi l'infirmière » (ligne 303). « et c'était compliquée, pour moi, parce que j'ai, perdu mes grands-parents » (ligne 305). « il s'était passé la même chose » (ligne 306). « ça m'a tout de suite ramené à voilà, une histoire personnelle » (ligne 309). « je pense que tu mets peut être un peu plus d'affects » (ligne 310). « ce jour-là, j'ai eu besoin de mettre un peu plus d'émotion, parce que j'ai</p>

pas été présente pour ma grand-mère quand c'est arrivé » (ligne 311/312). « j'ai eu je pense, ce besoin de m'accrocher à ça, pour pouvoir peut être vivre mieux le décès qu'il y avait eu de mon grand-père » (lignes 314).

une autre histoire : « j'étais en stage en pneumo... on faisait un décès par jour » (ligne 321). « ce patient... avait 3 filles » (lignes 327). « je suis rentré avec l'infirmière dans la chambre... on sentait qu'il y avait eu tellement d'émotion dans cette chambre avec cette famille tellement accroché.. à leurs papa » (lignes 328-331). « quand il est parti en fait, elles se sont effondrées dans nos bras » (ligne 332). « et nous.. on s'est pas retenu, on a pleuré avec elles » (ligne 333). « « mais on se dit, c'est nous les professionnels, mais on a pas à pleurer en fait » (ligne 335). « et quand tu y repense tu te dis mais, je pense qu'on a bien fait, car ça leur a fait du bien aussi de voir qu'elles étaient pris en considération et que le décès de leur papa nous touchaient » (lignes 336). « un patient que tu vas voir 5 minutes.. ben ça va pas être pareil, qu'un patient que tu prends en charge pendant 10 ans » (ligne 343). « je pense qu'on a le droit sincèrement de pleurer » (ligne 350). « bon pas que dès que tu rentres dans une chambre tu pleures, parce que tu te laisses submergés par les émotions.. il faut réussir à apprendre et ça ça se fait tout au long de la formation et une fois que tu es diplômée » (lignes 353). « c'est important, je pense, d'échanger.. de dire à tes collègues, là je ne le sens pas quoi ! » (lignes 369/370). « on a un métier, ou un moment, on est des éponges, tu absorbes, tu absorbes.. les émotions et le mal-être de tout le monde, ben un moment donné, il faut l'essorer l'éponge » (lignes 395-398). Pour elle, une relation, « peut être positif comme négatif » (ligne 404). « ces relations-là font la richesse de notre métier » (ligne 406). « si tu prends bien en charge quelqu'un .. t'a l'impression d'avoir fait quelque chose de bien » (ligne 408). « ça peut être aussi négatif parce que des fois tu as pas le temps » (ligne 420). « et, le manque d'effectif.. ça peut amener au fait que la relation est peut être négatif » (ligne 425). « c'est pour ça que, moi je suis partie de l'ehpad...je me disais est ce que j'ai vraiment envie de continuer ce métier » (ligne 436). « à partir du moment où tu es soignant, c'est que tu l'as voulu quand même » (ligne 474).

intérimaire

« une jeune vient voir un chirurgien » (ligne 83). « cette personne avait me semble, environ 18 ans » (ligne 85). « j'avais appris, que cette jeune avait un cancer très rare » (ligne 87). « elle ne savait pas que je le savais » (ligne 90). « je lui demande si elle veut me parler d'autre chose.. elle commence à me parler de la mort.. qu'elle allait mourir » (lignes 91-95). « être confrontée à la mort d'un enfant ! Tu sais, je suis maman, et cette fille m'a fait aborder le sujet frontalement ! » (lignes 99/100). « j'ai acceptée d'être touchée, j'ai accepté que l'histoire était douloureuse » (ligne 102). « je sais que j'ai fait une projection, mais je sais aussi que c'est complètement normal » (ligne 104). « j'arrive à prendre énormément de

	<p>distance face à toutes les situations, je connais mes limites, et puis ce n'est pas mon histoire, ce n'est pas ma famille ! » (ligne 106). « je ne suis pas touchée par la situation, puisque je prends de la distance » (ligne 108).</p>
<p>oncologie</p>	<p>« une fin de vie, 39 ans une petite fille de 7 ans, une de 9 mois, et un mari » (ligne 97), « très chargé émotionnellement parce que 39 ans, ben 39 ans c'est pas le schémas de la vie » (ligne 100), « la grande question, c'était est ce qu'on fait venir les enfants ou non parce qu'à la fois ça reste leur maman...mais à la fois voir leur maman dans cet état-là » (lignes 101-103), « on a souvent tendance à faire un transfert avec le jeune âge de la patiente » (ligne 107), « faut juste prendre un peu de recul » (ligne 108), « des fois se dire que notre volonté de soignant n'est pas forcément la volonté de la famille, de la patiente.. » (ligne 109). « et ça il faut savoir le respecter » (ligne 112), « elle était inconfortable, est ce qu'on la sédate ou non » (ligne 113), « elle voulait s'accrocher mais nous en tant que soignant, la voir souffrir, c'était pas la solution » (ligne 116) « il y a aussi cette notion de souffrance du patient qui est quand même non négligeable hein » (ligne 118), (c'est très difficile dans les prise en charge comme ça, de trouver le bon positionnement, pas choisir à la place du patient et pas le laisser souffrir non plus » (ligne 121), « il faut être proche de la famille pour pouvoir comprendre le fonctionnement, leur volonté, la volonté du patient, mais pas trop non plus » (ligne 123), « on est tous humain, donc on a tous nos sentiment, nos interprétations, nos transferts » (lignes 124/125), « la fin de vie, d'un patient, c'est pas un événement bien, mais c'est des événements qui font grandir, qui font cheminer » (ligne 131) « moi c'est un moment qui m'a marquée » (ligne 132), « je suis partie en vacance. J'ai écrit à des copines pour avoir des nouvelles » (ligne 133) , « ce genre d'histoire, on a tendance.. à le ramener à la maison » (ligne 136), « y a des prises en charges qui nous marquent plus que d'autres » (ligne 137), « les émotions on les contrôlent pas toujours » (ligne 138), « mais par contre, on peut apprendre à les maîtriser, à être un peu plus vigilant » (ligne 139), « moi du coup, ça m'a mis un peu en alerte de me dire « oh ! T'es en vacance, tu penses à ça », donc j'ai pris un peu de recul » (ligne 141), « je me suis questionnée et mon retour de vacance j'irai voir la psychologue, pour pouvoir en discuter justement pouvoir cheminer, avancer, progresser aussi dans ma prise en charge émotionnelle » (ligne 141-142), « je pense que c'est un boulot de tous les jours » (ligne 144), « on apprend un peu plus qui on es en tant que soignant et qui on es en tant qu'être humain sur terre » (ligne 146).</p>

Annexe VI.VIII : Question n°8 :

Est-il possible pour vous, d'échapper aux émotions ?	
Étudiante	Pas de réponse à cette question.
Bloc opératoire	« non » (ligne 486). « on a de l'empathie et c'est pas possible de prendre en charge quelqu'un.. ou alors tu vas le regretter » (lignes 487-488). « tu as ce rôle d'être maternante avec les enfants » (lignes 503). « émotionnellement c'est plus dur de prendre en charge quelqu'un qui est conscient de ce qui se passe plutôt qu'un enfant qui n'est pas conscient du tout » (lignes 525-527).
intérimaire	« c'est vaste » (ligne 136). « l'émotion ça peut être du stress, du bien-être, des doutes sur une prise en charge » (ligne 137). « je dirais qu'on vit et qu'on est dans l'émotion quotidiennement, toute la journée » (ligne 139). « pas une émotion négative..mais une émotion de plaisir » (ligne 140). « on ressent énormément d'émotion dans une seule journée » (ligne 142). « il ne faut pas se coupé de ces émotion, il faut les accepter, c'est primordiale » (ligne 143). « on peut aussi avoir des émotions avec l'équipe par exemple.. mon émotion c'était d'être heureuse car j'adorais comment elle expliquait » (lignes 146-148).
oncologie	« sans émotion, pour moi, il n'y a pas d'humanité (ligne 154), « faut arrêter de déshumaniser le patient, l'être humain, les équipes soignantes » (ligne 155) « faut pas pleurer, faut pas faire ci, faut pas faire ça, non !! » (ligne 156) « il faut être dans « la maîtrise » des émotions, il faut rester vigilant mais maîtriser ne veut pas dire occulter les émotions » (ligne 158) « gérer les émotions ne rime pas avec les occulter, savoir les exprimer, tout en les maîtrisant fait intégrante pour moi de notre métier et des valeur que ce métier accompagne » (lignes 161-163), « la relation, toute façon, pour moi c'est une prise de risque entre le soignant et le soigné » (ligne 164), « rentrer en relation, pour moi avec quelqu'un que ce soit amicalement, familialement ou bien amoureuxment, pour moi c'est quand même prendre le risque » (ligne 166-167), « le risque d'être envahit par ses sentiments, de ne plus avoir le contrôle sur la relation même parfois d'en souffrir » (ligne 168), « on peut souffrir de la perte d'un patient dans un service, souffrir d'une prise en charge qui, qui ne vas pas avec nos convictions, notre manière de voir la vie » (ligne170-171), « on reste quand même tous différent donc faut des

fois un petit peu prendre de la hauteur » (lignes 171-172) »il faut apprendre à observer la situation et l'analyser et analyser surtout ce qu'elle nous renvoi et ainsi s'ajuster dans la relation » (ligne 173), « ça permet de pouvoir, pour moi maîtriser ses émotions » (ligne 175). « il faut rester lucide, en disant que gérer ses émotions, n'est pas une chose facile hein ! » (ligne 176), « je pense même qu'avec 30 ans d'expérience, il y a encore des situations qui nous dépasses » (ligne 178), « le soignant reste avant tout un humain » (ligne 179). « la relation est la complexité des dimensions qu'elle nous offre est à la fois intrigante, déstabilisante mais tellement enrichissante tant sur le plan professionnelle que personnelle » (lignes 186/187), « la mise en relation c'est tellement riche en fait » (ligne 188) « riche en échange, en questionnement, en prise de recul, en prise de hauteur, en prise de décision » (ligne 189), « on est tout le temps en relation » (ligne 190) « on est tout le temps en relation avec l'humain » (lignes 190-191), « c'est le cœur du sujet » (ligne 192), « il faut rester vigilant et prendre de la hauteur pour pouvoir maîtriser et s'ajuster » (ligne 193), « occulter ses émotions, déshumanisent totalement la relation » (ligne194), « pour moi, rentrer en relation est un soin à part entière ! » (ligne 196).

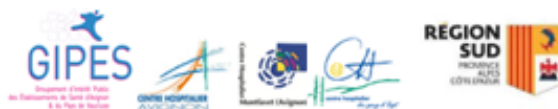
Annexe VI. IX: Question n°9 :

Est-ce que à l'endormissement d'un patient ou à son réveil, vous repérez quelque chose chez ce patient, et qu'est-ce que vous enfaite ?

Bloc opératoire

« on va jaugé, si ils sont angoissés, si ils sont à l'aise.. on va écouter » (ligne 541). « nous au bloc.. on endors des gens.. c'est routinier mais toi tu vas au bloc, tu vas te faire endormir, fin une anesthésie c'est pas anodin quoi ! » (lignes 547-549). « si on le fait dix fois dans la journée, ben on aura dix prises en charges différentes » (ligne 556). « chaque endormissement, j'ai envie de te dire, sera différent d'une personne à une autre » (ligne 576-577). « une fois que la personne est endormi on se dit, allez encore 1-0 pour l'anesthésiste » (ligne 580).

Annexe VII : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude



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 (Prénom, NOM) : Floriane VIE

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 le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

(Titre du TFE) « Tu te mouches un coup, puis tu y retournes quoi ! »

Quand l'affect est présent dans la relation soignant-soignée.

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 17/05/2023 Signature :

A handwritten signature in black ink that reads 'FVIE'.

Résumé : « Tu te mouches un coup, puis tu y retournes quoi ! »

Quand l'affect est présent dans la relation soignant-soignée.

En tant que soignant, nous sommes constamment confrontés à l'affect, aux émotions lors de la relation soignant-soignée, inconsciemment ou consciemment. Être confronté à cela, peut amener à un grand débat tels que : « puis je montrer mes émotions aux patients ? ai-je le droit de pleurer ? ».

C'est pourquoi, ce travail de fin d'étude a pour but de comprendre la notion affect, émotions et comment cela peut devenir une force dans la prise en charge d'un patient sans pour autant en oublier les conséquences que cela peut avoir si celle-ci n'est pas repérée.

Ce mémoire répond donc à la question suivante : « Est-ce que mon ressenti a une quelconque utilité ? Et en quoi cela peut me servir pour la prise en charge d'un patient ? »

Le cadre de référence qui a été réalisé, en lien avec l'enquête menée auprès des différents professionnels de santé m'a permis de les confronter et de les analyser afin d'aborder dans un deuxième temps une seconde question de recherche.

Se connaître et apprendre constamment de soi-même, apprendre à écouter au-delà des mots, prendre la personne en tant que sujet et en tant qu'être humain qui existe, faire de son passé et de son expérience une force qui feront de nous, l'infirmière et l'infirmier de demain face à un patient sans oublier que chaque personne est unique et qu'un bon soin est un soin qui ne s'improvise pas.

Mots-clés : Affect, émotions, relation, phénoménologie, empathie.

Nombre de mots : 237 mots.

Abstract : « You blow your nose and then you go back what ! »

When affect is present in the relationship between the carer and the patient

As a caregiver, we are constantly confronted with affect, emotions during the relationship between the carer and the patient unconsciously or consciously. Being confronted with this, can lead to a great debate such as : « Can I show my emotions to patients ? Am I allowed to cry ? ».

This is why, this end of course assignment, aims to understand the notion of affect, emotions and how it can become a force in the management of a patient without forgetting the consequences that it can have if it is not detected.

This dissertation answers the following question : « Does my feeling have any use ? And to that extent can I use this in the management of a patient ? »

The reference framework that have been developed, in connection with the survey of the various health professionals, have allowed me to confront them and analyse them in order to address a second research question.

To know oneself and to learn constantly from oneself, to learn to listen beyond words, to take the person as a subject and as a human being that exists, to make his past and his experience a force that will make us, the nurse of tomorrow in front of a patient, not forgetting that each person is unique and that good care is care that cannot be improvised.

Key-words : affect, emotions, relationship, phenomenology, empathy.

Number of words : 226.