

Note aux lecteurs

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

Remerciements

Je tiens à remercier les professionnels de santé qui ont accepté de répondre à mes entretiens avec bienveillance pour l'élaboration de mon travail de fin d'étude.

Je remercie les formateurs, ma référente pédagogique Madame Louchart, qui m'ont accompagné tout au long de cette formation.

Merci à Madame Arribère, ma directrice de mémoire, qui m'a conseillé, soutenu, rassuré tout au long de mon travail.

Enfin, je tiens à remercier ma fille, mon compagnon, mes proches, qui m'ont encouragé pendant ces trois années de formation et soutenu dans les moments de doute.

Table des matières

Introduction	1
I. Situations d'appel.....	1
II. Analyse des situations d'appel	5
III. Cadre Conceptuel	6
1. La relation soignant / soigné	6
a. Définition.....	6
b. Les composantes de la relation soignant / soigné	8
2. Les émotions	9
a. Définition.....	9
b. Les différents types d'émotions	10
c. La gestion des émotions dans le soin.....	11
3. Les mécanismes de défense.....	12
4. La juste distance	14
IV. Enquête exploratoire	16
1. Méthodologie	16
2. Choix de la méthode.....	17
3. Le guide d'entretien	17
4. Choix de la population et des lieux	18
V. Analyse des données	19
1. Synthèse des entretiens.....	19
a. Entretien A.....	19
b. Entretien B.	20
c. Entretien C.....	20
d. Entretien D.....	21
e. Entretien E.	21
2. Analyse des données	22
a. La représentation de la relation soignant /soigné	22
b. La gestion des émotions dans le soin	23
c. Les mécanismes de défense	25
d. L'importance du travail d'équipe.....	26
e. La juste distance	27
3. Conclusion de l'analyse et question de recherche.....	28
Conclusion.....	29
Bibliographie.....	30
Sommaire des annexes	32

Introduction

Au cours de mes trois années de formation et durant mes stages, j'ai pu prendre conscience de la place qu'occupe les émotions dans l'exercice de la profession infirmière. On nous demande de mettre des barrières entre notre vie personnelle et professionnelle pour nous protéger, mais comment y arriver ?

En discutant avec le personnel soignant, j'ai pu constater que je n'étais pas la seule sensible aux ressentis des patients. Il me semble que tout professionnel de la santé peut se sentir concerné par cette problématique. Le soignant est avant tout un humain, c'est parce qu'il est sensible qu'il est en capacité d'aider. L'authenticité et la sincérité sont des valeurs essentielles à notre exercice professionnel, il paraît difficile de se « blinder » face aux patients, de trouver la « juste distance ».

Il convient donc, à l'occasion de ce mémoire, de se pencher en profondeur sur ce sujet complexe des émotions. Durant mes stages, deux situations de départ m'ont touchées et questionnées sur la gestion des émotions du soignant dans la relation soignant / soigné.

Dans une première partie, j'exposerai mes situations vécues et l'ensemble du questionnement qui ont fait émerger la question de départ de mon mémoire « Comment font les soignants pour gérer leurs émotions dans la relation soignant / soigné ? ». J'aborderai ensuite le cadre de référence qui résulte de cette question. La troisième partie sera consacré à la méthodologie utilisée pour réaliser mon travail de terrain, au développement de l'analyse découlant de mes entretiens et je finirai ce mémoire par la recherche de nouveaux axes réflexifs.

I. Situations d'appel

Situation 1 :

La situation d'appel que je décris se passe lors de mon stage du 3^{ème} semestre, en décembre 2020, dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation.

Ce service comprend 33 lits répartis en deux secteurs. Il accueille principalement des patients qui étaient hospitalisés dans le centre hospitalier à la suite d'affections médicales aiguës et/ou

d'intervention chirurgicale. L'objectif de cette hospitalisation est d'optimiser les chances de récupération fonctionnelle afin de permettre le retour du patient dans son milieu de vie ou substitut du domicile.

L'équipe pluridisciplinaire du secteur est composée d'une infirmière de référence, de deux aides-soignants et d'un agent de service. L'ambiance est tendue, le personnel soignant est épuisé par la surcharge de travail qu'il leur est demandé en cette période de crise sanitaire et le manque de personnel. Chaque soignant fait son travail mais il n'y a que très peu d'échanges.

Ce matin, vers 10H, en binôme avec l'infirmière référente du secteur, nous nous dirigeons vers la chambre individuelle de Monsieur B. pour effectuer sa toilette et ses pansements.

Monsieur B. du fait de sa stature professionnelle de directeur d'imprimerie retraité est un homme de 90 ans avec un statut social privilégié habituellement « respecté ». Il a des fonds nécessaires pour subvenir à ses besoins. Monsieur est atteint d'une artériopathie oblitérante des membres inférieurs. Il présente des ulcères avec des écoulements purulents aux deux jambes avec une nécrose sèche au talon gauche ainsi que des escarres au niveau de son pénis. Les plaies sont particulièrement impressionnantes. Ces escarres sont liées à son immobilisation au lit ou au fauteuil, à l'artériopathie, à sa dénutrition et à l'altération de son état général.

Monsieur B. avait été hospitalisé au mois de septembre 2020 en service dermatologie sur l'hôpital pour la présence de nombreux ulcères variqueux au niveau des deux jambes nécessitant des soins complexes et lourds. A ce moment-là, Monsieur était autonome et marchait seul. Lors de son séjour, il a été découvert une ischémie critique des membres inférieurs, c'est-à-dire l'association de douleurs, de troubles trophiques avec une pression artérielle basse au niveau de l'orteil qui sont signes de pronostic général très défavorable. Une tentative de recanalisation par une chirurgie vasculaire a été tentée mais s'est terminée par un échec. Il est récusé d'une amputation du fait de son âge et de ses comorbidités telles que l'hypertension. Il subit donc sa pathologie.

Depuis son arrivée, son état physique s'est aggravé, Monsieur ne peut plus marcher, il se déplace en fauteuil roulant électrique qu'il manipule seul, il n'est plus autonome dans les gestes de la vie quotidienne notamment pour la toilette. Il a besoin de l'aide des soignants pour s'installer dans son fauteuil roulant, dans son lit, sur une chaise. Il s'alimente seul, doucement et en petite quantité. C'est un homme qui souffre tant physiquement que psychologiquement. Les souffrances de Monsieur se manifestent par son sentiment de tristesse, sentiment d'inutilité, son irritabilité et ses douleurs.

Malgré son statut social, c'est un homme qui est seul. Il est veuf et est en conflit avec son unique fils. Il entretient des rapports courtois avec sa belle-fille, l'ex-femme de son fils, qui lui rendait visite à son domicile environ deux fois par semaine. Actuellement monsieur n'a plus aucune visite du fait de la crise sanitaire interdisant toute visite à l'hôpital.

Une fois devant la chambre, avec l'infirmière nous frappons à la porte de Monsieur B. et entrons. Avec le sourire et un petit peu d'humour, nous l'installons pour la toilette et la réfection des pansements des ulcères. La toilette s'effectue au lit, nous essayons de respecter ses demandes au maximum notamment pour sa position et la disposition des coussins. Monsieur est très douloureux. Pendant la toilette, je discute avec pour lui faire penser à autre chose. Monsieur aime beaucoup Paris, étant originaire de là-bas, j'en profite pour parler des différents quartiers.

Les soins de Monsieur nécessitent une longue prise en charge, nous restons plus d'une heure dans sa chambre.

Soudain, malgré l'indication de la présence à l'entrée de la chambre, un soignant ouvre la porte brusquement pour questionner l'infirmière sans aucune attention pour Monsieur B. Celui-ci m'a regardé en levant les yeux au ciel sans rien dire. J'éprouve de la peine pour Monsieur mais ne laisse rien paraître. Je continue le soin et quelques instants plus tard, cette même personne entre de nouveau brusquement dans la chambre. A ce moment-là, Monsieur B. dont le drap était relevé, avait ses parties intimes à la vue de tous. Il me regarde, et me dit : « lorsque nous sommes hospitalisés, nous ne sommes plus rien. Je suis inexistant pour eux, plus considéré. D'accord, je suis vieux et dans cet état ».

Ce moment a été très violent pour moi, j'ai été troublé par ce manque de considération. Monsieur est conscient de son délabrement physique, de sa déchéance et semblait se résigner à cet irrespect. Je n'ai pas trouvé les mots, je n'ai pas su quoi lui répondre tant cette situation était insupportable pour moi. Je pense qu'à ce moment-là, tout est passé dans notre regard et par ma main posée sur lui. J'éprouve beaucoup de tristesse et en même temps de la colère pour cet homme. J'ai gardé ces émotions pour moi. Nous terminons le soin en faisant abstraction de ce qui vient de se passer.

Je n'ai pas reparlé de cette situation avec l'infirmière, pourtant j'y ai beaucoup pensé. L'ambiance professionnelle était tendue, c'était l'IDE face à l'équipe, je pense qu'elle ne pouvait plus réagir face au personnel. J'ai pu constater et l'infirmière m'a confié que depuis de nombreux mois, l'ambiance du service notamment entre les infirmières et les aides-soignants

se dégrade et est majorée par la crise sanitaire du COVID du fait des conséquentes tâches professionnelles. Cette situation de tension m'a retenu de discuter avec l'IDE de l'épisode du matin car j'étais consciente que l'infirmière n'arrivait plus à s'imposer face à l'équipe et qu'elle ne travaillait plus comme elle le souhaitait.

Je ne sais pas réellement pourquoi ce patient, cet événement m'a touché. Cette personne me faisait penser à mon grand-père que j'ai perdu il y a peu de temps dont j'étais très proche. Que m'a renvoyé cette situation ? En quoi cette situation était-elle si bouleversante pour moi ?

Situation 2 :

Nous sommes un jour du mois de juin, j'effectue mon stage du 4^{ème} semestre de formation aux services des urgences gynécologiques et obstétricales.

Le bloc des urgences est divisé en deux, une première partie pour les urgences obstétricales gérées par une sage-femme accompagnée d'une aide-soignante et une seconde partie pour les urgences gynécologiques composée par une infirmière, des internes et un médecin. Les urgences gynécologiques concernent toutes les pathologies gynécologiques ainsi que les grossesses inférieures à 24 semaines.

Ce matin-là, la sonnerie des urgences sonne, une femme se présente se plaignant d'avoir de fortes douleurs dans le bas ventre. Je m'avance vers l'entrée des urgences, lui ouvre la porte, l'installe sur le fauteuil et lui demande de m'expliquer son problème. C'est une jeune femme de 29 ans enceinte de 12 semaines souffrant de fortes douleurs pelviennes avec d'abondants saignements. Madame G. est très inquiète et m'explique déjà avoir subi plusieurs fausses couches. Cette jeune femme m'émeut par sa façon de s'exprimer, la tonalité de sa voix est calme, marquée par des silences, son regard est triste et inquiet, ses yeux sont humides ; je perçois son angoisse. Je l'accompagne dans le box en lui expliquant d'un ton très calme et rassurant qu'elle va être prise en charge par un médecin. Je me rends dans le bureau du personnel pour expliquer à l'infirmière et au médecin le motif de la venue de madame G. Le personnel est majoritairement constitué de femmes ayant déjà donné la vie. Le médecin se rend dans le box de madame G. pour effectuer une consultation et une échographie. Le docteur revient vers nous et elle nous explique de façon très éprouvée émotionnellement qu'il s'agit d'une fausse couche « j'ai pleuré avec elle ». Elle nous demande d'accompagner madame et de réaliser des soins. Accompagnée de l'infirmière, je me rends dans le box. Madame G. est en

pleurs. L'infirmière s'approche de madame G, s'assoie à ses côtés et prend ses mains. Madame G. nous regarde toutes les deux, et fond en sanglots en exclamant « Je n'y arriverais jamais, je ne serai jamais maman, pourquoi moi ? » A cet instant, l'émotion nous envahit. Avec l'infirmière, nous nous regardons et baissions les yeux. J'ai des frissons dans le dos. Je ressens le chagrin de cette femme, les émotions me submergent, je sens dans le coin de mes yeux les larmes monter. Je me ressaisis et m'approche de madame G. en posant à mon tour ma main sur son dos. Madame est inconsolable Avec l'infirmière, nous l'allongeons sur le fauteuil et la recouvrons d'un drap, la lumière est tamisée afin que madame tente de reprendre ses esprits en attendant les résultats d'examens et nous sortons de la chambre discrètement. Une fois sortie, nous nous rendons dans le bureau des soignants. L'infirmière m'exprime qu'elle a elle aussi été très touchée par cette femme. Je ne peux pas expliquer pourquoi cette femme m'a beaucoup émue, elle était bouleversante. Son histoire, son envie d'être mère, sa façon de l'exprimer a fait rejaillir en moi beaucoup d'émotions. J'étais attristée, désolée pour cette jeune femme. Etant maman d'une petite fille, j'imagine la souffrance qu'elle doit ressentir à ne pas réussir à donner la vie.

II. Analyse des situations d'appel

Ces deux situations de stage vécues m'ont beaucoup touché et me questionnent. Pour quelles raisons les situations présentées m'ont-elles interpellée à ce point ? Qu'est ce qui fait qu'elles ont déclenchées, chez l'étudiante en soins infirmiers que je suis, cette surcharge émotionnelle ?

Dans la première situation, l'intrusion du soignant dans l'espace de relation soignant-soigné que nous avons établi avec le patient âgé et vulnérable a entraîné des émotions telles que de la colère, de la tristesse, de la peine pour cet homme dont on ne respecte pas l'intimité. Le patient très âgé évoque en moi le souvenir de mon grand-père décédé en institution dans la dignité. Il a été préservé jusqu'à son décès, ce qui n'est pas le cas dans la situation présentée.

Dans la seconde situation, nous, médecin, IDE et moi-même, sommes submergées par des émotions de peine et d'impuissance face à cette jeune femme vulnérable, démunie, tourmentée à l'idée de ne jamais pouvoir devenir mère. Cette situation nous a-t-elle fait « écho », à nous les trois soignantes, qui avons déjà ce bonheur d'être maman ?

Les sentiments ressentis lors de ces situations interrogent. Ces émotions ressenties sont-elles liées à la vulnérabilité des patients, à la personnalité du patient ? Pourquoi certains patients nous affectent-ils davantage, quelles en sont les raisons ? La colère, la tristesse, l'impuissance sont-elles liées à la personnalité du soignant, à son vécu personnel et/ou professionnel ? Ces émotions peuvent-elles interférer dans la relation soignant-soigné ? L'expérience professionnelle nous permet-elle de canaliser nos ressentis et de nous forger une « carapace » qui nous protégerait de ce trop plein d'émotions ? Quels sont les moyens qui peuvent être mis en place pour gérer nos émotions ? Pour se protéger les soignants mettent en place des mécanismes de défense, quels sont-ils ? Parmi les mécanismes de défense, on retrouve la distance professionnelle ou juste distance, qu'est-ce que cela veut dire ?

Toutes ces interrogations m'amènent à formuler ma question de départ :

« Comment font les soignants pour gérer leurs émotions dans la relation soignant / soigné ? »

III. Cadre Conceptuel

1. La relation soignant / soigné

a. Définition

Je vais en premier temps aborder le concept de la « relation ». Il me semble qu'il est le point clé lors de l'exercice du métier d'infirmière comme l'écrit Catherine Dehays (médecin, formatrice, psychothérapeute), dans son ouvrage « Trouver la bonne distance avec l'autre » : *« Des études pointues, exigeantes, forment [...] nos infirmiers [...]. Mais ces personnes formées, certifiées, diplômées se trouvent dans l'embarras quand elles se retrouvent face à des problèmes relationnels qui nuisent à l'efficacité de leur travail. »*

Selon le petit Robert « Une relation est une situation dans laquelle plusieurs personnes sont susceptibles d'agir mutuellement les uns sur les autres. C'est un lien de dépendance ou d'influence réciproque. »

D'après Manoukian A. et Massebeuf A. (psychologues et formateurs) la relation se définit comme « *une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* ». Des facteurs interviennent dans l'établissement de cette relation selon l'auteur tel que les facteurs psychologiques, sociologiques et physiques. Cela signifie que la relation ne peut être fixe, elle varie selon les différents facteurs que nous ne pouvons pas contrôler. La relation dépend de la personnalité de chacun et du contexte dans lequel naît la relation. Chaque rencontre est unique et singulière.

Dans le contexte qui nous intéresse, il s'agit du lien entre deux personnes de statut différent. Un soignant, dont la mission fondamentale est de prendre soin des personnes et une personne soignée en situation de besoin d'aide pour une durée plus ou moins déterminé (Thibaud, 2015). Les enjeux ne sont donc pas les mêmes pour le soignant et le soigné, « *chaque patient est unique, chaque infirmière est différente, chaque rencontre est donc singulière* » selon Formarier. La relation que nous entretenons et partageons au quotidien est celle avec le patient qui est appelé « la relation soignant / soigné ».

Lorsque de la rencontre entre un soignant et un soigné, celle-ci se fait dans un contexte particulier. La personne soignée, vit un moment de sa vie où elle nécessite d'avoir recours à des soins et la communication qui va s'établir avec le soignant sera déterminante pour la relation qui va se créer autour du soin. La relation soignant/soigné est un lien bilatéral asymétrique entre le soignant et la personne soignée.

Afin qu'elle soit favorable, la relation soignant / soigné nécessite trois attitudes : engagement personnel du soignant, objectivité et disponibilité.

- L'infirmier doit s'engager personnellement dans la relation en considérant le malade sans jugement de valeur, tel qu'il est avec un autre mode de raisonnement, d'autres réactions et d'autres sentiments qu'il peut avoir dans sa vie personnelle.
- L'objectivité est indispensable afin d'éviter une déformation de ce qui pourrait être observé ou entendu.
- Une disponibilité du soignant est sollicitée pour pouvoir observer, écouter, identifier les demandes de la personne soignée.

A cela, il est nécessaire d'y ajouter la notion du prendre soin qui fait intervenir un soignant, la personne prodiguant les soins et un soigné, la personne en attente de soins Selon Walter Hesbeen « *Prendre soin de quelqu'un, c'est porter une attention particulière à une personne*

qui vit une situation de soins qui lui est particulière, et ce dans un but de contribuer à son bien-être, à son autonomie »

C'est la relation de soin qui nous lie avant tout à nos patients. Les équipes soignantes, par leurs fonctions dans les services hospitaliers, entrent en relation avec les malades de façon intime et souvent prolongée. Nous ne pouvons pas soigner sans interagir avec nos patients.

b. Les composantes de la relation soignant / soigné

La qualité de la relation soignant-soigné se situe à travers différentes composantes physiologiques/psychologiques, économiques, sociales et culturelles, mais aussi au niveau de l'entretien et de l'accueil, de l'aide et du soutien psychologique, mais aussi sur la collaboration. Il y a donc une mise en place de méthodes ainsi qu'un recueil d'informations.

Selon Carl Rogers (psychologue humaniste), « *L'interlocuteur doit faire preuve de non-jugement et de non directivité pour considérer la situation telle qu'elle est vécue* ». Cela demande donc, au soignant, la mise en place de certaines habiletés et attitudes particulières. Avant toute chose, rappelons que la notion de confiance entre les personnes est un prérequis primordial sur lequel tout est basé. La personne doit se sentir en sécurité pour pouvoir se confier. Je décrirai donc les différentes composantes fondamentales selon Carl Rogers à la relation soigné : l'écoute active, la congruence, la considération positive inconditionnelle, l'attitude empathique.

L'écoute active se caractérise par une réelle présence du soignant dans l'écoute, dans le sens où il cherche une compréhension intellectuelle et affective de l'autre. Il se met tout simplement à la disposition du patient. Le soignant peut également introduire la reformulation, c'est-à-dire reprendre avec d'autres termes les propos qu'il a entendus et perçus pour encourager la poursuite de la relation. Cet outil atteste également de l'attention qu'il porte à la personne.

La congruence ou l'authenticité accompagnent aussi cette écoute. La personne aidante doit proposer une relation vraie en s'acceptant tel qu'elle est naturellement. Selon Carl Rogers la congruence « *est constituée par le fait d'être en accord avec soi-même. Il s'agit de bien se connaître puis de se mettre en état d'être vrai, réel, de sonder ses sentiments, ses idées, d'assumer ses valeurs, telles qu'elles sont* ». D'après l'auteur, cette authenticité faciliterait le changement chez l'individu aidé.

La considération positive inconditionnelle autrement dit l'attention portée à l'autre sans condition, sans jugement est un autre point essentiel. Nous acceptons l'individu tel qu'il est, sans préjugé. Cette idée est un des éléments clefs selon Carl Rogers.

L'attitude empathique consiste en une perception intuitive du monde de l'autre. Nous ressentons et imaginons les perceptions et expériences telles qu'elles peuvent être exprimées sans oublier que ce ne sont pas les nôtres. Selon Carl Rogers, « *percevoir de manière empathique c'est percevoir le monde subjectif de l'autre comme si on était cette personne, sans toutefois jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue. Pour cela le soignant reconnaît la personne comme sujet avec ses besoins et se reconnaît lui-même avec ses besoins* ».

Les situations de Monsieur B. et de Madame G. représentent un exemple où ce type de soin peut être mis en place. En effet, l'entrée dans le milieu hospitalier est vécue comme une épreuve difficile à surmonter, les angoisses exprimées en sont le reflet. En installant cette relation d'aide, les patients pourront verbaliser et trouver les réponses en mobilisant leurs propres ressources dans le but d'un mieux-être.

2. Les émotions

a. Définition

L'émotion qui vient du mot latin "emotus" signifie émotif. Selon Bernard Rimé (docteur en psychologie et professeur), il s'agit d'une réaction influencée par nos affects durant certaines situations qui peut être plus ou moins vive avec un début et une fin. Ces émotions diverses peuvent appartenir au domaine du plaisir, elles sont positives, ou à celui du déplaisir, elles sont alors négatives. L'apprentissage ainsi que le contrôle de celles-ci permettent d'adapter les expressions émotionnelles au milieu social dans lequel nous évoluons.

Dans la relation soignant-soigné, Catherine Mercadier (infirmière, sociologue, formatrice) précise qu'il existe une norme émotionnelle chez les soignants « *l'image est toujours celle d'une soignante souriante, aimable, disponible, qui ne pleure ni se met en colère, maîtrisant toutes les situations sans avoir peur, sans plaisir ni dégoût au contact du corps malade : la bonne soignante est très proche de la neutralité émotionnelle, sans être complètement neutre sous peine d'être accusée d'indifférence, de froideur.* » Cependant certaines situations peuvent

bouleverser, choquer même blesser l'infirmier, celui-ci peut se sentir submergé par ses émotions et transgresser la norme en les exprimant de façon consciente ou non.

Alexandre Manoukian explique la différence entre le sentiment qui est une disposition affective éprouvée par un sujet pour un objet à une situation particulière, et l'émotion qui elle, s'exprime physiquement et sur un temps plus court. Il explique également qu'une émotion est une réaction psycho-physiologique à une situation donnée qui touche le moi intime et le moi professionnel.

On ne réagit pas tous de la même manière face à une situation identique, nos émotions sont influencées par notre nature, notre personnalité, notre tempérament, notre culture, notre expérience.

b. Les différents types d'émotions

Charles Darwin (naturaliste et paléontologue) dans son écrit « L'expression des émotions chez l'homme et les animaux » dénombre six émotions : la joie, la tristesse, la peur, la colère, le dégoût et la surprise. Il les décrit comme étant innées, universelles et communicantes. Il nous dit aussi que les émotions nous apportent une capacité d'adaptation et de survie. Il dresse une description physique précise que chacune procure. Par exemple la tristesse est un sentiment qui s'exprime par les larmes qui représentent une émotion.

Ces émotions représentent l'expression de notre ressenti vis à vis des situations que nous vivons quotidiennement. Les émotions font partie intégrante de notre vie, à chaque instant. Leur déclenchement est automatique, seule leur régulation, leur temporisation nous appartient.

Paul Ekman (psychologue) a lui aussi exposé une théorie sur les émotions dans son ouvrage « Expression and Emotions » appuyée sur celle de Darwin. Il la définit comme « *l'état de conscience, agréable ou pénible, concomitant à des modifications organiques brusques d'origine interne ou externe* ». Emmanuel Nicaise énonce que « Paul Ekman identifie 6 émotions reconnues universellement : la joie, la tristesse, la colère, la peur, le dégoût, la surprise. Ces émotions ont chacune une expression faciale. Ekman ajoute 9 autres émotions mais qui n'ont pas toutes une modalité d'expression faciale spécifique : l'amusement, la satisfaction, le mépris, la gêne, l'excitation, la culpabilité, la fierté, le soulagement, le plaisir et la honte.

Je définirai quatre émotions qui font références à mon sujet : la colère, la peur, la joie et la tristesse.

- La colère est « *un état affectif violent et passager, résultant du sentiment d'une agression, d'un désagrément, traduisant un vif mécontentement et accompagné de réactions brutales* » (larousse.fr).
- La peur « *est un sentiment d'angoisse éprouvé en présence ou à la pensée d'un danger réel ou supposé, d'une menace (souvent dans avoir, faire peur) ; cette émotion éprouvée dans certaines situations : trembler de peur* » (larousse.fr)
- La joie est un sentiment de plaisir, de bonheur intense caractérisé par sa plénitude et sa durée limitée, et éprouvé par quelqu'un dont une aspiration, un désir est satisfait ou en voie de l'être. (larousse.fr)
- La tristesse est « *un état de quelqu'un qui éprouve du chagrin, de la mélancolie : affliction* (larousse.fr)

c. La gestion des émotions dans le soin

Pour gérer ses émotions l'infirmier doit les reconnaître afin de comprendre la situation, pour guider ses actions mais aussi pour ne pas provoquer celles du soigné. Catherine Mercadier précise que « *la maîtrise des affects est facilitée par une prise de rôle spécifique, celui du soignant dans un cadre spécifique, le soin, lui-même inséré dans un contexte spécifique l'hôpital* ».

Pour arriver à cette maîtrise émotionnelle, le processus est long et il demande au soignant un travail important sur lui-même. C'est une prise de conscience de ses capacités mais aussi de ses limites.

La gestion des émotions est une capacité acquise au fil du temps, souvent par l'expérience et le vécu personnel et professionnel du soignant. Dans notre profession, les émotions sont présentes dans notre quotidien, nous devons faire face aux nôtres mais aussi à celles des autres. Petit à petit, on remarque une évolution dans le milieu hospitalier, les soignants sont avant tout des humains, ils sont donc sujets à ressentir des émotions.

Marc Loriol (sociologue, chercheur au CNRS) dans son article « Travail émotionnel et soins infirmier » met en avant le travail émotionnel qui est un contrôle de ses propres émotions. Dans

cet article, on voit l'importance pour le soignant de gérer ses propres émotions face à certaines situations, garder son calme face à une personne agressive, rire avec un malade déprimé.

Bien que les soignants travaillent en équipe, ils sont souvent seuls à se confronter à la souffrance, à la maladie, à la mort du patient qu'ils prennent en soin. Le soignant va percevoir diverses émotions qui peuvent le mettre en difficultés et peuvent aller jusqu'à l'épuisement professionnel. Il est donc nécessaire, en tant que soignant de prendre conscience de ses propres émotions afin de pouvoir les prévenir, les extérioriser. Diverses méthodes peuvent permettre de réussir à les canaliser tels que la parole, le sport, le yoga... Marc Loriol précise : « *les réformes hospitalières ne reconnaissent pas l'importance du travail émotionnel car il est difficile à mesurer.* »

Dans son article, Geraldine Langlois (journaliste) expose le témoignage d'une infirmière avec cette difficulté à parvenir à gérer l'expression de nos émotions « *on n'est pas des machines face à des machines* ». Alexandre Manoukian affirme « *dans l'intimité d'une chambre d'hôpital, toutes les émotions sont potentiellement présentes* ». Il semble reconnu par ces auteurs la difficulté à gérer ses émotions dans les situations difficiles.

Certains professionnels de santé arrivent à prendre du recul et à passer la main à un collègue lorsque la situation devient trop difficile à gérer. Géraldine Langlois explique qu'exprimer ses émotions sans en assurer une maîtrise peut être délétère dans le soin « la colère peut faire rater un soin ». Catherine Mercadier dit qu'une colère qui nous dépasse et qui n'est pas gérée peut parfois dériver et aboutir à une violence de la part des soignants, qu'elle soit physique ou verbale.

Afin d'éviter un débordement d'émotions chez le soignant, on peut s'interroger sur les moyens mis en place afin de se protéger.

3. Les mécanismes de défense

Les mécanismes de défense ont d'abord été décrits par Sigmund Freud (neurologue et médecin), le père de la psychanalyse, vers 1874. Les mécanismes de défense étaient avant utilisés uniquement dans le traitement des psychoses afin de décrire et d'expliquer certains comportements anormaux des grands malades qui en souffraient. La définition qui leur était

donnée et qui perdure, les définit comme des « processus de défense élaborés par le Moi sous la pression du Surmoi et de la réalité extérieure qui permettent de lutter contre l'angoisse ».

Il s'agit de mettre en place de manière involontaire et inconsciente des techniques qui contribuent à atténuer les tensions et à se protéger face à des émotions afin qu'elles deviennent plus acceptables.

Dans la revue Recherche en soins infirmiers de 2005, Henri Chabrol (professeur de psychologie clinique et psychopathologie) précise que « notre capacité à faire face aux tensions, aux conflits, aux dangers perçus à l'intérieur de nous ou dans le monde extérieur, mobilise deux types d'opérations mentales, les mécanismes de défense et les processus de coping. »

Colette Montet-Aubrée (psychologue clinicienne) nous explique que le soignant peut éprouver *un sentiment d'impuissance ou d'être un mauvais soignant* face au malade car il ne le guérit pas. *Pour se prémunir de cela, le soignant peut se dire qu'il doit maîtriser ses émotions. Les maîtriser, c'est souvent vouloir les bâillonner, parce qu'on ne sait pas comment les gérer.*

Je vais, plus précisément, décrire les mécanismes de défense des soignants tels que : la banalisation, la dérision, l'esquive, l'évitement, la fausse réassurance, le mensonge, la rationalisation, la fuite, l'identification projective.

- La banalisation : le soignant se focalise sur une seule partie du sujet en souffrance, ce qui revient à traiter la maladie avant de traiter le malade. Il occulte la souffrance morale du patient, qui ne se sent pas reconnu ni entendu.
- La dérision le soignant communique peu et utilise de l'ironie ou du cynisme. Il s'abstrait d'une véritable relation et ne reconnaît pas la souffrance qui est banalisée.
- L'esquive : le soignant n'entre pas en contact relationnel avec le patient, il répond en décalage. Pour le soignant, il s'agit du rejet de la confrontation, il n'assume pas sa propre angoisse. Le patient se sent désemparé et l'angoisse augmente. Il se sent seul. Le soignant reconnaît la souffrance psychique, mais ne supporte pas l'impuissance. On parle de déphasage, de hors sujet, de fuite de la réalité ; souvent il y a un retard de la divulgation des données. Par exemple, le soignant propose de repasser plus tard voir le patient.
- L'évitement : le soignant adopte un comportement de fuite pour ne pas être face à une situation difficile. Par exemple, il ne croise jamais le regard du patient. Il le voit comme un objet de soin, qui est réduit à l'état de dossier. Evitement des contacts directs. Le patient éprouve un sentiment d'exclusion et de solitude.

- La fausse réassurance : le soignant optimise l'évolution de la situation et les examens médicaux, en entraînant un espoir artificiel chez le patient. Le patient maintient le patient dans l'ignorance partielle. Le patient est en décalage avec la réalité médicale.
- Le mensonge : le soignant ment sciemment au patient pour ne pas être confronté à l'angoisse de celui-ci. C'est le mécanisme le plus entier, le plus radical, et dommageable. C'est le mécanisme de l'urgence, le soignant rejette son angoisse et prohibe tout dialogue. Par exemple, le patient demande « est ce que je vais mourir ? » le soignant lui répond « non », le soignant protège ce qu'il pense devoir protéger, c'est-à-dire le moral du patient. Le patient est dans l'illusion et ne peut pas amorcer son acceptation de la situation.
- La rationalisation : le soignant utilise un discours hermétique et incompréhensible par le patient. Cela engendre l'accroissement du caractère occulte, énigmatique donc menaçant de la maladie. Le soignant se retranche derrière son savoir. Le patient n'est plus en relation avec le soignant et majore son angoisse.
- La fuite en avant : le soignant expose tout son savoir afin de se décharger de son fardeau, ne permettant pas au patient de poser des questions. C'est dire tout, tout de suite.
- L'identification projective : le soignant se donne l'illusion de savoir ce qui est bon pour le patient, en attribuant au patient ses propres sentiments, réactions, pensées ou émotions. C'est le contraire de la banalisation. L'investissement affectif et émotionnel du soignant, qui est à l'écoute de lui-même est exacerbé. Le patient a l'illusion que sa souffrance est partagée.

Ces mécanismes de défenses modifient, contrôlent les émotions afin de mieux les supporter et de rester professionnel. Cela permet de maintenir une relation soignant-soigné efficace et peut-être de trouver la « juste distance » dans cette relation.

4. La juste distance

Selon Pascal Prayez (docteur en psychologie clinique et sociale et formateur-consultant) « *La distance est la séparation de deux points dans l'espace, de deux objets éloignés l'un de l'autre par un écart mesurable. Selon l'étymologie latine, il s'agit de « se tenir debout », en étant séparé de l'autre par un espace plus ou moins important* ».

Il définit : « *La juste distance est la capacité à être au contact d'autrui en pleine conscience de la différence des places* », cette explication revient au même que ce qui définit l'empathie. L'empathie permet de comprendre ce que l'autre ressent, se mettre à sa place sans le prendre pour soi. Quelque fois le soignant peut avoir du mal à respecter cette juste distance en fonction de différents facteurs : l'âge des patients, la temporalité de la prise en charge. Pascal Prayez expose « *Il y a une juste distance à vivre dans la relation d'aide professionnelle, mais ce terme est piégé, car il est trop souvent entendu au sens d'une distance froide banalisant la souffrance d'autrui* ». Il est donc nécessaire d'adopter une certaine distance professionnelle pour que la relation que le soignant entretient avec le patient soit thérapeutique, cependant se poser des limites ne doit pas conduire à une relation froide car elle pourrait se déshumanisée et perdre son sens.

La distance représente la longueur qui sépare une chose d'une autre. Lorsque l'on parle de distance relationnelle, il y a différents niveaux. C'est ce qu'a établi Edward T. Hall. Il évoque la « proxémie », qui est la distance physique entre des personnes lors d'une interaction. Elle se définit par quatre catégories de distances : la distance intime (prédominance du toucher et de l'odorat : 15 à 45cm), la distance personnelle (prédominance de la vue : 45cm à 1,2m), la distance sociale (distance 'professionnelle' avec un ton de voix normal : 1,2 à 3,6m), la distance publique (plus de 3,6m).

Michel Monceau définit la « juste distance » comme étant un cadre protecteur déterminé par la profession et par l'institution ; il est nécessaire autant à l'efficacité des soins qu'à la permanence des repères identitaires. Tous les soignants recherchent cette bonne distance qui varie en fonction du contexte.

Il doit donc y avoir une distance entre le soignant et le soigné, les deux ne doivent pas être proches. Cependant cette distance ne doit pas être synonyme d'insensibilité, de froideur envers le patient. Il s'agit de s'impliquer dans la relation avec le patient, d'être « proche » de lui tout en s'adaptant pour que la distance soit la plus thérapeutique possible. Une relation trop distante ne permet pas une relation soignant-soigné aussi efficace, mais une relation trop proche est également un frein à la relation thérapeutique.

La "juste distance" veut dire adapter le bon positionnement lors d'une situation. Chercher cette juste distance peut être un danger : soit le soignant peut s'attacher ou s'impliquer de façon excessive et il en souffrira ; ou alors, au contraire il va adopter une distance dite défensive et le soigné et sa prise en charge peuvent à son tour en souffrir. Cette juste distance s'acquiert au fur

et à mesure des expériences selon Catherine Rioult (psychologue clinicienne, docteur en psychopathologie et psychanalyse). Cela ne veut pas dire pour autant se protéger du patient et de son histoire, il ne faut pas se concentrer exclusivement sur la technique des soins. Cela ne signifie pas non plus fuir tout attachement. Trouver une juste distance avec un patient nécessite un travail sur soi-même de la part du soignant.

La juste distance selon Pascal Prayez est donc *une qualité de présence favorisant la rencontre et le contact. L'affect n'est pas absent mais reste contenu, sans débordement de la part du professionnel, qui n'oublie pas la différence des places et le cadre de la rencontre. La « distance juste » est ressentie comme chaleureuse et bienveillante, elle privilégie l'écoute centrée sur la personne.*

La juste distance ne s'obtient donc pas en se tenant à l'écart du patient mais en étant à son contact pour le soigner, l'accompagner, tout en évitant de s'y perdre. Le soignant n'a pas de comportement type à avoir, il doit ajuster la relation à chaque patient. La bonne distance est subjective, il appartient au soignant d'adapter sa propre distance en fonction de la situation et du patient.

IV. Enquête exploratoire

Après avoir exploré les différents concepts que les auteurs argumentent dans leurs ouvrages et articles, il semble intéressant de se tourner vers les professionnels soignants afin de voir ce qu'il se passe réellement dans le milieu hospitalier et de confronter les différents points de vue.

1. Méthodologie

Afin de répondre à la question de départ, je vais réaliser une investigation auprès des professionnels de santé. Pour cela, il me paraît judicieux de mettre en application la méthode clinique. Cette méthode repose sur la singularité de chaque sujet et prend en compte l'expérience, le savoir et le vécu de chaque personne interrogée. Elle est fondée sur l'écoute du sujet et permet de mieux comprendre sa perception et son ressenti face aux questions posées.

2. Choix de la méthode

La méthode choisie pour mener mon étude qualitative s'est faite sous forme d'entretiens semi-directifs. Il apporte une richesse et une précision qui me permettent d'approfondir et d'explicitier certaines positions des professionnels. Il permet une grande liberté d'expression des soignants. Cette méthode me permet de saisir le ressenti des soignants et ainsi de m'enrichir de leur vécu et de leur expérience dans les différents services de santé. Je cherche à comprendre l'expérience humaine telle qu'elle est vécue par le soignant en m'appuyant sur l'observation et les récits de vie professionnelle lors de l'entretien, et me permet de confronter les différentes pratiques soignantes, mais également de les mettre en lien. Ce type d'entretien m'a paru évident au vu du thème général que j'aborde pour ce travail de fin d'étude, l'apport d'expérience de chacun est essentiel car l'émotion et sa gestion est propre à chacun.

L'entretien a débuté par une question inaugurale du type : « Racontez-moi comment faites-vous lors d'une situation émotionnellement difficile avec un patient ? »

3. Le guide d'entretien

Afin de mener les entretiens, j'ai utilisé un guide d'entretien qui a été validé par ma directrice de mémoire qui m'a permis de recadrer l'entretien lorsque soignant lors de sa narration venait à se disperser dans son discours ou à rebondir sur certaines réponses. J'ai opté pour des questions ouvertes pour que la personne interrogée m'apporte son expérience, lui laisser au maximum la parole et peut être soulever d'autres thèmes auxquels je n'avais pas pensé. Lorsque le professionnel parlait peu à l'issue de la question inaugurale, le guide d'entretien m'a permis de relance pour approfondir la discussion.

Chaque entretien a débuté par une présentation de mon identité, mon thème de mémoire de fin d'étude, et une information concernant l'enregistrement que j'allais effectuer comme tel : Bonjour, Je me prénomme Géraldine, je suis actuellement étudiante infirmière en troisième année. Je viens vers vous afin d'effectuer une enquête pour mon mémoire de fin d'étude qui porte sur les émotions du soignant. Pour cet entretien, je souhaiterais vous enregistrer si vous êtes d'accord. Ses données sont anonymes et strictement personnelles. Elles me permettront de pouvoir retranscrire les différentes données.

Nos entretiens ont duré entre 20 et 30 min, il m'a parfois été difficile de suivre mon guide d'entretien, j'ai essayé de m'adapter aux infirmiers que j'avais face à moi en modifiant certaines questions pour que cette discussion reste un échange et non pas des questions avec des « bonnes réponses ». Chaque soignant interrogé s'assurait que je sorte de l'entretien avec les éléments nécessaires pour mon analyse.

4. Choix de la population et des lieux

Afin de mieux comprendre mes recherches théoriques et de les comparer à la réalité du terrain, je me suis entretenue avec des infirmiers et aide-soignante de différents secteurs. L'universalité du thème de mon travail de fin d'étude m'a permis d'aller interroger des soignants de différents services de santé. Tous les professionnels soignants sont confrontés à des situations émotionnellement difficiles.

J'ai eu l'opportunité d'effectuer des entretiens lors de mes différents stages infirmiers. Le thème de mon mémoire intéressait les soignant, ils me proposaient alors de les interroger.

Ces entretiens se sont déroulés dans les services de soins et en visiophonie. Ils se sont réalisés au calme, sans nuisances autour.

J'ai effectué des entretiens auprès de quatre infirmiers et d'une aide-soignante exerçant ou ayant exercé dans différents secteurs et au contact de différente population. Tous les soignants au contact des patients sont susceptibles d'éprouver des émotions.

J'ai choisi d'échanger avec des soignant du secteur de la psychiatrie où le relationnel est primordial, les professionnels font face à des détresses psychopathologiques complexes. J'ai interrogé des soignant qui travaillent dans des services de médecine, chirurgie et urgences, services dans lesquels les patients ne restent qu'un court séjour et pourtant l'émotion est palpable. Je me suis entretenue avec une aide-soignante ayant exercé en service d'oncologie, secteur difficile d'un point de vue émotionnelle où la douleur, les décès font partis du quotidien. J'ai aussi interrogé un infirmier qui exerçait en libéral pour mesurer l'impact des émotions lorsqu'on travaille seul.

- Madame A, infirmière depuis une trentaine d'années âgée de 53 ans actuellement en hôpital de jour dans le domaine de la psychiatrie. Elle a travaillé pendant une quinzaine

d'années dans les secteurs des urgences / Smur / pompier et chirurgie avant de rejoindre le domaine de la psychiatrie.

- Madame B, infirmière depuis 18 ans âgée de 41 ans a débuté sa carrière dans un EHPAD puis a rejoint le domaine de la psychiatrie en unité d'accueil de crise ouverte.
- Monsieur C, infirmier depuis une vingtaine d'années âgé de 45 ans. Il a travaillé en tant qu'infirmier libéral puis en psychiatrie notamment en accueil crise fermé.
- Monsieur D, infirmier depuis 2012 âgé de 49 ans. Il exerce dans le service des urgences en France et en Suisse.
- Madame E, aide-soignante depuis 2007 âgée de 40ans. Elle a travaillé pendant 10 ans en service d'oncologie et depuis fait des missions d'intérim dans les services de chirurgie et médecine.

V. Analyse des données

1. Synthèse des entretiens

Durant les entretiens, les soignants ont pu s'exprimer librement et lâcher prise. J'ai pu constater que certains exprimaient leurs émotions facilement à travers des pleurs et des rires ; à l'inverse certains montraient une sorte de détachement, une indifférence. Les soignants m'ont fait part de leur expérience professionnelle, ils m'ont raconté des situations rencontrées difficiles. Certaines émotions étaient plus ou moins cachées, de manière consciente ou non, néanmoins par leur gestuelle, regard, silence, j'ai pu ressentir ce qu'ils exprimaient.

a. Entretien A.

Le premier entretien avec l'infirmière A. a été très intense. Nous avons fait une petite pause sans le dictaphone à sa demande, pour qu'elle m'explique en quoi un tragique évènement personnel a pu générer autant d'émotions dans sa vie professionnelle. Le transfert / contre - transfert semble être le déclencheur principal d'émotions chez A. Elle se dit authentique avec le patient, ce qui lui parfois l'amène à trop s'investir dans la relation. C'est une infirmière très émotive. Elle a déjà été obligée de fuir l'échange avec l'autre, tant la situation était pesante pour elle et lui rappelait son vécu. C'est ce qui l'a poussé à changer de secteur de travail et se diriger

dans le domaine de la psychiatrie. A présent, elle est cataloguée comme étant la plus empathique de l'équipe car s'investit toujours un peu plus. Elle parle du travail d'équipe comme étant une aide précieuse pour évacuer les moments traumatisants de la journée, un dédouanement d'un débordement émotionnel. De plus, A. a préféré suivre une thérapie afin de ne pas ramener toute cette charge affective à la maison. Afin de se protéger, A. est consciente du mécanisme qui s'est mis en place chez elle par le clivage corps /esprit, la thérapie a permis de retrouver un équilibre. Avec l'expérience A. semble gérer davantage ses émotions mais fait preuve de plus de sensibilité. Elle se dit être empathique et peut se sentir triste ou bien révoltée face à certaines histoires.

b. Entretien B.

L'entretien avec l'infirmière B. fait ressortir l'attachement qu'elle peut avoir pour les patients qui la touche et tout au contraire rejeter les patients qui la dégoutent. Son attachement aux soignés peut être à l'origine de fortes émotions difficiles à gérer. Elle dit pouvoir avoir les larmes aux yeux lorsque le patient la bouleverse. Elle parle de sentiments positifs et négatifs qui ont des retentissements sur la relation avec le patient. Il lui est arrivé de ne pouvoir s'occuper d'un patient tant l'histoire était violente pour elle et qu'elle ne pouvait tolérer ce qu'il avait pu commettre. Lors de notre entretien, elle rit beaucoup, plaisante, tant le sujet est sensible pour elle, je pense. Elle met une distance par le port de sa blouse blanche et par le vouvoiement, ce qui ramène à une distance sociale et permet de ne pas être trop proche du patient mais qui n'empêche pas l'attachement. Elle ne tutoie pas mais appelle souvent les patients par leur prénom. Elle utilise aussi beaucoup l'humour lorsqu'elle sent que l'atmosphère devient trop lourde. Elle parle aussi de l'importance du travail d'équipe afin de passer le relai lorsqu'elle ne peut plus le faire ou mal faire.

c. Entretien C.

L'entretien avec l'infirmier C. met en évidence l'attachement qu'il a pu avoir avec les personnes âgées lors de son exercice en activité libérale. Il dit que ce n'est pas de l'amitié mais un lien fort du fait de voir les personnes tous les jours à leur domicile le matin au réveil et le soir au coucher. Il éprouvait énormément de tristesse lors du décès d'un patient par exemple lorsqu'il repasse devant chez eux y repensent avec nostalgie. Actuellement par ses expériences

professionnelles et personnelles, C. dit ne plus avoir d'affect pour les patients, ses barrières lui permettent de ne plus ruminer lorsqu'il rentre chez lui. Il y a le « moi professionnel » et le « moi personnel », il se concentre sur le soin et n'attache plus d'importance à la personne elle-même. Il dit avoir de l'empathie pour les patients mais ne pas être touché, il rationalise les histoires des patients. Il impose le vouvoiement afin de créer la distance entre le soignant et le soigné. Il parle d'éloignement au départ de la prise en charge et en fonction de l'âge, du statut social, des représentations, du temps d'accueil, un rapprochement peut avoir lieu mais ne laisse pas passer d'émotions. L'expérience est donc une notion à prendre en compte dans la gestion des émotions.

d. Entretien D.

Monsieur D. lors de notre entretien me fait part des comportements violents et agressifs des publics reçus au service des urgences qui l'impactent émotionnellement et somatise de ce fait notamment par l'apparition d'un ulcère. Il préserve cette colère au détriment de sa santé pour garder une attitude professionnelle. Lorsque vraiment le comportement des usagers devient trop limites pour D. alors il passe le relai à ses collègues. La confiance, l'authenticité, l'empathie sont indispensables dans la relation soignant/soigné, si celle-ci ne peut aboutir alors il demande de l'aide à son équipe. Il y a aussi des situations où émotionnellement il est touché car il se projette. Il imagine sa famille, ses filles dans ses situations qui sont intolérables. La projection entraîne alors un surplus d'émotions. Néanmoins, il dit avoir tendance à rationaliser les événements surtout lorsqu'il s'agit de décès. Il ne laisse place à aucunes émotions à ce moment précis, il est professionnel et exécute ses tâches. La communication au sein de l'équipe, auprès des psychologues est alors l'outil le plus efficace pour gérer ses émotions. La juste distance est difficile à définir pour D., dès qu'il y a de l'humain, il y a de l'affect. L'émotion est subjective, elle est propre à chacun. La proximité physique, le vouvoiement, la communication par la politesse, et la discrétion sur sa vie personnelle lui permettent de gérer ses émotions dans la relation avec le soigné.

e. Entretien E.

L'aide-soignante E. en cours de notre entretien nous confie qu'elle est très proche du malade, l'empathie qu'elle ressent est intense. Elle met en avant qu'elle travaille avec des humains et que de ce fait elle ne peut pas faire abstraction des souffrances de la personne qu'elle a en face.

La confiance dans la relation soignant/soigné est primordiale. Elle n'instaure pas réellement de barrière avec le patient si ce n'est le vouvoiement qui pour elle crée une distance. Son échappatoire est la communication avec ses proches, elle se libère de ses émotions en évacuant ses ressentis auprès d'eux. Elle relativise chaque événement difficile, selon elle il y a toujours du positif dans le négatif.

2. Analyse des données

Pour analyser les données de mes entretiens, je me suis aidée d'une grille reprenant les thèmes de mon cadre conceptuel.

a. La représentation de la relation soignant /soigné

Chaque infirmier rencontré a une représentation de la relation soignant / soigné. La relation est parfois clairement exprimée, d'autres fois elle est plus implicite. Lorsque je questionne les soignants sur des situations émotionnelles vécues, cela fait appel à l'humain et donc à la relation soignant / soigné. Les personnes interrogées expliquent unanimement que le but premier de cette relation soignant-soigné est d'établir une relation de confiance pour aboutir enfin à la relation d'aide « *La relation soignant/soigné est une relation de confiance, si la personne n'a pas confiance en moi, c'est compliqué* » (Entretien E, 1.76) « *Une confiance s'installe entre nous.* » (Entretien E. 1.19). Selon Manoukian et Massebeuf, il s'agit d'un moyen d'aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale et éventuellement professionnelle. Lors des discussions avec les professionnelles la notion d'empathie semble indispensable à l'élaboration d'une relation soignant / soigné comme nous le précisait Rogers dans ses écrits : « *Parfois ça peut aussi être intéressant si la personne trouve une fragilité chez nous, se dire qu'ils ne sont pas si différents, ça peut être rassurant. Ils peuvent aussi comprendre par notre attitude qu'on a peut-être aussi vécu la même chose et du coup il se sentent plus compris* » (Entretien A. 1.59), « *si j'ai une certaine affinité avec une personne, quelqu'un qui va me toucher, j'ai plutôt envie de m'en occuper on va dire, parce que je ressens quelque chose qui m'attire chez cette personne et que j'ai envie d'aider* » (Entretien B. 1. 63/65), « *j'ai de l'empathie pour les gens* » (Entretien C. 1.36), « *En fait, j'ai tellement d'empathie que je pense que ce métier qu'on fait, IDE ou AS, on voit les patients d'une certaine manière* » (Entretien E. 1.19). Karl Rogers parlait aussi de la congruence, il s'agit : « *...fait d'être*

authentique, d'adopter un discours qui correspond à son attitude non verbale », « *dans toutes les relations il faut faire preuve d'authenticité* » (Entretien A. 1. 48). On parle aussi d'adopter une attitude positive inconditionnelle, c'est-à-dire « *L'attitude positive inconditionnelle consiste, quoi qu'il arrive ou puisse être dit par le patient, à garder une bienveillance pour l'être humain que l'on a en face de soi* ». Il s'agit donc de ne pas juger le patient, d'accepter son état, ses sentiments, ses comportements à un instant T afin qu'il puisse se sentir accepté entièrement en tant que personne. Ces notions montrent l'importance des émotions dans la relation à l'autre, les soignants sont des être humains, les patients ne peuvent être soignés sans prendre en compte leur propres émotions : « *C'est de ne pas pleurer devant le patient, ne pas craquer, mais des fois on est en résonance car le patient nous raconte des choses qui ressemblent à ce qu'on a pu vivre personnellement* » (Entretien A. 1.40), « *il faut se lâcher aussi parfois avec le patient, sinon on fausserait les relations.* » (Entretien B. 1.58). Selon Hesbeen « *Prendre soin de quelqu'un, c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation de soins qui lui est particulière, et ce dans un but de contribuer à son bien-être, à son autonomie* », l'infirmière A. appui ce concept « *Ça peut même les rassurer quand parfois, de se dire que ce n'est pas parce qu'on est soignant qu'on est au-dessus des autres, en fait on est simplement des êtres humains qui avons une mission à remplir qui est cet accompagnement-là*» (1.52).

b. La gestion des émotions dans le soin

Comme le souligne Mercadier reprise par Langlois, l'émotion est « *une dimension largement occultée de l'exercice du métier d'infirmière* ». Les normes sociétales actuelles ne laissent que peu de place à l'expression des émotions. Mercadier remarque que « *les soignants se doivent de maîtriser leurs affects* » pourtant lors des entretiens, j'ai pu constater la difficulté pour les soignants de trouver le juste équilibre de leurs émotions face aux patients au quotidien. Lors de chaque prise en charge des patients, il y a existence d'émotions plus ou moins forte par les situations comme les décès, l'annonce de diagnostic, la douleur, la souffrance, la guérison. Catherine Mercadier dénonce « *l'image est toujours celle d'une soignante souriante, aimable, disponible, qui ne pleure ni se met en colère, maîtrisant toutes les situations...* ». Si dans mes recherches théoriques je m'étais limitée à la description des émotions de colère, de peur, de joie et de tristesse, chaque soignant interrogé a exprimé très facilement d'autres émotions ressenties telles que l'impuissance, l'injustice, la révolte « *C'est dégueulasse, je suis révoltée* » (Entretien

D. 1 71/72). Ils évoquent tous le fait d'avoir été bouleversés ou touchés par une situation de soin : l'infirmière A. évoque « *Selon ce qu'on est amené à vivre émotionnellement ça peut nous remuer sur plusieurs jours* » (1.17) « *Euh donc effectivement on a pu vivre des choses très très très difficile et compliqué* » (1.21).

Bien que les soignants se disent sensibles, ils se doivent de garder une posture professionnelle. Ils disent devoir conserver une relation professionnelle, tout en étant humain et en se protégeant. Les différents témoignages montrent la complexité de cette démarche et l'investissement de chacun dans la relation qui est parfois plus important que cela ne devrait-être. « *Je ne rumine plus, je ne veux plus être perturbé dans ma vie personnelle.* » (Entretien C. 1.30), « *L'émotion est compliquée parce que en tant que soignant on est sensé ne pas la montrer, malgré tout notre émotion est parfois là, elle est palpable, elle est des parfois dite, même si je n'exprime pas auprès du patient, il y a des histoires qui me touchent et on a tendance à être assez empathique et d'être rassurant en sortant certaines phrases qui vont pouvoir montrer qu'on comprend tout à fait la douleur de la personne ou sa difficulté. On aura toujours cette émotion, on n'est pas des machines, on est des humains, et on va la garder quoi qu'il arrive* » (1.95/100). Je tiens à préciser que les soignants lors des entretiens ont témoigné de leurs émotions d'un point de vue verbal mais aussi par les différentes mimiques tels que la gestuelle, les trémolos dans la voix, le souffle coupé, les yeux brillants. Les soignants parlent d'attachement au patient, l'implication dans la relation semble être inévitable plus particulièrement dans l'exercice de la profession en activité libérale comme l'expose l'infirmier C. « *tu apprends à les connaître, ce n'est pas comme à l'hôpital, c'est pas de l'amitié mais c'est des gens que tu vois tous les jours, tu les lèves le matin, tu les couches le soir, c'est des liens qui se tissent.* » (1.20/21). Chacun répond qu'il est nécessaire de laisser transparaître leur ressenti au patient afin de ne pas tomber dans une relation déshumanisée, néanmoins qu'il faut parfois se contenir pour ne pas les exacerber et qu'elles deviennent un obstacle pour le soin.

L'infirmière A. termine son entretien en m'avouant que plus elle prend de l'âge, au plus elle se sent touchée, en tant que professionnelle, par les situations qu'elle rencontre, car cela la renvoie à ses propres expériences, à ses propres ressentis. « *Je ne sais pas car je pensais qu'avec l'expérience et les années qui passent que j'allais pouvoir m'endurcir par rapport à des situations difficiles en tout cas pour moi ce n'est pas le cas. Je les gère mieux, mais j'ai une sensibilité qui s'est développée, j'ai l'impression d'être beaucoup plus sensible qu'auparavant je ne sais pas pourquoi. Avec mon âge, mon expérience, j'ai connu beaucoup plus de choses*

donc du coup je me sens peut-être plus impliquée, plus en adéquation avec ce que je ressens. »
(1.111/115)

Pour ce qui est de la gestion des émotions, si pour certains professionnels, celle-ci paraissait moins évidente au début de leur carrière, à présent tous déclarent arriver à gérer leurs ressentis « *Je pense que j'ai plus vraiment d'affect avec les patients du fait de mes différentes expériences. J'ai de l'empathie mais...* » (Entretien C. 1.28), « *je pense qu'avec mon âge et l'expérience, j'ai un autre rapport par rapport au patient que lorsque j'ai débuté* » (Entretien C. 1.32)

Les émotions du soignant sont aussi la réponse au transfert / contre transfert. L'infirmière A. m'a spontanément expliqué son vécu personnel qui la conduit à revivre ses propres émotions à travers celle du patient. Les soignants parlent de leur proche, renvoie l'histoire du malade à leur propre vie. Certaines situations font écho au personnel et donc le soignant va se surinvestir ou au contraire essayer de fuir car cette situation sera trop lourde psychologiquement. L'infirmier E. : « *il y a des situations où on ne peut que se projeter* » (1.68), « *ce qui va me toucher, c'est toujours la projection* » (1.70).

c. Les mécanismes de défense

Lorsque j'aborde la question des mécanismes de défenses mis en place afin atténuer les tensions et à se protéger face à des émotions afin qu'elles deviennent plus acceptables, les soignants prennent le temps avant de répondre.

Les infirmière A. et B. auront tendance à éviter le problème. Le mécanisme d'évitement s'affilie à la fuite « *donc j'ai prétexté par exemple qu'il fallait que j'aille récupérer une chose avant l'heure* » (entretien A. 1.45), « *j'ai simplement demandé à changer de lieu* » (Entretien A. 1.64). Les infirmières fuient toute forme de relation avec le patient pour éviter de se projeter avec lui dans ce qu'elles considèrent trop difficile. Elles vont passer le relais à leurs collègues lorsqu'elles en ressentiront le besoin.

L'infirmière B. va aussi utiliser l'humour comme moyen de défense. Cela lui permet de dédramatiser la situation et de transformer une chose négative en chose positive « *J'aime aussi utiliser l'humour pour apaiser l'échange, j'essaie de rire et de faire rire pour...* » (167/68).

Les infirmiers C. et D. font référence à la rationalisation. Afin de ne pas être submergé par l'émotion, ils trouvent une explication logique bien à l'état du patient bien qu'elle soit parfois artificielle. Les émotions sont mises de côté le temps de la prise en charge du patient, on parle de dépersonnalisation : « *J'entends la souffrance tout cela mais je rationalise* » (Entretien C 1.37), « *j'ai souvent tendance à me mettre un mécanisme de défense et il faut que je sois là pour le patient, je fais abstraction de tout et je mets tout en place pour qu'il soit mieux, le mieux possible pendant un moment où il est avec moi.* » (Entretien E. 1.72/74)

L'aide-soignante E. aura tendance à la fausse réassurance, elle optimise l'évolution de la situation, elle aura tendance à transformer une situation négative en positive : « *Je garde le positif du patient, il y a toujours du positif dans le négatif toujours.* » (1.44)

Les différents mécanismes de défense servent à mettre des mots sur les comportements instinctifs ou inconscients et à réduire les tensions et les angoisses. Ces mécanismes sont multiples et complexes, ils aident à se prémunir de sa propre souffrance et de celle de l'autre et à reconnaître ses limites, qui dépendent de notre histoire personnelle, de notre contexte social ou culturel, et de notre personnalité.

d. L'importance du travail d'équipe

Chaque soignant, lors des différents entretiens, a parlé de l'importance du travail d'équipe. Les infirmiers et les aides-soignants sont êtres humains qui vibrent avec ce que vit le malade et l'émotion qu'elle manifeste devant des situations difficiles. Travailler en équipe permet aux soignants d'exprimer ouvertement leur compassion, leur empathie pour la personne prise en charge mais aussi de demander à passer le relai à ses collègues lorsque la situation devient trop compliquée à gérer. L'infirmière A. parle d'échange verbal qui permet d'extérioriser le trop plein émotionnel « *Avoir des collègues est important, c'est ce qui dédouane d'un débordement émotionnel* » (1.124/125), « *je demanderai à mon binôme, si vraiment cela me touche profondément.* » (Entretien C. 1.35). Le travail d'équipe est un point essentiel pour aider ses collègues face aux difficultés émotionnelles : « ce qui est bien c'est qu'on est dans une relation d'équipe et que quand on voit que c'est problématique pour nous, je crois qu'il faut passer le relai » (entretien B. 161/62), « *il faut savoir demander de l'aide à ses collègues* » (entretien D. 179). L'échange et l'écoute du soignant dans son équipe permet de réduire la charge

émotionnelle qui est parfois considérable et de faire face à certaine situation grâce à leur entraide.

e. La juste distance

La juste distance est un concept abstrait pour les soignants interrogés qui est difficile à définir. Ils tentent de préserver une certaine distance avec les patients bien que celle-ci soit complexe « *je pense qu'il faut avoir une distance émotionnelle pour pouvoir faire notre métier correctement je pense* ». (Entretien B. 1.46/47) Elle requiert de la part du soignant une bonne connaissance de soi, il exerce avec sa personnalité, ses valeurs, son éducation et son vécu, c'est-à-dire qu'il travaille avec ses émotions et ses sentiments. Pour mettre en place une distance adéquate avec le patient, le soignant doit pouvoir se situer dans le juste équilibre.

Pour y arriver, les soignants interrogés exigent le vouvoiement, « *il y a aussi le tutoiement et le vouvoiement, ça empêche une familiarité* » (entretien B. 1.86). C'est une convention qui sert à déterminer la nature des relations aux autres, à décider de leur proximité ou de leur distance : « *le vouvoiement me protège et la plupart des gens qui me touchent par cette barrière j'arrive à m'éloigner.* » (Entretien C. 1.45/46), « *Il y a toujours le vouvoiement, communication distante par la politesse, qui me permet aussi de mettre cette distance* » (Entretien D. 1.87/88), « *je ne vais pas le tutoyer, ce qui crée une barrière, si je le tutoie, le monde est mélangé et donc on va se permettre des choses qu'on ne se permet pas lorsqu'on vouvoie. La distance c'est le vouvoiement pour ne pas dépasser ça.* » (147/49).

L'infirmière B. évoque : « *j'aime bien mettre ma blouse, je trouve que ça met une protection* » (1.79), la blouse blanche est une barrière protectrice du psychisme lorsqu'elle oblige le soignant à contenir ses émotions, ses angoisses en se réfugiant derrière sa tenue de travail, comme derrière un masque. La blouse met une distance, elle protège d'une trop grande proximité psychique avec le patient et lui permet de mettre et de maintenir une distance dans sa relation avec le patient.

La juste distance nécessite aussi une disponibilité, une attention particulière vis-à-vis de l'autre, la relation doit être authentique : « *il faut être authentique, ne pas surjouer [...], j'essaie d'être dans le juste ce qu'il faut, qu'ils sentent que leur parole est véritablement prise en compte, j'essaie d'être à 100% dans l'écoute, j'essaie surtout d'être disponible et présente. Il faut être en accord avec soi-même.* » (Entretien A. 1. 103 - 1.106/109) La juste-distance implique une

relation où l'affect n'est pas absent, mais reste contenu, sans débordement de la part du professionnel, qui n'oublie pas la différence des places et le cadre de la rencontre : soignant et le soigné.

Selon la situation, le soignant va être confronté à différentes émotions qu'il arrivera, plus ou moins, à gérer et qui vont l'obliger à adapter son positionnement professionnel. Le soignant devra alors apprendre à repérer ses émotions : les reconnaître va lui permettre de les maîtriser pour ne pas aboutir à ce que Freud appelle une réaction de « transfert ». Transferts qui peuvent être positifs ou négatifs. Afin d'éviter d'avoir trop d'affects, il est important pour le soignant de s'impliquer vers un positionnement adapté passant par une distance professionnelle.

3. Conclusion de l'analyse et question de recherche

Ce travail de recherche a pu m'apporter des réponses à ma question de départ « Comment font les soignants pour gérer leurs émotions dans la relation soignant / soigné ? ». Chaque soignant a ses propres émotions, elles sont diverses et différemment perçues selon chaque individu. La relation soignant / soigné est unique, les émotions du soignant influencent la relation qu'il établit avec le bénéficiaire de soins. La charge émotionnelle d'une situation sera appréhendée différemment selon le niveau d'expérience de l'infirmier, mais également selon son parcours professionnel et personnel. Les soignants sont unanimes sur la nécessité d'extérioriser leurs émotions que ce soit en équipe, avec des psychologues ou leur entourage. Une infirmière explique que l'expérience et la connaissance de soi aident à gérer ses émotions, mais ne protègent pas d'un débordement, les soignants sont « humains » avant tout, les émotions peuvent parfois les rapprocher des patients, ou les éloigner, la gestion des émotions n'est pas évidente.

Suite à cette analyse, je me suis posée de nombreuses questions telles que : pourquoi les infirmières cachent-elles leurs émotions ? Est-ce pour le bien du patient ? S'agit-il d'une protection ? A travers mes recherches, j'ai pu constater que l'expression des émotions avec le patient était plus limitée, les expressions positives sont davantage exprimées que les émotions négatives. On peut exprimer la joie devant un patient, on peut rire ensemble. A l'inverse, si l'on veut rester aidant, il semblerait qu'on doive maîtriser nos émotions négatives. Effectivement, pleurer avec le patient ne l'aidera pas à accepter sa pathologie, lors d'un deuil le soignant devra

maîtriser sa tristesse auprès des proches. Cette maîtrise des émotions est propre à chacun, elle dépend de ce que le soignant peut supporter et de son investissement. Ce contrôle des émotions s'acquiert au fil de l'expérience personnelle et professionnelle, il faut du temps pour se maîtriser et se construire en tant qu'infirmière. La norme sociale de la bonne infirmière est une infirmière ne montrant pas ses émotions, ne jugeant pas. Nous voulons respecter cette norme car c'est l'idée prévalente d'une bonne infirmière.

Ma question de recherche est :

« En quoi les émotions du soignant vont-elles avoir un impact sur prise en charge du patient ? »

Conclusion

Ce travail de fin d'étude sur la gestion des émotions du soignant m'a permis d'aborder un sujet qui me paraît important dans l'exercice de la profession infirmière.

Cet écrit m'a permis d'explorer d'une manière plus poussée un sujet qui a été à l'origine de nombreux questionnements lors de ma formation. Il m'a également permis d'approfondir mes connaissances sur les émotions ainsi que leur gestion dans le cadre d'une relation soignant-soigné et de poursuivre la construction de mon identité soignante. Grâce à cela, j'ai pu m'évaluer, prendre du recul et me remettre en question en vue d'améliorer mes pratiques professionnelles. J'ai pu mener une réflexion personnelle et professionnelle sur le soignant que je suis et que je souhaite être. Ma vision depuis mes situations d'appel a évolué, j'ai pris conscience qu'il n'y a pas une façon type de faire mais plusieurs en fonction de nos expériences personnelles, professionnelles et sensibilité.

Ce travail a été riche en émotions, les soignants rencontrés ont partagé avec moi des histoires difficiles, douloureuses, touchantes et belles. La juste distance est propre à chacun, je construirai celle qui me correspond et qui me permettra d'être proche des patients tout en me protégeant. Je me sens plus en confiance, plus armée, pour affronter les situations éprouvantes que nous pouvons rencontrer dans le cadre de notre exercice professionnel.

Bibliographie

- Ouvrage

DARWIN, C. (1872). *L'Expression des émotions chez l'homme et les animaux*

DESHAYS, C. (2010) *Trouver la bonne distance avec l'autre*. (Inter Editions Dunod). Paris, France

EKMAN P., (1984) *Facial, Expression and Emotions*, (University of California), San Francisco, USA

HESBEEN W., (2007) *Prendre soin à l'hôpital*, (Ed Masson), Paris, France

MANOUKIAN, A. MASSEBEUF, A. (2014). *La relation soignant-soigné*. (Edition Lamarre). Reuil Malmaison, France

MERCADIER, C. (2004) *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*. (Edition Seli Arslam). Paris, France

PRAYEZ, P. (2017) *Distance professionnelle et qualité du soin*. (Editions Lamarre). Reuil Malmaison, France

PRAYEZ, P. (2005) *Julie ou l'aventure de la juste distance*. (Editions Lamarre). Reuil Malmaison, France

- Articles

CHABROL, H. (2005) *Les mécanismes de défense*. (Association de recherche en soins infirmiers 2005/3 n°82) p31-42

FORMARIER, M (2007) *La relation de soin, concepts et finalités*, (Recherche en soins infirmiers 2/2007 N° 89) p33-42

LANGLOIS, G. (2010) *De l'émotion dans le soin*. (L'infirmière magazine, n°262) p22-26

LORIOU, M (2013) *Travail émotionnel et soins infirmiers*, (Santé Mentale, Acte Presse) p60/63

MALABEUF, L. (1992). *La relation soignant-soigné : du discours au passage à l'acte*. (Soins Formation-Pédagogie) p4-6

RIOULT, C. (2001). *La juste distance* (Soins 2/2001 n°652) p37-39

- Sites internet

NICAISE Emmanuel. Psychologue-clinicien [en ligne], 30 décembre 2012.
<https://www.psychologue-clinicien.be>

MONTET-AUBREE Colette. la relation soignant-soigné
http://mapage.noos.fr/mariage_orianne_ludovic/relation_soignant-soigne.pdf

- Illustration page de garde

<https://mededfr.files.wordpress.com/2014/11/motsmededfr24.jpg>

Sommaire des annexes

Annexe I : Demande d'entretiens.....	I
Annexe II : Autorisation entretiens	II
Annexe III : Guide d'entretien	III
Annexe IV : Entretien infirmière A.....	IV
Annexe V : Entretien infirmière B.	VII
Annexe VI : Entretien infirmier C.....	X
Annexe VII : Entretien infirmier D.	XII
Annexe VIII : Entretien aide-soignante E.	XV
Annexe IX : Grille d'analyse des entretiens.....	XVII
Annexe X : Autorisation diffusion travail de fin d'étude.....	XXII



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Mme CHAMBRIN
Étudiante en soins infirmiers
Adresse : 248, chemin de Reydet
84250 Le Thor

à Madame la Directrice des Soins

Téléphone : 07.83.48.01.01
Mail : geraldine.chambrin@gmail.com

Avignon, le 22 février 2022

Madame la Directrice,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans différents services de l'hôpital.

Auprès des populations IDE, Puéricultrice, Aide-soignante dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

La gestion des émotions dans la relation soignant / soigné

Veillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par ma Directrice de Mémoire.

« Pouvez-vous me donner une définition du mot « émotion » ? »

« Avez-vous déjà été confronté à des situations émotionnellement difficiles ? Comment faites-vous lors d'une situation émotionnellement difficile avec le patient ? »

« En quoi ces émotions ont-elles un retentissement sur la relation soignant / soigné ? »

« Comment faite-vous pour vous protéger face à certaines situations émotionnellement difficiles ? »

« Qu'est-ce pour vous la juste distance entre le soignant et soigné ? »

« Auriez-vous quelque chose à rajouter ? »

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

Chambrin Géraldine



CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON

305 rue Raoul FOLLEREAU
84902 AVIGNON CEDEX 9

DIRECTION DES SOINS

☎ 04 32 75 35 81 (secrétariat)

Avignon, le 8 mars 2022

**Le Directeur Coordonnateur Général des Soins
Karine RONAT**

**Madame CHAMBRIN
248 chemin de Reydet
84250 LE THOR**

Nos Réf. : KR/MP/22

Vos Réf. : votre courrier du 22 février 2022

Objet : TFE

Madame,

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

J'ai le plaisir de vous faire connaître que j'émetts un avis favorable à cette démarche. Je vous demanderai de bien vouloir prendre contact avec le secrétariat de la direction des soins au 04 32 75 35 81 afin de vous communiquer les coordonnées des cadres des services souhaités, pour définir les modalités de réalisation de l'enquête.

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

LE DIRECTEUR COORDONNATEUR GENERAL DES SOINS

K. RONAT

CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON
Karine RONAT
Directeur Coordonnateur Général des Soins

Question inaugurale :

« Comment faites-vous lors d'une situation émotionnellement difficile avec le patient ? »

Questions de relance :

- « En quoi ces émotions ont-elles un retentissement sur la relation soignant / soigné ? »
- « Quelles sont vos ressources que vous mettez en place pour mieux appréhender les situations émotionnelles ? »
- « Comment faites-vous pour vous protéger face à certaines situations émotionnellement difficiles ? »
- « Qu'est-ce pour vous la juste distance entre le soignant et soigné ? »
- « Souhaitez-vous rajouter autre chose ? »

1 Moi : Depuis quand es-tu diplômée ?

2 A : Je suis diplômée depuis 1990 à l'époque où les diplômes étaient bien distincts, ceux qui étaient formés
3 en somatiques et ceux formés en psychiatrie. Je suis diplômée d'Etat concernant le côté somat.

4 Moi : Peux-tu me raconter ton expérience professionnelle ?

5 A : Disons que lorsque j'ai commencé à travailler on était reparti sur plusieurs services, on travaillait
6 1 semaine en réa, 1 semaine en chirurgie et 1 semaine aux urgences. Du coup c'était assez diverse et
7 varié, au niveau des apprentissages intéressants. Ça a duré quelques années. Ensuite, j'ai travaillé dans
8 le département de médecine qui était divisé en 3 parties, médecine interne, médecine aiguë et côté
9 infectiologie. Je suis ensuite partie travailler en psychiatrie où j'ai fait de l'accueil crise puis j'ai
10 travaillé dans un CATTP. J'ai fait l'ouverture d'un HDJ en clinique privée puis l'hôpital de Montfavet.
11 Voilà mon parcours...

12 Moi : Mon mémoire porte sur les émotions du soignant dans la relation soignant / soigné, je vais te
13 poser quelques questions sur ce thème. Peux-tu me donner une définition du mot émotions ?

14 A : Alors pour moi l'émotion ça comprend la peur, la joie, la tristesse, euh... mais bon c'est vrai que
15 l'émotion c'est quelque chose d'assez éphémère, on le vit à l'instant T mais qui n'est pas forcément
16 durable dans le temps comme les sentiments, il y a vraiment une différence entre émotion et sentiment.
17 Mais malgré tout, selon ce qu'on est amené à vivre émotionnellement ça peut nous remuer sur plusieurs
18 jours, il faut pouvoir quand même réussir à gérer cet état qu'on peut rencontrer.

19 Moi : As-tu déjà été confronté à des situations émotionnellement difficiles ?

20 A : OUI, lorsque je travaillais aux urgences et mes jours de repos j'étais inscrite comme pompier
21 professionnel à la caserne à Carpentras. Euh donc effectivement on a pu vivre des choses très très très
22 difficile et compliqué. Des gros accidents de la route, des interventions en pleine nuit. Aux urgences
23 des tentatives de suicide, enfin ce n'est même pas des tentatives ce sont des suicides, des accidents de
24 chasse, des choses différentes avec parfois des enquêtes avec police, systèmes judiciaires, avec
25 différents prélèvements pour connaître les causes de ma mort notamment pour les meurtres. Ce n'est
26 pas toujours facile.

27 Moi : Justement, comment fais-tu lors d'une situation émotionnellement difficile avec le patient ?

28 A : Euh... Si c'est vraiment... De par le passé je n'avais pas pensé à me faire accompagner par une
29 thérapeute donc quand on vivait quelque chose de difficile aux urgences on en parlait beaucoup entre
30 nous en fait, on débriefait, comment on avait pu vivre la situation avec les patients, la famille, on faisait
31 ce débrief de la situation. Et par contre après j'ai choisi de me faire accompagner par une thérapeute
32 parce que j'avais tendance aussi à emmener tout ça, toute cette charge affective à la maison. Alors
33 c'est très beau quand on parle de sympathie d'empathie ect ect mais c'est vrai que le plus compliqué je
34 pense c'est d'avoir, de trouver la bonne distance. Parce que ça dépend aussi de notre état à nous, si on
35 est, on a été fragile au niveau émotionnel et qu'on est amené d'un point de vue professionnel à vivre
36 quelque chose de compliqué, je pense que ça demande beaucoup plus d'effort et d'énergie, voilà, pour
37 éviter de se faire dévaster par les situations compliquées. C'est de ne pas pleurer devant le patient, ne
38 pas craquer, mais des fois on est en résonance car le patient nous raconte des choses qui ressemblent
39 à ce qu'on a pu vivre personnellement, donc ça demande un gros travail de gestion mais ça se fait.
40 (Elle rit).

41 Moi : En quoi les émotions ont-elles un retentissement sur la relation soignant soigné ?

42 A : Parce que les inconscients sont constamment en échange et on ne peut tricher avec personne. Les
43 gens ressentent l'état émotionnel dans lequel on se trouve et peuvent des fois en jouer. Dans toutes les
44 relations il faut faire preuve d'authenticité et parfois, moi ça m'est arrivé de proposer à quelqu'un de

45 faire une pause et de changer avec un autre IDE parce que c'était pour moi trop compliqué d'entendre
46 ce que j'avais à écouter ou d'écouter ce que j'avais à entendre, voilà, donc j'ai prétexté par exemple
47 qu'il fallait que j'aie récupérer une chose avant l'heure pour débrancher un petit peu car je sentais
48 que ça devenait compliqué et il était hors de question que la personne en face ne se sente pas
49 accompagnée et soutenue donc il fallait que je me ressaisisse mais bon en règle générale, ça fait
50 tellement d'années que je travaille auprès des patients que ça m'est plus facile de faire tout ce travail
51 de gestion. Mais comme je le disais précédemment les gens ne sont pas dupes, donc effectivement
52 quand, ça peut même les rassurer quand parfois, de se dire que ce n'est pas parce qu'on est soignant
53 qu'on est au-dessus des autres, en fait on est simplement des êtres humains qui avons une mission à
54 remplir qui est cet accompagnement-là. Parfois ça peut aussi être intéressant si la personne trouve une
55 fragilité chez nous, se dire qu'ils ne sont pas si différents, ça peut être rassurant. Ils peuvent aussi
56 comprendre par notre attitude qu'on a peut-être aussi vécu la même chose et du coup il se sentent plus
57 compris. Ce n'est peut-être pas clair mais je l'ai souvent perçu que les gens comprennent, se sentent
58 compris, parfois ça ne passe pas par les mots ça peut passer par un geste, par le regard, par un signe de
59 tête, donc...

60 (Petite interruption de la cadre de santé)

61 A : En aparté je t'ai raconté ce que j'ai été amené à vivre personnellement et malheureusement à travers
62 ma profession puisque le jour où il s'est passé des choses à nouveau personnel j'étais aussi au travail
63 pour accueillir tout ça, même si ça n'a pas été facile de pouvoir retravailler, car il m'a fallu aussi un
64 temps pour me reconstruire mais je n'ai jamais voulu me mettre en arrêt maladie, j'ai simplement
65 demandé à changer de lieu parce que comme je t'ai raconté les urgences, je ne pouvais plus y remettre
66 les pieds parce que sans arrêt, j'avais les images de la situation qui me revenait, sans cesse devant les
67 yeux mais après quand des personnes... J'ai reçu en entretien des personnes qui avaient pu vivre des
68 choses similaires, j'ai pu, ce qui était intéressant pour elles et pour moi, c'est qu'elles n'avaient pas
69 besoin de s'étendre pour que je puisse accueillir et comprendre ce qu'elles avaient à me délivrer comme
70 difficultés. Et en même temps comme j'étais passée par une situation similaire avec le on, j'essayais
71 de conseiller à travers mon propre cheminement à moi, pour qu'elle gagne du temps. Par exemple pour
72 un travail de deuil tel qu'il soit, deuil physique de quelqu'un, d'une situation affective, enfin le deuil
73 quel que soit le deuil. Il est important de ne pas garder ses émotions enfouies, tout ce qui ne se dit pas
74 s'imprime dans le corps, il est important de mettre des mots là-dessus, et je crois que c'est en pouvant
75 en parler. Par exemple, les questions sur les enfants, une jeune infirmière qui par exemple n'a pas
76 d'enfant peut essayer de comprendre ce qu'on lui explique mais si elle a des enfants, que c'est du vécu
77 et qu'on est en résonance, notre parole est tellement bien accueillie et comprise que c'est plus facile
78 finalement pour se livrer à l'autre. Les faiblesses j'ai essayé d'en faire une force parce que moi je n'ai
79 pas pensé à me faire aider et j'ai trop gardé en moi, chose que maintenant je n'essaie de plus faire.

80 Moi : Comment fais-tu pour te protéger face à certaines situations émotionnellement difficiles ? qu'est-
81 ce que tu mets en place ?

82 A : Ba si tu veux, il y a beaucoup de chose que j'ai pu travailler en thérapie soit en unité par le débrief
83 ou démarche plus personnelle. En parlant de moi et des cas concrets, c'est vrai que je pense qu'il est
84 important d'expliquer ce que l'on vit intérieurement au moment où l'on reçoit quelque chose et
85 d'essayer de lui donner une forme pour, je me suis perdue, elle rit... Alors le cerveau est très bien fait
86 et c'est aussi la raison pour laquelle je me suis spécialisée dans les soins psychocorporelles, je vais
87 remettre tout ça dans le bon sens pour que tu comprennes. Lorsque tu es amené à vivre quelque chose
88 qui est trop fort émotionnellement, par exemple le deuil, pour une femme qui a eu une situation de
89 violences ou de viol, tu a cet espèce de clivage corps esprit, un moment donné le cerveau ne supporte
90 plus et les gens se retrouve comme être au-dessus d'eux même comme ci ils étaient spectateur de leur
91 vie sans ressentir sur eux même ce qu'il se passe, comme ci ils étaient anesthésiés. On est conscient
92 que la situation se passe mais on n'en ressent plus rien, les gens sont souvent dans cet état où il y a un
93 décalage entre le corps et l'esprit. Et si tu veux, dans le langage courant on dit souvent tu es côté de
94 tes pompes, tu as mal dormi, qu'est ce qui se passe, parce que les gens pour se protéger crée ce
95 phénomène-là. Moi, j'ai connu ce clivage, et je pense que le suivi thérapeutique m'a permis, je t'ai

96 parlé du décès de mon frère où j'ai été présente en tant que professionnelle et sœur, pendant 2 ans et
97 demi j'avais l'impression que ma vie n'était pas ma vie, j'étais en pilote automatique mais je n'arrivais
98 pas à me dire qu'il ne reviendrait pas, dès que j'entendais une moto je pensais qu'il allait revenir, une
99 non acceptation de cette réalité. Avec le temps les choses se recalent et surtout avec de l'aide.

100 Moi : Merci pour tout ça, une dernière question, quelle est la juste distance pour toi dans la relation
101 soignant / soigné ?

102 A : Alors je t'avouerai que c'est une question très compliquée. Ma réponse par mon expérience est être
103 authentique, ne pas surjouer. Tu ne triches pas avec les patients, bon maintenant avec le covid il y a
104 beaucoup de choses qui ne se font plus à cause des gestes barrières mais les patients sont je ne sais pas
105 comment te dire, mais parfois les sens sont plus aguerris. Je pense que le mieux c'est d'être le plus
106 authentique. La relation est désaffectivée donc ça ne m'impacte pas ou plus car il n'y a pas cette charge
107 affective qui me lie véritablement à eux. Je ne les rejette pas mais j'essaie d'être dans le juste ce qu'il
108 faut, qu'ils sentent que leur parole est véritablement prise en compte, j'essaie d'être à 100% dans
109 l'écoute, j'essaie surtout d'être disponible et présente. Il faut être en accord avec soi-même.

110 Moi : Est-ce que tu aurais d'autres choses à ajouter sur ce thème ?

111 A : Je ne sais pas car je pensais qu'avec l'expérience et les années qui passent que j'allais pouvoir
112 m'endurcir par rapport à des situations difficiles en tout cas pour moi ce n'est pas le cas. Je les gère
113 mieux, mais j'ai une sensibilité qui s'est développée, j'ai l'impression d'être beaucoup plus sensible
114 qu'auparavant je ne sais pas pourquoi. Avec mon âge, mon expérience, j'ai connu beaucoup plus de
115 choses donc du coup je me sens peut-être plus impliquée, plus en adéquation avec ce que je ressens.
116 Lorsque, c'est une peut-être ce que je vais dire mais un enfant qui aura eu des violences pour moi ça
117 va être de l'ordre de l'insupportable, j'en aurais mal au ventre même si ça ne se voit pas parce que je
118 ne peux pas m'empêcher de faire le lien, si du mal avait été fait à ma fille... alors qu'avant je n'avais
119 pas d'enfant, je trouvais ça triste mais ça ne me touchait pas autant alors que là d'avoir des enfants
120 c'est d'autant plus d'où l'intérêt de travailler en équipe. On parlait des mécanismes de défense, par
121 exemple une personne pédophile je ne peux pas m'en occuper, d'autres collègues à moi dont les enfants
122 sont déjà très grands ou n'ont pas d'enfants le gère très bien, il n'en demeure pas moins que ce sont
123 quand même des gens malades mais moi j'ai des limites, cette population je ne peux pas mais
124 inversement je peux m'occuper aussi d'autres publics que d'autres ne peuvent pas. Avoir des collègues
125 est important, c'est ce qui dédouane d'un débordement émotionnel.

126 Moi : Merci pour toutes ces réponses.

1 Moi : B, depuis quand es-tu diplômée ?

2 B : Depuis décembre 2003 donc je te laisse faire le calcul... elle rit...

3 Moi : Et peux-tu me raconter ton expérience professionnelle ?

4 Elodie : Alors moi je n'étais pas du tout partie pour la psychiatrie à la base, et c'est lors d'un stage et
5 de mes études quand j'ai découvert la psychiatrie, ça été la révélation, je ne voulais rien faire d'autre
6 que de la psychiatrie. Alors quand j'ai été diplômée, et que je savais que je voulais venir sur Avignon,
7 j'ai fait des lettres de motivation pour des maisons de retraite car j'aimais travailler avec les personnes
8 âgées et pour l'hôpital de Montfavet. Et en fait lorsque Montfavet m'a appelé la question ne s'est pas
9 posée, c'était que la psychiatrie. J'ai commencé au Lilas 2 qui était un service de resocialisation, les
10 lilas 2 s'est transformé en Dentelles lors du déménagement, Dentelles qui est un service
11 d'hospitalisation libre et je suis restée en tout 11 ans. Et ensuite j'ai demandé un poste en structure de
12 jour, donc ici à l'hôpital du jour du Toulourenc depuis 8 ans.

13 Moi : Le thème de mon mémoire porte sur la gestion des émotions du soignant dans la relation soignant
14 / soigné

15 B : Ouais...

16 Moi : Est-ce que tu pourrais me donner une définition du mot émotion ?

17 B : c'est un état affectif qui se manifeste par différents troubles comme l'accélération du pouls, la
18 pâleur, etc. Je dirais que c'est un sentiment peut être exagéré, je ne sais pas comment le dire. Dans le
19 positif ou négatif d'ailleurs. Ça te convient ?

20 Moi : C'est parfait. Et est-ce que toi, dans le cadre de ta profession, tu as déjà été confronté à des
21 situations émotionnellement difficiles, et si oui comment fais-tu lors de cette situation difficile avec le
22 patient ?

23 B : Alors... euh... Alors là, il me vient un truc, alors peu de temps après que je sois arrivée dans le
24 service où j'étais, au Lilas, peut-être 6 mois après, il y a eu un patient qui a eu un très gros accès de
25 violence qui est venu dans la salle de pause dans laquelle on était en fait, et qui a complètement retourné
26 la table, qui a tout fait valsé alors qu'on était en pause entrain de déjeuner et donc là pour moi ça été
27 une situation émotionnellement difficile, intense où je me suis même remis en question sur ma
28 profession, est ce que j'avais fait le bon choix, tout ça.

29 Moi : oui d'accord

30 B : Après, je ne sais pas si je réponds bien, en même temps il n'y a pas de mauvaises réponses

31 Moi : Ne t'inquiète pas c'est très bien. Et dans le cas où tu prends en charge un patient qui a une
32 situation difficile qui peut émouvoir ? Qui peut te renvoyer quelque chose ?

33 B : Alors, j'ai un autre exemple, elle rit, quand on est arrivé aux Dentelles, il y a des patients qui étaient
34 Au petit bois qui était l'unité de gérontopsychiatrie, qui nous ont été rendu lors du déménagement si
35 tu veux. Et donc notamment, il y avait un monsieur, qui était un pédophile, qui avait violé ses filles
36 pendant des années, et qui les prêtaient, un peu tout ça... Ce monsieur a fait de la prison, et il a été
37 bousculé j'ai envie de dire en prison, donc c'est un monsieur qui était âgé, qui ne parlait pas, je crois
38 qu'on lui mettait un casque d'ailleurs parce qu'il devait tomber un truc comme ça, bon bref, et ce
39 monsieur, c'est un monsieur pour lequel je n'avais pas du tout envie de m'en occuper, c'était mon
40 émotion à moi, je ne pouvais pas.

41 Moi : T'arrives-t-il parfois d'être ému par l'histoire des patients ?

42 B : ça m'arrive régulièrement (elle rit). Je n'ai pas d'idées précises en tête, mais c'est vrai que ça
43 m'arrive lorsque je reçois des patients même ici qui me racontent leur histoire où je sens que j'ai
44 l'émotion qui arrive et les larmes aux yeux. Je m'attache aux personnes qui me touchent.

45 Moi : Pour toi, ces émotions peuvent-elles avoir un retentissement sur la relation soignant / soigné ?

46 B : Lorsque ça m'arrive, je ne me dis pas que ce n'est pas bien mais je pense qu'il faut avoir une
47 distance émotionnelle pour pouvoir faire notre métier correctement je pense. Parce que... Le but c'est
48 de pas avoir une relation juste je me dis lorsqu'il y a cette émotion positive ou négative d'ailleurs. Euh
49 voilà il faut garder une distance pour se protéger nous mais aussi pour pouvoir je pense soigner au
50 mieux le patient.

51 Moi : Parce que pour toi en fait montrer tes émotions au patient pourrait entraver à cette relation ?

52 B : non, parce que par exemple avec une patiente, je peux lui dire que ça me touche, avec on se connaît
53 bien, je peux lui dire que ce qu'elle dit c'est beau ou que ça me touche, oui j'ai déjà eu ce genre de
54 discours avec elle, attends je me perds... Puis il faut se lâcher aussi parfois avec le patient, sinon on
55 fausserait les relations. Disons que moi, je suis quelqu'un d'assez sensible je vais dire, et que je veux
56 éviter quand même de m'engouffrer dans cette brèche émotionnelle pour rester pro. Parce que je pense
57 que quand, c'est pour ça d'ailleurs qu'on ne soigne pas nos amis, notre famille, qu'on ne soit pas en
58 lien avec des personnes qu'on connaît pour justement garder cette distance et garder ce qui est du pro
59 et du privé. Et voilà moi je le vois comme ça.

60 Moi : Comment fais-tu pour te protéger face à certaines situations émotionnellement difficiles ?

61 B : Je crois que ce qui est bien c'est qu'on est dans une relation d'équipe et que quand on voit que c'est
62 problématique pour nous, je crois qu'il faut passer le relai. Je me dis que, je suis en train de
63 m'embrouiller (elle rit). Je me dis que si j'ai une certaine affinité avec une personne, quelqu'un qui va
64 me toucher, j'ai plutôt envie de m'en occuper on va dire, parce que je ressens quelque chose qui
65 m'attire chez cette personne et que j'ai envie d'aider. Mais est ce que je vais être la plus apte à m'en
66 occuper si justement je n'ai pas cette distance ? Et pour elle et pour moi. Si ça me touche trop je passe
67 le relai, ce n'est pas une fuite, c'est que je ne suis pas capable de m'en occuper. J'aime aussi utiliser
68 l'humour pour apaiser l'échange, j'essaie de rire et de faire rire pour... Par exemple pour cet homme
69 qui était un pédophile, il fallait lui faire entièrement la toilette, et le matin quand j'y allais, alors c'est
70 un monsieur qui pouvait avoir, qui pouvait te mettre la main au cul par exemple. Je pense qu'il n'avait
71 pas conscience de ce qu'il faisait, il pouvait me mettre la main au cul. Je pense que j'aurai pu être
72 maltraitante avec cet homme donc je disais au collègue que je ne m'occupe pas de ce monsieur si ça
73 ne les dérange pas et si ça ne les embête pas je vais faire autre chose. D'ailleurs ce monsieur, tout ce
74 que j'avais trouvé sur ce monsieur dans son dossier avec les articles de journaux était sordide du coup
75 avec c'était vraiment viscéral. Moi, j'avais des enfants en bas âge, je m'imaginai des trucs, je me
76 disais que ce n'est pas possible. Je ne pouvais pas être soignante avec ce monsieur parce que ce qu'il
77 faisait me dégoutait tellement que je n'arrivais pas à mettre de la distance par rapport à ça.

78 Moi : Qu'est-ce pour toi la juste distance ?

79 B : Déjà moi j'aime bien mettre ma blouse, je trouve que ça met une protection déjà cette blouse, voilà
80 je suis l'infirmière vous êtes des patients et puis il y a aussi le tutoiement et le vouvoiement bien qu'il
81 y ait quelques patients que je tutoie mais je trouve que de vouvoyer ça met de la distance, ça empêche
82 une familiarité. Après, je ne sais pas si c'est bien mais j'ai des fois tendance à raconter ma vie
83 personnelle par exemple quand il s'agit de patient que je connais bien. Cette histoire de blouse me
84 rassure.

85 Moi : aurais-tu des choses à me préciser ?

86 B : Je voudrais revenir sur ta question en quoi les émotions ont un retentissement sur la relation
87 soignant / soigné ? je me dis que c'est quand même plus facile quand c'est une émotion positive qu'une
88 émotion négative, parce que... je pense, pour moi c'est peut-être plus facile à travailler ça en équipe,
89 de revenir dessus, pour remettre un peu de la distance, pour les émotions positives comme. Tu vois

90 quand on parle d'empathie c'est bien de comprendre mais on ne peut pas prendre la misère de tout le
91 monde. Positive c'est bizarre mais c'est par exemple ressentir de la peine pour quelqu'un qui a pu subir
92 des violences, un deuil, qu'avec le monsieur qui était pédophile, c'était vraiment viscéral, du rejet très
93 négatif, et vraiment pour la toilette, car après ce monsieur je pouvais m'en occuper pour le repas ça
94 me dérangeait moins, que la toilette là ce n'était pas possible, de lui nettoyer le sexe et d'imaginer les
95 choses qu'il avait fait à ses filles, donc je disais que pour moi cette réaction que je pouvais avoir n'était
96 pas de la fuite, car la fuite c'est vraiment pour moi comme faire un demi-tour alors que l'évitement
97 c'est plutôt contourner l'obstacle donc je ne pouvais pas m'occuper de lui pour la toilette mais je
98 pouvais faire d'autres choses avec ce monsieur. C'est bien de travailler en équipe, je me dis que pour
99 une infirmière libérale c'est peut-être plus compliqué, parce qu'elle ne va pas avoir vraiment le choix,
100 en tout cas si elle avait ce moment à s'occuper en tout cas si moi en tant qu'infirmière libérale j'aurais
101 dû m'occuper de ce monsieur j'aurais dû le faire quand même. Voilà, est ce que j'aurais pu être
102 maltraitante je ne sais pas mais là en tout cas j'avais la possibilité de passer le relai à quelqu'un, c'est
103 ce qui fait la richesse d'une équipe, aussi bien pour moi que pour le patient.

104 Moi : Merci pour tes réponses

1 Moi : Depuis quand es-tu diplômé ?

2 C : Décembre 1998

3 Moi : Est-ce que tu peux m'expliquer ton parcours professionnel ?

4 C : Diplômé, je suis parti en Nouvelle Calédonie, j'ai travaillé à l'hôpital, j'étais aux soins externes.
5 Je suis rentré en France, j'ai travaillé en clinique privé en chirurgie. J'ai ensuite été en psychiatrie en
6 service d'accueil crise fermé et je me suis installé dans un cabinet en tant que libéral et je suis
7 maintenant de nouveau à l'hôpital en médecine.

8 Moi : Est-ce que tu pourrais me donner une définition du mot émotion ?

9 C : Emotion, je dirais un ressenti intérieur psychologique et physique parfois de ce qui t'arrive en
10 pleine face, de ce que provoque les stimuli extérieurs sur toi, psychologiquement et physiquement je
11 dirai.

12 Moi : Est-ce que tu as déjà été confronté à des situations émotionnellement difficiles ? si oui, qu'est-
13 ce que tu fais lors de ces situations ?

14 C : Dans le cadre pro, j'ai été confronté à des décès, le 1^{er} mort était un psychotique qui a fait une
15 fausse route et ça m'a traumatisé, sentiment d'impuissance, on n'a rien pu faire, c'était plus un
16 sentiment d'impuissance que de tristesse. La première fois où j'ai été agressé, au cours d'un repas, le
17 patient m'a agressé avec une fourchette et m'a donné un coup dans la gencive, j'ai été arrêté, mais
18 j'étais blessé dans mon estime. Dans min activité actuelle, principalement les personnes âgées dont tu
19 t'occupes, pour la plupart tu passes du temps et régulièrement, tu apprends à les connaître, ce n'est pas
20 comme à l'hôpital, c'est pas de l'amitié mais c'est des gens que tu vois tous les jours, tu les lèves le
21 matin, tu les couches le soir, c'est des liens qui se tissent. J'ai le souvenir d'un patient qui est décédé,
22 s femme me faisait toujours des cadeaux, des petits trucs, des petites attentions qui te touchent et il est
23 décédé pendant ma tournée j'ai fait sa toilette mortuaire, c'est touchant, c'est des gens que tu revois
24 plus après et même aussi des personnes âgées dont je me suis occupé il y a 10ans, je repasse devant
25 chez eux, j'y pense même après, c'est des personnes qui font partie de ton quotidien.

26 Moi : En quoi ces émotions peuvent-elles avoir un retentissement sur la relation soignant/ soigné ?

27 C : Tout ce que je t'ai décrit en termes d'émotions ça m'aide à me protéger à garder une certaine
28 distance. Je pense que j'ai plus vraiment d'affect avec les patients du fait de mes différentes
29 expériences. J'ai de l'empathie mais maintenant je rentre chez moi et je ne pense plus au boulot. Je ne
30 rumine plus, je ne veux plus être perturbé dans ma vie personnelle.

31 Moi : Comment fais-tu pour te protéger face à certaines situations difficiles ?

32 C : Je ne sais pas comment je me protège, je pense qu'avec mon âge et l'expérience, j'ai un autre
33 rapport par rapport au patient que lorsque j'ai débuté. Maintenant je connais presque tous mes patients,
34 il y a un climat de confiance, je n'ai pas besoin de parler pour que les choses se passent. Si une situation
35 est vraiment insupportable, vraiment, je pense que je demanderai à mon binôme, si vraiment cela me
36 touche profondément. La mort ne me touche plus trop en fait. J'ai de l'empathie pour les gens ça me
37 touche mais ça ne m'impacte pas, j'entends la souffrance tout cela mais je rationalise. Je ne me mets
38 pas à la place de la personne, on a tous eu chacun notre lot de difficultés, d'ennuis et voilà je me dis
39 presque que ma vie n'est pas si pourrie et ça me rassure presque. C'est ce qui me rassure, je fuis un
40 peu.

41 Moi : Qu'est la juste distance pour toi ?

42 C : La longueur du bras... je dirai que je l'adapte, je ne sais pas s'il y a une juste distance, je l'adapte
43 à mon ressenti, comment je le sens, au patient. Ça commence toujours par une distance éloignée on

- 44 dire, vouvoient ect, et un peu la présentation de la personne, le statut social, l'âge, j'adapte en
45 fonction. Je pense être quelqu'un de proche, accessible mais je vouvoie, le vouvoient me protège et
46 la plupart des gens qui me touchent par cette barrière j'arrive à m'éloigner.
- 47 Moi : As-tu des choses à préciser sur ce thème ?
- 48 C : Non, je pense t'avoir tout dit.
- 49 Moi : Merci pour ses réponses

1 Moi : Pourrais-tu me raconter ton expérience professionnelle ?

2 D : Depuis 2012, je suis rentrée dans le métier d'infirmier. J'ai un parcours essentiellement aux
3 urgences avec un an et demi dans un établissement pour personnes âgées qu'on appelle UMS. Je
4 travaille depuis 8 ans dans un hôpital Suisse dans le service des urgences, jour et nuit.

5 Moi : Peux-tu me donner une définition du mot « émotion » ?

6 D : L'émotion c'est le ressenti que tu peux avoir psychique puis qui se transforme aussi au niveau
7 somatique d'une situation vis-à-vis d'une personne ou d'un moment de la vie, voilà c'est comme ça
8 que je le vois. Et à un moment de ta vie tu arrives de rencontrer des gens ou des situations et tu as une
9 réaction physique et psychique qui se matérialise soit par de la chaleur, des sueurs, une tachycardie, et
10 puis des choses qui nous touchent, qui peuvent me toucher au niveau de l'émotion et l'émotion elle
11 peut être traduite par des pleurs, par de la colère, par beaucoup de choses.

12 Moi : Et est-ce que tu as déjà été confronté à des situations émotionnellement difficiles ?

13 D : Oui, oui, oui régulièrement. Dans notre métier on voit beaucoup de décès tout ça, tu mets des
14 mécanismes de défense là-dessus. Moi j'ai beaucoup plus de mal, c'est des émotions un petit peu plus
15 différentes que tu dois vouloir attendre sur ton mémoire. C'est l'émotion face à la violence et à
16 l'attitude désagréable des gens. Là notamment ces derniers mois, aux urgences, je suis infirmier
17 d'accueil, et quand tu reçois des personnes qui sont violentes verbalement, qui sont..., c'est des fois
18 très très difficile au niveau émotionnel de se dire moi j'ai juste des questions à poser pour pouvoir
19 mieux les prendre en charge et ils t'agressent, ils te traitent de tous les noms d'oiseau alors que tu n'as
20 pas eu d'attitude agressive vis-à-vis d'eux, tu leur poses juste des questions et ces derniers temps c'est
21 surtout dans ce contexte là où au niveau émotionnel je suis atteint surtout ça. Les décès c'était au début,
22 je n'ai jamais été dans un service d'oncologie, je n'ai pas de suivi au long cours, donc la relation
23 soignant / soigné la dessus est brève pour moi, c'est quelques heures donc oui il y a toujours des
24 difficultés mais j'arrive à le supporter. Moi c'est surtout l'agressivité et au niveau émotionnel c'est
25 compliqué. Ba oui parce qu'après je peux somatiser d'une certaine façon parce que, j'ai un ulcère
26 aujourd'hui à cause de, l'une des raisons c'est celle-là de garder cette colère pour garder une attitude
27 professionnelle et une posture ce qui n'est pas évident mais mon émotion c'est celle-là.

28 Moi : En quoi cette émotion peut-elle avoir un retentissement sur la relation soignant / soigné ?

29 D : Alors elle ne doit pas avoir normalement de conséquences mais malgré tout elle y est toujours. Ces
30 qui peut arriver c'est qu'une fois ces personnes triées je ne m'en occupe plus vraiment, j'essaie de
31 passer la main à une ou un collègue qui prendra la personne en compte. Si c'est allé loi, et ba je suis
32 obligé d'appeler la sécurité mais quand les personnes je les ai acceptés et fait le nécessaire, parce qu'il
33 faut voir le soignant soigné mais il y a aussi les aidants et la famille et ça c'est très compliqué à gérer
34 également. C'est des fois compliqué de continuer à rester professionnel, il est clair qu'on essaie de
35 faire au mieux mais il y a quand même un retentissement. Et le retentissement, il est, et effectivement
36 tu es patient avec ces personnes mais parfois tu bottes en touche et tu demandes à tes collègues de
37 prendre la main à ce moment-là. J'ai eu aussi une situation, il y a plusieurs années, lorsque je travaillais
38 aux urgences pédiatriques, c'est une maman qui arrive avec sa petite qui doit avoir dans les 4/5 ans à
39 ce moment-là et elle m'arrive parce que la petite a subi des attouchements voir plus et il y a toute la
40 détresse. La petite ne sait pas trop ce qu'il se passe mais il y a toute cette émotion et toi tu prends ça
41 pour toi parce que c'est, je me projette dans cette situation, ça pourrait être moi la maman qui
42 accompagne ma fille parce qu'on a abusé d'elle et ça avait été une situation qui avait été plutôt lourde.
43 J'en ai une autre avec des enfants où tu rentres dans le service où travaillais à l'époque et tu sens une
44 pesanteur. Et il c'était passé, que le smur était sorti le soir pour un enfant qui était, qui avait été pris
45 dans un mécanisme de fermeture il avait été pris dans les chaines, il était passé dans les engrenages, il
46 était décédé et l'émotion était là. On te raconte ce qu'il se passe, tu n'y étais pas directement mais tu

47 es impliqué. Tu subis l'émotions de tes collègues de toute cette pesanteur, des mecs qui ont connu cette
48 situation qui pour eux a été traumatisante.

49 Moi : comment fais-tu pour te protéger face à ces situations ?

50 D : Les situations difficiles, lorsque que tu as des décès d'enfants tu es entouré, il y a des psychologues
51 qui viennent où on nous propose d'en parler. La communication est importante dans l'équipe et c'est
52 ce qu'il y a je crois de plus important. Après on développe tous des mécanismes de défense différents,
53 moi j'ai tendance à rationaliser, oil est clair que quand ça touche les enfants c'est dur quand c'est des
54 personnes âgées on va dire, je vais dire que c'est la normalité et c'est l'histoire de la vie, on vit, on
55 décline jusqu'au décès. Alors quand une personne âgée décède on a toujours cet affect mais c'était
56 difficile mais c'est la normalité, et tu voyais un appel de la personne. Lorsque tu connais les personnes
57 tu sais ce qu'elles attendent, tu sais qu'il y en a certaine qui en ont marre de vivre donc tu le gère
58 mieux, mais quand c'est des enfants, des jeunes, c'est plus compliqué, compliqué parce que tu te dis
59 que ce n'est pas la normalité, malgré tout tu as beau rationaliser c'est compliqué et heureusement y'a
60 la communication entre collègue qui aide énormément. Moi, il y a 2 cas de figure. Il y a le cas où c'est
61 aigu, ça vient de se passer, donc là je mets de la distance et je vais faire tout ce que je dois faire. C'est-
62 à-dire, quand je te dis que je vais rationaliser, je rentre dans un moment où je me dis que je suis
63 professionnel il faut que je fasse. Si le décès où l'évènement difficile vient de se produire, je vais
64 commencer à préparer les papiers, tout ce que je dois faire je le fais là, du coup pendant ce moment
65 comme je suis obnubilé par ce que je fais je ne vois pas l'autre côté, ça ne me touche pas, ça me touche
66 quand je rentre à la maison. Quand tu rentres dans la voiture, là il y a toutes les situations qui te
67 viennent, et après il faut tourner la page, enfin, c'est compliqué, il y a des situations où on ne peut que
68 se projeter. Si la situation est difficile pour moi je reste avec le patient, quand c'est dans le cadre du
69 travail, on peut imaginer la personne qui relève de l'onco mais qui est aux urgences comme ça arrive
70 beaucoup. Ce qui va me toucher c'est toujours la projection. Je suis dans un service où je vois des
71 personnes violentées, abusées, c'est toujours compliqué, j'ai tendance à dire que c'est dégueulasse, je
72 suis révolté. Quand on voit des jeunes qui arrivent malades ou des, j'ai souvent tendance à me mettre
73 un mécanisme de défense et il faut que je sois là pour le patient. Je fais abstraction de tout et je mets
74 tout en place pour qu'il soit mieux, le mieux possible pendant un moment où il est avec moi. Là je ne
75 botte pas en touche à ce moment-là. Le seul moment c'est que la violence ou l'agressivité où lorsque
76 ça ne passe pas avec moi. La relation soignant/soigné est une relation de confiance, si la personne n'a
77 pas confiance en moi c'est compliqué, donc des fois il faut savoir passer la main. On a la chance de ne
78 pas être seul on a toujours quelqu'un avec qui ça va passer mieux. Et là il faut savoir demander de
79 l'aide à ses collègues.

80 Moi : Pour toi qu'est-ce la juste distance ?

81 D : La juste distance, ce n'est pas évident à dire. La juste distance, disons qu'il y a toujours un impact
82 sur notre perso. A la suite de la prise en soin, si je pense que j'ai fait tout ce que je pouvais est plus
83 acceptable que si je me dis je n'ai pas réussi à aider cette personne. La juste distance, est ce que c'est
84 lié à l'absence ou au contraire la présence, ce n'est pas évident. C'est une question qui n'est pas
85 évidente. Des qu'on s'occupe d'un patient on est dans l'affect, des qu'on prend en soin une personne,
86 il y a cette proximité physique et dans le relationnel et malgré tout j'ai pas de solution miracle ou alors
87 je ne me suis pas rendu compte de la distance que je mettais. Il y a toujours le vouvoiement,
88 communication distante par la politesse, qui me permet aussi de mettre cette distance. Il y a toujours
89 des patients même en fin de vie qui vont te tutoyer, qio vont avoir besoin de contact mais je préserve
90 le vous. Je mets bien le distingo entre la main que je vais poser sur l'épaule de quelqu'un et une main
91 qu'on va juste caresser en disant je suis la pour vous, pour vous accompagner au mieux. Est-ce qu'on
92 va aller jusqu'au tactile ou pas, c'est une question de ressentis et la distance que je vais mettre avec la
93 personne, je vais essayer de ne pas parler de moi-même.

94 Moi : Aurais-tu d'autres précisions d'autres choses à me dire sur ce thème des émotions du soignant ?

95 D : L'émotion est compliquée parce que en tant que soignant on est sensé ne pas la montrer, malgré
96 tout notre émotion est parfois là, elle est palpable, elle est des parfois dite, même si je n'exprime pas

97 auprès du patient, il y a des histoires qui me touchent et on a tendance à être assez empathique et d'être
98 rassurant en sortant certaines phrases qui vont pouvoir montrer qu'on comprend tout à fait la douleur
99 de la personne ou sa difficulté. On aura toujours cette émotion, on n'est pas des machines, on est des
100 humains, et on va la garder quoi qu'il arrive. On est doué d'une émotion, elle est multiple et on ne peut
101 pas faire autrement. Tu as un mémoire qui n'est pas facile à traiter parce que les émotions c'est subjectif
102 elle est propre à chacun et face à chaque situation nous sommes différents. Tu verras, il y a des
103 collègues, tu as l'impression que rien ne les touche, ils mettent de la distance avec tout, mais en réalité
104 il y a toujours quelque chose qui nous touche. Certains vont foncer dans le travail, d'autres vont partir,
105 d'autres vont l'exprimer, on a tous des façons différentes d'agir. Mais malgré tous nous sommes des
106 êtres sociaux et la douleur des autres touche sans exception.

107 Moi : Merci beaucoup pour cet entretien.

1 Moi : Depuis quand es-tu diplômé ? Quel diplôme ? Et peux-tu me raconter ton expérience
2 professionnelle ?

3 E : Je suis diplômée en tant qu'aide-soignante depuis décembre 2007, j'ai travaillé en oncologie, j'y
4 suis restée 10 ans et c'était une pathologie qui me faisait peur au début car il y avait au moins 4 décès
5 par jour et en fin de compte c'est un service que j'ai adoré. Ah oui j'ai adoré. Parce que, en fait c'est
6 eux qui nous apprennent la vie. Je mettais attachée à une patiente, chaque matin on attendait de se voir
7 mutuellement, on se racontait nos vies, elle me donnait des conseils. Moi ça me faisait du bien de
8 discuter avec quelqu'un de neutre et elle cherchait cet échange. Je m'occupais d'elle, je faisais sa
9 toilette, c'était trop bien. C'est un service où il y a des soins très lourds, les patients ou besoin de se
10 sortir de tout ça, ils souffrent.

11 Moi : Peux -u me donner une définition du mot émotion ?

12 E : L'émotion c'est ce qu'on ressent autant intérieurement, qu'extérieurement. Ce n'est pas forcément
13 des pleurs, ou des rires ou de la colère. Je pense que c'est plus profond que ça. J'ai fait une formation
14 en thérapie hypnose, et c'est vrai, que c'est dans l'inconscient, c'est aller chercher cette émotion au
15 plus profond de soi. L'émotion ne se voit parfois pas.

16 Moi : As-tu déjà été confrontée à des situations difficiles émotionnellement professionnellement ?

17 E : Et oui j'en ai eu, tellement. En fait, j'ai tellement d'empathie que je pense que ce métier qu'on fait,
18 IDE ou AS, on voit les patients d'une certaine manière. C'est dur de garder une barrière avec les
19 patients. Une confiance s'installe entre nous. J'ai eu une fois, un patient qu'allait décéder, on est parti
20 pour aller faire sa toilette, c'était une toilette confort pour le rafraichir. Ma collègue voulait absolument
21 faire sortir la mère et la femme qui était avec accroché à l'homme, j'avais beaucoup de mal a accepté
22 cela, ça me faisait de la peine car elles ne voulaient pas sortir, elles s'accrochaient à la main de
23 monsieur, du coup j'accompagnent les femmes dans le couloir, et je n'ai même pas dépassé la porte
24 que le fils est décédé, c'était dramatique pour moi, j'en ai pleuré toutes les larmes de mon corps. La
25 mère s'est mise à hurler en me disant que c'était de ma faute, c'était violent. Je n'ai pas su gérer cette
26 émotion, je m'en suis voulu de ne pas avoir laisser ses femmes auprès de ce monsieur. J'étais jeune,
27 j'obéissais avant, mais je ne ferai plus jamais ça, encore maintenant je repense à ce moment.

28 Moi : En quoi les émotions peuvent-elles avoir un retentissement sur la relation soignant-soigné ?

29 E : Je fais beaucoup de transfert, selon leur histoire de vie, je fais du transfert, des fois je rentre chez
30 moi et je reporte tout sur mon mari, mes enfants. Je pense que c'est pour ça qu'il faut se laisser une
31 barrière mais c'est très dur en tant que soignant.

32 Moi : Et donc, comment fais-tu pour te protéger ?

33 E : Moi, je pense que je ne protège pas en fait, c'est humain, je ne trouve pas normal justement qu'un
34 soignant n'ait pas d'émotion. Faire comme un robot n'est pas normal pour moi je dirai même qu'il
35 n'est pas à sa place. Après attention il y a un travail à faire entre avoir une émotion, et sortir du travail
36 et te vider l'esprit.

37 Moi : Comment fais-tu toi ?

38 E : Il faut que je parle, je raconte à mon mari, mes copines, la situation qui m'est arrivée. Et avec le
39 temps j'oublie du moins elle est moins douloureuse. C'est trop dur de ne pas ramener les émotions à
40 la maison. J'ai beaucoup d'empathie pour les gens, je ne pense pas avoir mis en place des mécanismes,
41 de barrières. Selon le patient aussi j'agis différemment. Pour moi, il faut que je parle, je ne dois pas
42 garder en moi et j'arrive à oublier, sinon ça me bouffe. Je pense que c'est humain, il faut se laisser
43 aller, on nous apprend non il ne faut pas s'attacher, mais je pense qu'on ne peut pas ne pas faire, c'est

- 44 un métier humain et on doit avoir de l'empathie. Je garde le positif du patient, il y a toujours du positif
45 dans le négatif toujours.
- 46 Moi : Qu'est-ce que la juste distance pour toi ?
- 47 E : La juste distance ? euh... je ne vais pas le tutoyer, ce qui crée une barrière, si je le tutoie, le monde
48 est mélangé et donc on va se permettre des choses qu'on ne se permet pas lorsqu'on vouvoie. La
49 distance c'est le vouvoiement pour ne pas dépasser ça.
- 50 Moi : Merci beaucoup

Thèmes	Références	Verbatims
<p>La relation soignant/soigné</p>	<p>Catherine Dehays « Trouver la bonne distance avec l'autre » :« <i>Des études pointues, exigeantes, forment [...] nos infirmiers [...]. Mais ces personnes formées, certifiées, diplômées se trouvent dans l'embarras quand elles se retrouvent face à des problèmes relationnels qui nuisent à l'efficience de leur travail.</i> »</p> <p>Selon Walter Hesbeen « <i>Prendre soin de quelqu'un, c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation de soins qui lui est particulière, et ce dans un but de contribuer à son bien-être, à son autonomie</i> »</p> <p>Selon Carl Rogers, « <i>L'interlocuteur doit faire preuve de non-jugement et de non directivité pour considérer la situation telle qu'elle est vécue</i> ».</p>	<p>IDE A</p> <p>« Parce que ça dépend aussi de notre état à nous, si on est, on a été fragile au niveau émotionnel et qu'on est amené d'un point de vue professionnel à vivre quelque chose de compliqué, je pense que ça demande beaucoup plus d'effort et d'énergie, voilà, pour éviter de se faire dévaster par les situations compliquées. C'est de ne pas pleurer devant le patient, ne pas craquer, mais des fois on est en résonance car le patient nous raconte des choses qui ressemblent à ce qu'on a pu vivre personnellement » (135/40)</p> <p>« dans toutes les relations il faut faire preuve d'authenticité » (148)</p> <p>« Il était hors de question que la personne en face ne se sente pas accompagnée et soutenue » (149)</p> <p>« Ça peut même les rassurer quand parfois, de se dire que ce n'est pas parce qu'on est soignant qu'on est au-dessus des autres, en fait on est simplement des êtres humains qui avons une mission à remplir qui est cet accompagnement-là. Parfois ça peut aussi être intéressant si la personne trouve une fragilité chez nous, se dire qu'ils ne sont pas si différents, ça peut être rassurant. Ils peuvent aussi comprendre par notre attitude qu'on a peut-être aussi vécu la même chose et du coup il se sentent plus compris » (152/59)</p> <p>IDE B.</p> <p>« avec une patiente, je peux lui dire que ça me touche, avec on se connaît bien, je peux lui dire que ce qu'elle dit c'est beau ou que ça me touche » (152/53)</p> <p>« il faut se lâcher aussi parfois avec le patient, sinon on fausserait les relations. » (158)</p> <p>« si j'ai une certaine affinité avec une personne, quelqu'un qui va me toucher, j'ai plutôt envie de m'en occuper on va dire, parce que je ressens quelque chose qui m'attire chez cette personne et que j'ai envie d'aider » (163/65)</p> <p>« garder ce qui est du pro et du privé »(158/59)</p> <p>IDE C.</p> <p>« je repasse devant chez eux, j'y pense même après, c'est des personnes qui font partie de ton quotidien. » (125)</p> <p>« j'ai de l'empathie pour les gens » (136)</p> <p>IDE D.</p> <p>« La relation soignant/soigné est une relation de confiance, si la personne n'a pas confiance en moi c'est compliqué » (176)</p> <p>« La juste distance, disons qu'il y a toujours un impact sur notre perso » (182)</p> <p>« Des qu'on s'occupe d'un patient on est dans l'affect, des qu'on prend en soin une personne, il y a cette proximité physique et dans le relationnel » (185)</p> <p>IDE E</p> <p>« . En fait, j'ai tellement d'empathie que je pense que ce métier qu'on fait, IDE ou AS, on voit les patients d'une certaine manière. C'est dur de garder une barrière avec les patients. Une confiance s'installe entre nous. » (117/19)</p>

<p>Les émotions</p>	<p>Catherine Mercadier « <i>l'image est toujours celle d'une soignante souriante, aimable, disponible, qui ne pleure ni se met en colère, maîtrisant toutes les situations sans avoir peur, sans plaisir ni dégoût au contact du corps malade : la bonne soignante est très proche de la neutralité émotionnelle, sans être complètement neutre sous peine d'être accusée d'indifférence, de froideur.</i> »</p>	<p>IDE A « L'émotion c'est quelque chose d'assez éphémère » (115) « Selon ce qu'on est amené à vivre émotionnellement ça peut nous remuer sur plusieurs jours »(117) « Euh donc effectivement on a pu vivre des choses très très difficiles et compliqué » (121) IDE B « pour moi ça été une situation émotionnellement difficile, intense où je me suis même remis en question sur ma profession » (127) « c'est un monsieur pour lequel je n'avais pas du tout envie de m'en occuper, c'était mon émotion à moi, je ne pouvais pas. » (139/40) IDE C. « ressenti intérieur psychologique et physique parfois de ce qui t'arrive en pleine face »(19/10) « ça m'a traumatisé, sentiment d'impuissance, on a rien pu faire, c'était plus un sentiment d'impuissance que de tristesse »(115/16) « il y a un climat de confiance » (134) IDE D. « c'est le ressenti que tu peux avoir psychique puis qui se transforme aussi au niveau somatique d'une situation vis-à-vis d'une personne ou d'un moment de la vie » (17) « et puis des choses qui nous touchent, qui peuvent me toucher au niveau de l'émotion et l'émotion elle peut être traduite par des pleurs, par de la colère, par beaucoup de choses. » (110/11) IDE E « Ah oui j'ai adoré. Parce que, en fait c'est eux qui nous apprennent la vie. » (15) « L'émotion ne se voit parfois pas » (115)</p>
<p>La gestion des émotions</p>	<p>Catherine Mercadier précise que « <i>la maîtrise des affects est facilitée par une prise de rôle spécifique, celui du soignant dans un cadre spécifique, le soin, lui-même inséré dans un contexte spécifique l'hôpital</i> ».</p> <p>Marc Loriol dans son article « Travail émotionnel et soins infirmier » met en avant le travail émotionnel qui est un contrôle de ses propres émotions. Dans cet article, on voit l'importance pour le soignant de gérer ses propres émotions face à certaines situations, garder son calme face à une personne agressive, rire avec un malade déprimé.</p> <p>Geraldine Langlois expose le témoignage d'une infirmière avec cette difficulté à parvenir à gérer l'expression de nos émotions « <i>on n'est pas des machines face à des machines</i> »</p>	<p>IDE A. « De par le passé je n'avais pas pensé à me faire accompagner par une thérapeute donc quand on vivait quelque chose de difficile aux urgences on en parlait beaucoup entre nous en fait, on débriefait, comment on avait pu vivre la situation avec les patients, la famille, on faisait ce débrief de la situation. Et par contre après j'ai choisi de me faire accompagner par une thérapeute parce que j'avais tendance aussi à emmener tout ça, toute cette charge affective à la maison » (128/32) « ça demande un gros travail de gestion mais ça se fait » (144) « Il est important de ne pas garder ses émotions enfouit, tout ce qui ne se dit pas s'imprime dans le corps, il est important de mettre des mots là-dessus, et je crois que c'est en pouvant en parler. » (173/75) « Les faiblesses j'ai essayé d'en faire une force parce que moi je n'ai pas pensé à me faire aider et j'ai trop garder en moi, chose que maintenant je n'essaie de plus faire. » (178/79) IDE B. « lorsque je reçois des patients même ici qui me racontent leur histoire où je sens que j'ai l'émotion qui arrive et les larmes aux yeux. Je m'attache aux personnes qui me touchent. » (143/44) « il faut garder une distance pour se protéger nous mais aussi pour pouvoir je pense soigner au mieux le patient.» (149/50) « je suis quelqu'un d'assez sensible je vais dire, et que je veux éviter quand même de m'engouffrer dans cette brèche émotionnelle pour rester pro » (155/56)</p>

		<p>« Je pense que j'aurai pu être maltraitante avec cet homme » (172)</p> <p>« Je ne pouvais pas être soignante avec ce monsieur parce que ce qu'il faisait me dégoutait tellement que je n'arrivais pas à mettre de la distance par rapport à ça » (176/77)</p> <p>IDE C.</p> <p>« tu apprends à les connaître, ce n'est pas comme à l'hôpital, c'est pas de l'amitié mais c'est des gens que tu vois tous les jours, tu les lèves le matin, tu les couches le soir, c'est des liens qui se tissent. » (120/21)</p> <p>« maintenant je rentre chez moi et je ne pense plus au boulot. Je ne rumine plus, je ne veux plus être perturbé dans ma vie personnelle. » (130)</p> <p>« ça me touche mais ça ne m'impacte pas » (137)</p> <p>IDE D.</p> <p>« c'est des fois très très difficile au niveau émotionnel de se dire moi j'ai juste des questions à poser pour pouvoir mieux les prendre en charge et ils t'agressent » (118/19)</p> <p>« qu'après je peux somatiser d'une certaine façon parce que, j'ai un ulcère aujourd'hui à cause de, l'une des raisons c'est celle-là de garder cette colère pour garder une attitude professionnelle et une posture ce qui n'est pas évident mais mon émotion c'est celle-là. » (1 25/27)</p> <p>« je me projette dans cette situation, ça pourrait être moi » (141)</p> <p>« Les situations difficiles, lorsque que tu as des décès d'enfants tu es entouré, il y a des psychologues qui viennent où on nous propose d'en parler. La communication est importante dans l'équipe et c'est ce qu'il y a je crois de plus important » (150/51)</p> <p>« compliqué parce que tu te dis que ce n'est pas la normalité, malgré tout tu as beau rationaliser c'est compliqué et heureusement y'a la communication entre collègue qui aide énormément » (158/60)</p> <p>« il y a des situations où on ne peut que se projeter. » (168)</p> <p>« ce qui va me toucher, c'est toujours la projection) (170)</p> <p>« c'est dégueulasse, je suis révoltée »(171/72)</p> <p>« L'émotion est compliquée parce que en tant que soignant on est sensé ne pas la montrer, malgré tout notre émotion est parfois là, elle est palpable, elle est des fois dite, même si je n'exprime pas auprès du patient, il y a des histoires qui me touchent et on a tendance à être assez empathique et d'être rassurant en sortant certaines phrases qui vont pouvoir montrer qu'on comprend tout à fait la douleur de la personne ou sa difficulté. On aura toujours cette émotion, on n'est pas des machines, on est des humains, et on va la garder quoi qu'il arrive. On est doué d'une émotion, elle est multiple et on ne peut pas faire autrement.» (195/100)</p> <p>« nous sommes des êtres sociaux et la douleur des autres touche sans exception. » (1115)</p> <p>IDE E</p> <p>«Je fais beaucoup de transfert, selon leur histoire de vie, je fais du transfert, des fois je rentre chez moi et je reporte tout sur mon mari, mes enfants. » 129/30</p> <p>« Faire comme un robot n'est pas normal pour moi je dirai même qu'il n'est pas à sa place. » 134/35</p>
Les mécanismes de défense	Il s'agit de mettre en place de manière involontaire et inconsciente des techniques qui contribuent à atténuer les tensions et à se protéger face à des	<p>IDE A</p> <p>« ça m'est arrivé de proposer à quelqu'un de faire une pause et de changer avec un autre IDE parce que c'était pour moi trop compliqué d'entendre ce que j'avais à</p>

	<p>émotions afin qu'elles deviennent plus acceptables</p> <p>la banalisation, la dérision, l'esquive, l'évitement, la fausse réassurance, le mensonge, la rationalisation, la fuite, l'identification projective.</p>	<p>écouter ou d'écouter ce que j'avais à entendre, voilà, donc j'ai prétexté par exemple qu'il fallait que j'aie récupéré une chose avant l'heure pour débrancher un petit peu car je sentais que ça devenait compliqué et donc il fallait que je me ressaisisse » (144/49 »</p> <p>« j'ai simplement demandé à changer de lieu parce que comme je t'ai raconté les urgences, je ne pouvais plus y remettre les pieds parce que sans arrêt, j'avais les images de la situation qui me revenait, sans cesse devant les yeux » (164/67)</p> <p>« Moi, j'ai connu ce clivage » (195)</p> <p>IDE B.</p> <p>Si ça me touche trop je passe le relai, ce n'est pas une fuite, c'est que je ne suis pas capable de m'en occuper. J'aime aussi utiliser l'humour pour apaiser l'échange, j'essaie de rire et de faire rire pour... » (167/68)</p> <p>IDE C.</p> <p>« j'entends la souffrance tout cela mais je rationalise. Je ne me mets pas à la place de la personne, on a tous eu chacun notre lot de difficultés, d'ennuis et voilà je me dis presque que ma vie n'est pas si pourrie et ça me rassure presque. C'est ce qui me rassure, je fuis un peu. » (137/40)</p> <p>IDE D</p> <p>« moi j'ai tendance à rationaliser, il est clair que quand ça touche les enfants c'est dur quand c'est des personnes âgées on va dire, je vais dire que c'est la normalité et c'est l'histoire de la vie, on vit, on décline jusqu'au décès » (152/55)</p> <p>« , j'ai souvent tendance à me mettre un mécanisme de défense et il faut que je sois là pour le patient. Je fais abstraction de tout et je mets tout en place pour qu'il soit mieux, le mieux possible pendant un moment où il est avec moi. » (172/74)</p> <p>IDE E</p> <p>« Il faut que je parle, je raconte à mon mari, mes copines, la situation qui m'est arrivée. Et avec le temps j'oublie du moins elle est moins douloureuse. C'est trop dur de ne pas ramener les émotions à la maison. » (138/39)</p> <p>« Je garde le positif du patient, il y a toujours du positif dans le négatif toujours. » (144)</p>
<p>La juste distance</p>	<p>Pascal Prayez : « <i>La juste distance est la capacité à être au contact d'autrui en pleine conscience de la différence des places</i> »,</p> <p>Michel Monceau définit la « juste distance » comme étant un cadre protecteur déterminé par la profession et par l'institution ; il est nécessaire autant à l'efficacité des soins qu'à la permanence des repères identitaires. Tous les soignants recherchent cette bonne distance qui varie en fonction du contexte.</p>	<p>IDE A</p> <p>« Ma réponse par mon expérience est être authentique, ne pas surjouer » (1103)</p> <p>« La relation est désaffectivé donc ça ne m'impacte pas ou plus car il n'y a pas cette charge affective qui me lie véritablement à eux. Je ne les rejette pas mais j'essaie d'être dans le juste ce qu'il faut, qu'ils sentent que leur parole est véritablement prise en compte, j'essaie d'être à 100% dans l'écoute, j'essaie surtout d'être disponible et présente. Il faut être en accord avec soi-même. » (1106/109)</p> <p>IDE B.</p> <p>« je pense qu'il faut avoir une distance émotionnelle pour pouvoir faire notre métier correctement je pense » (146/47)</p> <p>« j'aime bien mettre ma blouse, je trouve que ça met une protection » (179)</p> <p>« puis il y a aussi le tutoiement et le vouvoiement, ça empêche une familiarité » (184/86)</p> <p>IDE C.</p> <p>« je l'adapte à mon ressenti, comment je le sens, au patient » (143)</p>

		<p>« le vouvoiement me protège et la plupart des gens qui me touchent par cette barrière j'arrive à m'éloigner. » (145/46)</p> <p>IDE D.</p> <p>« La juste distance, ce n'est pas évident à dire » 181</p> <p>« « Il y a toujours le vouvoiement, communication distante par la politesse, qui me permet aussi de mettre cette distance » (187/88)</p> <p>IDE E</p> <p>« je ne vais pas le tutoyer, ce qui crée une barrière, si je le tutoie, le monde est mélangé et donc on va se permettre des choses qu'on ne se permet pas lorsqu'on vouvoie. La distance c'est le vouvoiement pour ne pas dépasser ça. » (147/49)</p>
Expérience professionnelle		<p>IDE A</p> <p>« je pensais qu'avec l'expérience et les années qui passent que j'allais pouvoir m'endurcir par rapport à des situations difficiles en tout cas pour moi ce n'est pas le cas. Je les gère mieux, mais j'ai une sensibilité qui s'est développée » (111/115)</p> <p>IDE C</p> <p>« Je pense que j'ai plus vraiment d'affect avec les patients du fait de mes différentes expériences. J'ai de l'empathie mais... » (128)</p> <p>« je pense qu'avec mon âge et l'expérience, j'ai un autre rapport par rapport au patient que lorsque j'ai débuté » (132)</p>
Travail d'équipe		<p>IDE A</p> <p>« d'où l'intérêt de travailler en équipe » (1120)</p> <p>« Avoir des collègues est important, c'est ce qui dédouane d'un débordement émotionnel. » (1124/125)</p> <p>IDE B.</p> <p>« ce qui est bien c'est qu'on est dans une relation d'équipe et que quand on voit que c'est problématique pour nous, je crois qu'il faut passer le relai » (161/62)</p> <p>« c'est peut-être plus facile à travailler ça en équipe, de revenir dessus, pour remettre un peu de la distance » (188/89)</p> <p>« passer le relai à quelqu'un, c'est ce qui fait la richesse d'une équipe, aussi bien pour moi que pour le patient. » (1102/103)</p> <p>IDE C</p> <p>« je demanderai à mon binôme, si vraiment cela me touche profondément. » (135)</p> <p>IDE D</p> <p>« il faut savoir demander de l'aide à ses collègues » (179)</p>



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 : Géraldine CHAMBRIN

Promotion : 2019 - 2022

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 :

La gestion des émotions chez le soignant

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 18 mai 2022

Signature : Géraldine Chambrin

La gestion des émotions chez le soignant

Dans le quotidien de son travail, l'infirmière est confrontée à des prises en charge qui lui renvoient des émotions plus ou moins difficiles à gérer. Elle doit régulièrement faire face à diverses situations qui vont la toucher, l'émouvoir. L'émergence des émotions est incontrôlable même si on peut essayer de les cacher, ou de les maîtriser, elles sont au cœur du soin. Ma question de départ est donc : comment font les soignants pour gérer leurs émotions dans la relation soignant-soigné ?

D'après mes recherches, malgré l'image de l'infirmière infallible et dévouée, les soignants ne semblent pas être épargnés par leurs émotions et leurs états d'âme. La gestion des émotions apparaît comme une tâche compliquée. J'ai effectué des entretiens auprès de soignants et j'ai constaté qu'ils vivent certaines prises en charge de façon douloureuse et se projettent. Chaque infirmière ressent et vit différemment une même situation en fonction de sa personnalité et de son vécu. La relation soignant-soigné est une relation humaine qui est au cœur du métier.

Mots clés : relation soignant-soigné, émotion, gestion des émotions, mécanismes de défense juste distance.

Emotion management in the caregiver

In his / her daily tasks, a nurse is to be faced with patients and their emotions which are more or less difficult to accept. A nurse has to deal regular with various situations which are going to touch, move him / her. The emergence of emotions is uncontrollable even if we try to hide, or control them, they are at the heart of care. My initial question is therefore : How do the medical staff manage their emotions in the relationship between the carer and the patient ?

At the end of my research, despite the picture of the infallible and devoted nurse, the medical staff seem not to be spared by their emotions and their moods. Managing his/her emotions seems to be a difficult task for a nurse. I have conducted interviews with the medical staff and I have realized that they live care management in a painful way and with projection. Each nurse feels and lives differently a same situation according to his/her personality and his/her experience. The relationship between the carer and the patient is a human relationship that is at the heart of this job.

Keywords : The relationship between the carer and the patient, emotion, emotion management, defence mechanisms, right distance