

I.F.S.I de l'E.R.F.P.P

G.I.P.E.S d'Avignon et du

Pays du Vaucluse

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDE :

Les émotions au cœur de la relation soignant-soigné : l'impact du vécu émotionnel du patient sur la relation



Unité d'enseignement 5.6 S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date de rendu : 21 mai 2024

Directrice de mémoire : THOMAS Elodie

Note aux lecteurs :

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

Remerciements :

Ce travail est l'aboutissement de ces trois années d'études en soins infirmiers, qui ont été marquées par beaucoup d'investissement et de travail. Je tiens à remercier les personnes qui m'ont accompagné, soutenu, conseillé et encouragé durant ce chemin et plus particulièrement pour ce travail de fin d'études.

En premier lieu je tiens à remercier Mme Thomas, ma directrice de mémoire qui m'a guidé, écouté, conseillé tout au long de mon travail. Face au stress que je pouvais ressentir vis-à-vis de ce mémoire, elle a fait preuve de patience pour m'accompagner au mieux.

Je souhaite également remercier Mme Gilquin, ma référente pédagogique, qui m'a accompagné durant les deux premières années de formation. Merci pour son implication, sa patience, son soutien et ses conseils bienveillants qui m'ont permis d'en arriver là aujourd'hui.

Je remercie Mme Barbaste, ma référente pédagogique pour cette dernière année. Merci pour votre accompagnement, vos conseils et votre soutien lors des différents moments de stress que peut procurer cette formation, qui m'ont permis de garder le cap.

Je tiens aussi à remercier les différents professionnels que j'ai pu rencontrer durant mon parcours de stage, ainsi que ceux rencontrés lors des différents entretiens nécessaires à ce travail. Je les remercie pour leur accueil, leur bienveillance et leur partage de savoirs.

Merci également à mes collègues de promotion : Audrey, Maëva, Mélanie, Pauline. Ensemble, nous avons partagés nos incertitudes, nos moments de stress et de doutes mais aussi de bons moments de joie et de rires.

Pour finir, je voudrais remercier ma famille, mes parents et ma petite sœur qui ont su me soutenir et me pousser à faire cette formation qui me tenait à cœur. Et surtout, je remercie ma femme Laura, pour sa patience, son soutien indéfectible au quotidien, qui a toujours cru en moi.

Mes derniers remerciements seront pour mes enfants. Solina ma grande qui, malgré les longues heures de révisions, a toujours su me faire rire et qui attendait patiemment que son papa puisse venir jouer avec elle. Elyo mon petit dernier, arrivé au cours de la formation, a connu un papa pas toujours disponible mais ses gâtés et ses sourires m'ont donné la force d'arriver au bout de ces études.

Table des matières

1 Introduction	1
2 Situation d'appel.....	2
2.1 Description de la situation :	2
2.2 Questionnements	5
3 Question de départ.....	9
4 Cadre de référence.....	10
4.1 Les émotions.....	10
4.1.1 Définitions	10
4.1.2 L'empathie	13
4.1.3 L'intelligence émotionnelle	16
4.2 La relation soignant-soigné	19
4.2.1 Définitions	19
4.2.2 Les différentes relations soignant-soigné	21
4.2.3 La vulnérabilité.....	25
4.3 Synthèse du cadre de référence	28
5 Enquête exploratoire.....	29
5.1 Méthode et outils utilisés.....	29
5.2 Lieu d'enquête et Population choisie.....	30
5.3 Réalisation de l'enquête.....	31
5.4 Guide d'entretien	32
5.5 Analyse des entretiens	34
5.5.1 Synthèse par entretien.....	34
5.5.2 Analyse croisée.....	37
5.6 Limites de l'enquête	56

6 Problématique.....	56
7 Question de recherche	60
8 Conclusion.....	60
9 Bibliographie	62
10 Table des annexes	65

1 Introduction

Lors de notre dernière année d'études en tant qu'étudiant infirmier, nous devons réaliser un mémoire. C'est un travail de recherche qui m'a permis d'approfondir mes connaissances sur les émotions, plus particulièrement celles des patients et leur impact sur nos relations. Ces thèmes ne sont pas nouveaux pour moi. En tant qu'ancien Aide-Soignant, j'ai souvent été confronté aux émotions durant mon cursus professionnel. Cependant c'est lors d'une situation vécue durant un stage de deuxième année à l'IFSI que j'ai ressenti le besoin de les explorer.

Effectivement, lors de mon stage en chirurgie, j'ai vécu une situation où j'ai pu percevoir les émotions d'un patient lors d'une prise en soin et l'infirmière en poste m'a donné l'impression de ne pas les prendre en compte. De ce fait, le patient a réagi en fonction de ses émotions, il était prêt à annuler une opération qui paraissait pourtant vitale pour lui. J'ai donc cherché à comprendre quel effet aurait pu avoir la prise en compte des émotions de ce patient, à ce moment-là.

J'ai commencé ce travail en vous décrivant ma situation d'appel. Ensuite, je me suis questionné sur de nombreux sujets qui m'ont interpellé, ce qui a donné place à ma question de départ qui porte sur « les émotions et la relation soignant-soigné ». C'est donc sur ces deux thèmes que j'ai réalisé des recherches me permettant d'élaborer un cadre de référence. J'ai également pu me positionner quant à mes choix sur les modalités, le public et les lieux de l'enquête exploratoire.

Cette enquête m'a permis de confronter les connaissances que j'ai pu développer au cours de mes différentes recherches avec la pratique des professionnels au quotidien, ainsi que d'appréhender de nouvelles notions abordées par ceux-ci. De cela en a découlé une problématisation donnant lieu à une question de recherche. Par la suite j'ai effectué un résumé et j'ai mis un terme à ce travail avec une conclusion.

2 Situation d'appel

2.1 Description de la situation :

Voici la description d'une situation qui m'a interpellé lors d'un stage effectué en service de chirurgie dans une clinique du secteur privé en période de pandémie de covid.

Cette situation se déroule au troisième jour de ma première semaine de stage. À 7h15, dans le couloir devant la salle de soins où nous sommes en train de prendre la relève de l'équipe de nuit.

Ce matin-là, au cours de la relève, il y a l'équipe de nuit : 2 Infirmières Diplômées d'Etat (IDE) et l'Aide-Soignante (AS) et l'équipe de jour : 1 IDE intérimaire, 1 IDE en poste, 2 AS et moi étudiant en soins infirmiers en début de deuxième année.

Nous sommes assis lorsque se présente devant la porte de la salle de soins un couple de personnes d'une soixantaine d'années. Suite à quoi une infirmière se lève et leur demande ce qu'ils désirent.

Le Monsieur, que je nommerai ici Mr S, répond qu'il vient se faire opérer et qu'il doit avoir une colectomie dans la matinée, ce qui correspond à l'ablation d'une partie du colon, ici faisant suite à une découverte de cancer.

L'infirmière lui indique donc sa future chambre et lui explique que sa femme ne pourra pas rester à ses côtés car il se trouve en chambre double et qu'avec les restrictions sanitaires, dues au Covid, il est interdit d'avoir des visites dans ce type de chambre. L'IDE a annoncé ces restrictions au patient sans que ce dernier ait demandé quoi que ce soit. Toutefois les visites sont tolérées dans les chambres individuelles ce qu'elle n'a pas précisé au patient.

Mr S semble surpris au vu de son regard envers l'infirmière, mais accepte en hochant la tête et en se dirigeant vers la chambre.

Quelques minutes plus tard, le voisin de chambre n'est toujours pas arrivé et le patient se retrouve seul dans la chambre avec sa femme. Avec l'infirmière nous nous rendons dans la chambre pour faire l'entrée administrative de Mr S. L'IDE demande à Mme S de s'en aller car cela fait trop longtemps qu'elle est là, ce qui me pose question, étant donné qu'il est actuellement seul dans la chambre double. Mr. S semble contrarié, et lui répond qu'il aimerait

que sa femme reste à ses côtés. L'infirmière lui dit que c'est impossible au vu du contexte actuel. Mr S me paraît triste avec le visage fermé, sa femme nous demande deux minutes d'intimité avec son mari pour pouvoir lui dire au revoir avant son opération.

L'infirmière accepte et décide alors de remettre à plus tard l'entrée administrative de Mr S et nous sortons de la chambre. Dès ce moment-là je ressens un stress et un empressement de la part de l'infirmière, sûrement dus au fait qu'elle soit avec une IDE intérimaire qui ne connaît pas le fonctionnement ni l'organisation du service. Dans ce type d'unité, le respect des horaires et des habitudes des chirurgiens sont des critères importants dans une journée. Ce stress a pu être également majoré par ma présence, car n'ayant que très peu d'expérience du service, je ne pouvais prendre que peu d'initiative pour essayer de l'aider. Lorsque nous attaquons le tour du service du matin, l'infirmière reçoit un appel de la part du chirurgien lui disant qu'il y a un problème de ventilation au bloc numéro un et que de ce fait, le patient sera pris en début d'après-midi vers 13h30. Nous retournons dans la chambre du patient environ trente minutes plus tard, le Monsieur est seul dans sa chambre, il me paraît triste et renfermé sur lui-même de par sa posture, sa dame est partie et le voisin n'est toujours pas arrivé. L'infirmière effectue son entrée administrative et me demande de prendre les paramètres vitaux du patient à l'aide du moniteur multi-paramètres présent en chambre. Pendant ce temps, elle lui annonce que son opération est reportée vers 13h30 et qu'il devra refaire sa toilette préopératoire car il est à peu près 8h30.

A ce moment-là, le patient s'effondre en larmes et exprime son mécontentement en disant, je cite : *« j'ai été convoqué par la secrétaire à 7h15 pour être opéré vers 9h, elle m'a demandé d'être à jeun, de prendre ma douche à la bétadine avant de partir de chez moi et rien de tout ce qui m'a été annoncé est correct, car j'aurais pu boire ce matin au final et en plus je dois reprendre ma douche au vu de l'heure à laquelle je vais être opéré ! »*

L'infirmière lève les yeux au ciel et rétorque : *« vous savez, on fait comme on peut, vous n'êtes pas tout seul ici »*

Et il exprime également le manque de sa femme en disant : *« je comprends bien, en plus, le chirurgien m'avait dit que ma femme pouvait rester avec moi et qu'elle ne devait partir que la nuit. Vous savez, cela fait plus de quarante ans que nous sommes mariés et que, dans ce moment difficile, il m'est insupportable d'être sans elle. Je veux m'en aller et je verrais directement avec le chirurgien pour lui expliquer les raisons de mon départ ».*

L'infirmière essaye de le calmer en lui disant que son opération est importante et que s'il trouve le temps long, il peut regarder la télé. Mais il lui répond qu'il n'y a rien de plus important pour lui que d'être auprès de sa femme dans ces moments difficiles et qu'il n'en a strictement rien à faire de la télé. Il commence donc à se rhabiller. Sur ce, l'infirmière appelle le chirurgien pour lui expliquer la situation.

Le chirurgien décide de monter en chambre pour voir le patient, nous sortons afin de respecter leurs échanges. A la sortie de la chambre, le chirurgien demande à l'infirmière s'il y a des chambres individuelles disponibles. L'infirmière lui répond que oui, il demande alors que ce patient soit dirigé vers une chambre particulière, ce qui lui permettra d'avoir les visites de sa femme.

L'infirmière me précise ne pas avoir le temps de gérer la situation et me demande alors d'aller voir le patient, afin de lui expliquer qu'il va changer de chambre et qu'il peut dire à sa femme de revenir à ses côtés.

Suite à quoi je me rends dans sa chambre. En parlant avec le patient, il me confie qu'à aucun moment l'infirmière ne l'avait écouté et qu'elle n'avait jamais pris en compte ses demandes et que c'était grave de devoir en venir à faire monter le chirurgien pour trouver une solution. Cette situation m'a questionné, car je pense avoir compris ce que le patient a pu ressentir et j'ai eu l'impression que ce n'était pas le cas de l'infirmière. Cependant de par ma fonction d'étudiant et étant novice dans le service, je ne me suis pas permis d'intervenir ou de dire ce que je pensais à l'infirmière. Par la suite, la dame est revenue et ils ont pu attendre ensemble jusqu'à sa descente au bloc opératoire. Elle a même pu l'aider à faire sa préparation préopératoire.

Ensuite, je n'ai pas fini ma journée dans le même service, mais dès le lendemain j'ai pu savoir que l'opération s'était bien passée et que le patient avait pu rentrer à son domicile avec des soins infirmiers.

2.2 Questionnements

Cette situation, qui concerne l'accueil d'un patient et de son accompagnante en vue d'une chirurgie, m'amène à me questionner autour de différentes notions.

Je me suis interrogé sur ce qui a pu mener l'infirmière à paraître aussi peu à l'écoute en ne mesurant pas l'état de détresse de ce patient. Nous pouvons supposer que le patient ressent de la tristesse due au départ de sa femme et il peut même avoir peur ou être angoissé en vue de son opération. On sait qu'être à l'écoute, prendre le temps, repérer et essayer de satisfaire les requêtes des patients fait diminuer leur taux de stress et peut faciliter l'adhésion aux soins afin qu'ils se déroulent dans de bonnes conditions.

Je me suis également questionné sur la posture de l'étudiant. Dans cette situation, je n'ai pas su où me placer. En effet, je ne me sentais pas en mesure d'intervenir pour exposer mon point de vue à l'infirmière. Avant d'intégrer l'Institut de Formation en Soins Infirmier (IFSI) j'étais AS durant neuf années, je sais donc pertinemment que dans ce rôle en tant que collègue, je me serais permis d'intervenir pour essayer de trouver une solution afin de satisfaire les demandes du patient ou du moins lui porter une oreille attentive. Je me demande si les étudiants ont réellement la place pour s'affirmer et donner leur avis lors d'une prise en soins qui leur semble perfectible ? Est-ce qu'un étudiant qui se serait interposé aurait par la suite eu des conséquences sur ses notations ou ses validations d'acquis ? Tant de questions qui se posent sur ce positionnement étudiant qui est dur à gérer d'autant plus lorsque nous avons déjà été soignant.

Je me suis également interrogé sur l'impact du pouvoir du soignant dans la relation soignant-soigné que l'on sait inévitablement asymétrique. Nous pouvons penser que cette asymétrie vient du fait que le patient a besoin de soins, besoin d'une aide à laquelle les connaissances et le savoir-faire du soignant peuvent répondre. Donc le patient a en quelque sorte besoin du soignant pour espérer pouvoir aller mieux. Je suppose qu'au vu de cette asymétrie, le patient peut se trouver en position de vulnérabilité envers le soignant qui, lui, aurait donc une forme de pouvoir qui peut potentiellement se transformer en domination. Je présume qu'en avoir conscience peut éviter certaines dérives et qu'au contraire, un soignant qui n'a pas conscience de cette asymétrie pourrait peut-être faire preuve d'abus de pouvoir. Ici nous pouvons supposer que le patient est en position de vulnérabilité, car il a besoin de l'infirmière, de ses soins et de ses savoirs, pour pouvoir accéder à son opération et espérer la guérison. Dans cette situation, l'IDE demande à

la femme de MR S de partir en sachant que celui-ci est seul dans sa chambre, même si c'est une chambre double. Elle sait aussi que le patient désire que sa femme reste, et toutefois elle exige qu'elle parte du service sans chercher de solution, ce que l'on pourrait apparenter à une forme d'exécution de son pouvoir de soignante envers le patient qui serait en quelque sorte obligé d'accepter. Cependant, au cours de notre unité d'enseignement de soins relationnels nous avons pu aborder une certaine « vulnérabilité du soignant ». Cette vulnérabilité viendrait en partie de l'exposition des soignants aux souffrances des patients. La reconnaissance de cette vulnérabilité par les soignants pourrait réduire l'asymétrie de cette relation et mener à une relation plus égalitaire. Nous pouvons supposer que dans ce moment-là, l'infirmière n'a pas eu notion de sa vulnérabilité, et a potentiellement agi en toute puissance envers le patient.

Cette situation m'a également questionné sur la place des émotions dans le soin, notamment du côté patient où l'on peut penser que, dans ce cas, les émotions ont pris le dessus sur la raison. Le monsieur était en effet prêt à annuler une opération pourtant vitale pour lui. Nous savons que les émotions surviennent de façon incontrôlable et involontaire, nous ne pouvons donc pas les supprimer. Mais en tant que soignant peut-on essayer de les comprendre et ainsi tenter de les contrôler ?

Dans cette situation, nous pouvons supposer que l'IDE en poste ce jour n'a sûrement pas perçu les émotions que pouvait ressentir son patient. Pourquoi ai-je pu ressentir la tristesse de ce monsieur et peut être pas l'infirmière à ce moment-là ? ou alors est-ce que les émotions du patient l'ont renvoyée à quelque chose de difficilement supportable pour elle ?

Cela peut nous laisser supposer que les émotions sont transférables et peuvent ainsi ramener certains soignants à leur propre vécu. Nous pouvons prendre pour exemple les personnels soignants exerçant en gériatrie qui sont souvent confrontés à la mort des patients. Leurs émotions peuvent ainsi les renvoyer à leur propre mort, et provoquer ainsi de la peur, de la colère ou même des angoisses, ce qui est associé à la notion de contre transfert qui fait référence aux réactions émotionnelles du soignant envers le patient. En effet dans la population, la plupart des gens pensent que les soignants n'ont pas d'émotions et ont une carapace. Et pourtant, les émotions sont une partie intégrante des métiers du soin. Certes, nous ne pouvons pas les contrôler mais les contenir ou les dissimuler reste encore possible. Avoir conscience de nos émotions peut nous aider à pratiquer l'intelligence émotionnelle, qui consiste en la capacité à percevoir, comprendre, diriger et exprimer nos propres émotions, ainsi qu'à identifier et réussir

à interpréter les émotions des autres. Cette compétence paraît importante dans la relation soignant-soigné, car elle nous permet d'adapter notre communication en fonction des besoins du patient, et de repérer des situations de détresse que le patient ne voudrait pas forcément exprimer verbalement, mais que nous pourrions percevoir au travers de ses émotions. Cette intelligence permet également une prise en soins adaptée à chaque patient et de façon holistique, par la compréhension des besoins de celui-ci à travers la perception de ses émotions.

Je me suis également demandé quelle était la place du « *cure* » et du « *care* ». Ces deux concepts sont décrits par Winnicott : le « *care* » étant une prise en soins holistique, en prenant en compte le patient, son ressenti, ses besoins et ses demandes. Winnicott voit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social. Le « *cure* » quant à lui est défini comme le fait de soigner un organe malade, sans prendre en compte l'environnement, en quelque sorte considérer le patient comme une machine que l'on doit réparer. A partir de ces définitions, nous pouvons voir dans la situation la place du « *cure* » où il faut opérer le colon de Mr. S mais sans prendre en compte qui il est, ses demandes voire même ses angoisses. La pratique du « *care* » dans cette situation, aurait pu être le fait de prendre le temps de dialoguer avec Mr. S avant qu'il décide de partir. Cette pratique aurait peut-être évité le fait de devoir faire monter le chirurgien afin qu'il trouve un compromis pour une prise en soins dans de bonnes conditions. Est-ce que les soignants ont tendance à ne pratiquer que du « *cure* » lorsqu'ils sont en sous-effectif ? Car nous pouvons supposer qu'une prise en soins holistique peut prendre un peu plus de temps. Ou alors on peut se demander si la pratique du « *cure* » n'est pas une sorte de mécanisme de défense de la part des soignants ayant pour conséquence de ne pas s'investir totalement dans la relation de soins avec le patient ?

Je m'interroge également sur ce qui a pu mener l'IDE à tenir ses propos « *vous savez on fait comme on peut, vous n'êtes pas tout seul ici* ». Alors que lors de notre enseignement à l'IFSI, on nous apprend à prendre le patient en soins de façon globale, et à pratiquer des soins personnalisés et adaptés à chaque patient.

Je me questionne aussi sur l'adaptabilité dans les soins de la part des soignants qui sont souvent guidés par des protocoles. Je me suis demandé si ceux-ci ne les contraignaient pas dans leur prise de décision et dans leurs soins qui devraient être adaptés à chaque patient. Dans cette situation, nous pouvons constater que l'IDE a connaissance du protocole du service qui est ; d'autoriser les visites en chambre individuelle mais pas en chambre double. De ce fait elle

applique cette consigne alors que le patient est seul dans la chambre double. Je me demande donc où est la liberté des soignants au milieu de ces règles qui ne sont pas toujours adaptées à la situation qu'ils vivent ? Est-il possible de déroger à la règle de non-visite en chambre double tant que le patient voisin n'est pas arrivé ? Les protocoles doivent-ils être scrupuleusement appliqués s'ils défient la logique dans certaines situations ?

Cette situation m'a également fait penser à l'impact de l'organisation dans la prise en soin des patients, car l'IDE était accompagnée d'une autre IDE intérimaire qui ne connaissait pas le service. Ce qui a donc pu rajouter de la pression sur l'infirmière en poste. Cette situation soulève également un potentiel manque de relation interprofessionnelle entre les différents corps de métier et ici entre l'IDE et le chirurgien. Car l'IDE n'était pas au courant que le chirurgien avait donné son accord pour que la dame reste aux côtés du patient.

Je m'interroge également sur l'importance et la place de la famille ou de l'accompagnant dans la prise en soins. J'ai pu constater dans les différents terrains de stages que lors de certains soins, les accompagnants étaient mis de côté, mais ceux-ci n'ont-ils pas un rôle important pour une prise en soins dans les meilleures conditions pour les patients ? Je me questionne sur l'importance de leur présence lors d'un soin tel que celui qu'allait avoir ce monsieur, qui au final était prêt à annuler une intervention vitale pour lui, en grande partie car sa femme ne pouvait pas être présente. Cependant je pense que dans certains cas, des accompagnants qui pourraient être angoissés, envahissants ou qui ne respecteraient pas les choix du patient pourraient être un frein à la prise en soins, ce qui m'amène à me demander si la prise en compte des accompagnants aurait des conséquences sur l'adhésion aux soins du patient, la confiance et l'alliance thérapeutique. De plus, est-ce que certains soins comme la prise des repas (pour les patients ne pouvant pas les prendre seul) ne pourraient pas être effectués par la famille si elle est volontaire ? Cela pourrait rendre le soin plus agréable et sûrement plus convivial pour le patient.

3 Question de départ

Au vu de tous ces questionnements, je souhaite orienter mon travail sur les émotions et la relation soignant-soigné, ce qui me pousse à poser la question de départ suivante :

« En quoi la prise en compte des émotions des soignés par les soignants favorise-t-elle la relation soignant-soigné ? »

4 Cadre de référence

Dans ce cadre de référence, je vais évoquer les deux thèmes principaux qu'aborde ma question de départ, à l'aide de références théoriques que j'ai pu trouver dans le centre de documentation de l'IFSI ainsi que sur différents moteurs de recherche en ligne. Je commencerai par évoquer les émotions avec notamment l'empathie et l'intelligence émotionnelle, je continuerai ce travail en parlant de la relation soignant-soigné, ainsi que les différentes relations que l'on peut retrouver dans les soins et je finirai en abordant la vulnérabilité.

4.1 Les émotions

4.1.1 Définitions

Le mot émotion tire son étymologie du latin *ex* « hors de » et *moveo* « déplacer » (Pougnnet, 2023) ce qui souligne l'impulsion générée par les émotions. Elles nous mettent en mouvement, elles créent des réactions corporelles avec par exemple le sourire que nous procure la joie.

Le dictionnaire Larousse définit le terme émotion comme étant une « *Réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement* ». (Larousse.fr, 2024) Cette définition nous permet de nous éclairer un petit peu plus avec notamment la notion « *d'assez grande intensité* » qui reflète l'impact que les émotions peuvent provoquer. Cette définition stipule également que les émotions seraient « *habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement* » donc extérieure au sujet, ce qui peut laisser penser que les émotions sont difficilement contrôlables au vu de leur survenue liée à une cause extérieure.

Paul Ekman, psychologue américain, a identifié six émotions primaires qui sont : le dégoût, la joie, la colère, la peur, la tristesse et la surprise. J'ai pu trouver les définitions de chacune d'elles dans l'ouvrage « Les pouvoirs de l'intelligence émotionnelle » :

- Le dégoût : « *est un signal fort de refus ou de rejet de ce qui semble toxique. Il permet de nous protéger des empoisonnements et des maladies. Il peut également s'appliquer aux situations sociales* » (Rossi, Lauzol, & Noyé, 2020, p. 24).

- La joie : *« est un signal de motivation, de contentement, d'encouragement. Elle favorise l'action, la coopération, la créativité ; elle induit un état d'esprit positif, constructif, et favorise les relations avec autrui. La joie alimente l'envie de vivre ; c'est aussi un facteur de bonne santé »* (Rossi, Lauzol, & Noyé, 2020, p. 24).
- La colère : *« Exprime des limites, est une réaction de protection face à une situation vécue comme un obstacle ou une injustice. La colère montre la capacité à se battre pour quelque chose. Elle permet de préserver son intégrité physique et psychique ».* (Rossi, Lauzol, & Noyé, 2020, p. 24)
- La peur : *« montre la perception d'un danger pour notre vie ou notre bien-être (réel ou imaginaire). Elle assure une fonction anticipatrice en augmentant notre niveau d'alerte et de vigilance pour se préparer à l'action. Elle invite à la prudence. Cependant, elle peut aussi être paralysante. ».* (Rossi, Lauzol, & Noyé, 2020, p. 24).
- La tristesse : *« montre que l'individu est touché, blessé par une perte, un manque, une déception. Elle peut s'accompagner de larmes et d'un repli sur soi. »* (Rossi, Lauzol, & Noyé, 2020, p. 24)
- La surprise : *« signale une attention maximale portée à un nouvel événement, objet ou personne ; elle invite à réagir. La surprise peut être désagréable, neutre ou agréable. »* (Rossi, Lauzol, & Noyé, 2020, p. 24)

Sabrina Ebbersmeyer, philosophe allemande, a mené des réflexions sur les potentiels effets des émotions. Celles-ci influeraient sur nos agissements et pourraient nous pousser parfois à avoir des comportements que l'on n'aurait pas en temps normal, ce qu'elle relève en disant : *« étant dans un état d'agitation émotionnelle, se laisser aller à un jugement ou une action que l'on n'aurait pas acceptés en y réfléchissant »* (Ebbersmeyer, 2010, p. 234). Elle déclare également que *« nos actions et nos convictions sont largement déterminées par des émotions »* (Ebbersmeyer, 2010, p. 235). Cette vision peut nous éclairer sur la potentielle émotion qu'a pu ressentir Mr S, le poussant à vouloir partir et ainsi annuler son opération qui paraissait pourtant vitale pour lui.

Suite à ces affirmations nous pouvons supposer que son agissement était dirigé par ses émotions, et qu'en temps normal sans toutes ces contrariétés, l'envie d'annuler l'opération ne se serait pas présentée. Nous pouvons également penser que les émotions sont une sorte

d'énergie, qui favorisent l'action et le changement. Par exemple, la tristesse peut encourager la mise en place de stratégies pour aboutir à une situation plus agréable.

Le fait que les émotions procurent un effet sur nos agissements a également été démontré par Antonio Damasio, professeur de neurologie et chercheur en neuro sciences. Il a mené des recherches sur des individus atteints d'affections cérébrales les empêchant de ressentir des émotions. Ses recherches lui ont permis d'observer que ces personnes rencontraient des difficultés à mener leur vie de façon autonome et à prendre des décisions malgré le fait que leurs capacités de raisonnement ne soient pas altérées. Dans un article de Delphine Van Hoorebeke intitulé « *l'émotion et la prise de décision* » j'ai pu découvrir plusieurs de ses études, notamment la première datant de 1994 nommée « le cas *Phineas Gage* ». Mr Gage, suite à un accident cérébral avait conservé toutes ses facultés à raisonner mais il ne ressentait plus aucune émotion. Cependant ce Monsieur était incapable de prendre des décisions, malgré le fait de la conservation de ses capacités de raisonnement. Suite à cette constatation, Damasio a mené une nouvelle recherche sur un patient nommé « *Eliot* » qui a eu une opération au niveau du cerveau ayant pour but l'ablation d'une tumeur dans les méninges. Suite à quoi, il a pu conserver sa mémoire, la parole, la réflexion, la mobilité mais il était incapable de faire des choix de manière appropriée. Damasio a donc décidé de lui exposer des images choquantes et aucune émotion ne s'est faite ressentir. (Van Hoorebeke, 2008, p. 37). Damasio a donc démontré qu'il existe un lien entre émotion et capacité à raisonner et à prendre des décisions. Nous pouvons donc dire que les émotions sont nécessaires à la prise de décision, et ont donc un impact sur notre comportement.

Paul Ekman a mené de nombreuses recherches qui ont principalement porté sur la manière dont les humains expriment leurs émotions. Il a mené ses recherches dans différentes civilisations, ce qui lui a permis de constater une certaine universalité dans le langage facial de nos émotions. Il affirme également que les émotions sont pratiquement impossibles à dissimuler « *Toute émotion tend à se faire connaître, que ce soit sur le visage, par les gestes, la voix ou la posture* » (Ekman & Journet, 2002, p. 33). Ce qui signifie que nous pouvons repérer les émotions d'autrui et ainsi potentiellement les prendre en considération, pour adapter nos agissements. Nous pouvons donc présumer que l'infirmière aurait pu repérer les émotions de Mr S.

Au vu des définitions des différentes émotions que nous avons vues précédemment, nous pouvons supposer que Mr S a pu ressentir de la peur en rapport avec son passage au bloc

opératoire, de la tristesse liée au manque généré par le départ de sa femme et éventuellement de la colère suite aux nombreux changements imprévus dans sa prise en soin. Le fait de les repérer à ce moment-là aurait permis de mieux comprendre le patient et d'adapter la prise en soins et la relation de soin ou de simplement lui apporter une oreille attentive.

Le soignant peut donc être amené à percevoir les émotions de son patient, d'autant plus que la période de soin offre un cadre favorable à l'expression des émotions du patient, pouvant donner lieu à l'empathie que je vais décrire ci-dessous.

4.1.2 L'empathie

D'après le dictionnaire pratique du travail social, le mot empathie tire son étymologie du grec « *in* », qui signifie « *dans* » et de « *pathie* » apparenté à « *pathos* », qui signifie « *ce qu'on éprouve* ». (Rullac, 2015, p. 144)

Elisabeth Pacherie, philosophe française, décrit l'empathie comme étant « *la capacité à se mettre à la place d'autrui afin de comprendre ce qu'il éprouve* » (Pacherie, 2004, p. 149). Ainsi, l'empathie est la capacité de percevoir et de comprendre les émotions d'une autre personne.

Carl Rogers, psychologue Américain a défini l'empathie comme étant le fait « *de percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si »* » (Maeker & Maeker-Poquet, 2020, p. 31) ce que j'ai pu trouver dans l'article « *l'empathie peut-elle être enseignée aux soignants* » d'Éric Maeker, médecin gériatre. Avec le « *comme si* » Carl Rogers insiste sur le fait d'être capable de garder à l'esprit que nous sommes des individus distincts et donc ne pas souffrir avec autrui.

Dans un article de la revue « *Soins* », Catherine Vernay, psychologue clinicienne, a distingué deux types d'empathie :

- Une première qui serait innée appelée « *empathie émotionnelle* » qu'elle décrit comme « *l'aptitude à ressentir les états affectifs d'autrui (bases neurophysiologiques communes à l'espèce)* » (Vernay, 2018, p. 47)

- Et la seconde appelée « *empathie cognitive* » qui est « *la capacité à comprendre les états mentaux d'autrui par un effort de volonté, en faisant preuve de flexibilité mentale pour se prémunir de la confusion entre soi et l'autre* » (Vernay, 2018, p. 47)

Il y aurait donc une empathie naturelle et une autre que l'on pourrait potentiellement développer ou renforcer au travers de certaines formations. C'est ce qu'a pu souligner Éric Maeker dans l'article « *l'empathie peut-elle être enseignée aux soignants* » de la revue « *soins gériatrie* » où il aborde également la place de l'intelligence artificielle empathique (IAE). Il affirme que celle-ci a déjà connu un fort développement et estime qu'elle jouera un rôle crucial dans la formation à l'empathie dans les années à venir. Il souligne que cette technologie offre la possibilité d'avoir des robots conversationnels, des psychologues virtuels et des patients simulés. De plus il affirme que « *l'IAE reconnaît les émotions de ses interlocuteurs et y réagit en temps réel* ». (Maeker & Maeker-Poquet, 2020, p. 33). Je pense qu'au même titre que nos simulations actuelles sur des mannequins pour la réalisation de soins techniques, il sera probablement possible dans les années à venir, de simuler des situations de soins en tenant compte des émotions, afin de stimuler l'empathie et l'intelligence émotionnelle des futurs soignants.

Catherine Vernay affirme qu'il y aurait deux facettes importantes de l'empathie qui sont « *ressentir et penser* » (Vernay, 2018, p. 47). Ce qui nous permet d'affirmer que l'empathie exige un certain niveau d'implication de la part du soignant, une volonté de comprendre les besoins de son patient, avec un certain souci de son bien-être. Ce qui a été appuyé par Mme Pacherie en disant que l'empathie nécessite « *la mise en œuvre de nos propres ressources cognitives à des fins de compréhension d'autrui* ». (Pacherie, 2004, p. 150). Ce qui peut nous laisser entendre qu'il faut être disposé à pouvoir être empathique envers les patients. Par exemple dans notre situation, nous pouvons supposer que l'infirmière était stressée ou préoccupée par le fait d'être la seule IDE à connaître le service et son organisation, qu'elle voyait le temps défiler et que l'heure des visites des chirurgiens allait arriver. Ceci peut expliquer qu'elle n'était pas disposée à percevoir les émotions de Mr S. Il est facilement imaginable que la même infirmière, sans les contraintes de ce jour-là, eut réagi de façon différente.

Nous pouvons présumer que l'infirmière, dans cette situation, n'a pas fait preuve d'empathie envers Mr S, ne percevant pas ses émotions et ce qu'il pouvait ressentir à ce moment-là, ce qui

l'a pousser à vouloir annuler son opération. Dans cette situation, j'ai pu ressentir la détresse de Mr S qui était vraiment contrarié par tous les changements qui se présentaient dans sa prise en charge. J'ai même ressenti sa tristesse lorsque l'infirmière a annoncé que sa femme devait partir. Cependant je n'étais pas triste, j'ai gardé à l'esprit que j'étais une personne à part. Je pense donc avoir eu de l'empathie envers Mr S, mais mon regret est de ne pas être intervenu auprès de l'infirmière. J'aurais peut-être dû discuter avec elle de ce que j'avais pu ressentir, et des potentielles solutions que l'on aurait pu trouver pour satisfaire au mieux le patient et ainsi diminuer ses peurs et ses craintes. Ce qui aurait conduit à une prise en soin adaptée pour Mr S et ainsi favoriser son adhésion au soin.

Je pense qu'il est donc important d'aborder les effets de l'empathie dans les soins aussi bien leurs bénéfiques que leurs risques. Comme détaillé dans un article de la revue « *Soins Gériatrie* », il y aurait de nombreux effets bénéfiques notamment « *l'amélioration de la satisfaction des usagers, leur adhésion au traitement, l'acceptation des soins, le renforcement des résultats positifs des médications entreprises et favorise l'adhésion aux programmes d'éducation thérapeutique* ». (Maeker & Maeker-Poquet, 2020, p. 32). L'empathie aurait également un effet sur la diminution de la perception de la douleur, une réduction de l'anxiété que l'on peut retrouver dans les soins et aussi elle limiterait le nombre de dépression aussi bien du soignant que du soigné. Elle favoriserait également la communication, la relation et la coopération entre les protagonistes du soin. Effectivement selon Jean Decety, professeur de psychologie et de psychiatrie, « *L'empathie est un puissant moyen de communication interindividuelle et également l'un des éléments clés dans la relation thérapeutique* » (Vernay, 2018, p. 47). Ce que j'ai pu retrouver dans l'article de Catherine Vernay « *l'empathie un élément clé de la relation de soin* ». Ce qui nous permet de relever que l'empathie, favoriserait la relation de soin. En effet, en percevant et comprenant les émotions d'autrui, nous pouvons adapter notre comportement et notre communication à ses besoins. De plus l'utilisation de l'empathie par les soignants serait également un élément protecteur contre l'épuisement professionnel. En effet l'empathie amènerait une connexion émotionnelle avec le patient donnant ainsi un sens plus profond à la satisfaction professionnelle. Le travail est vu de façon plus gratifiante par le soignant.

Au vu de ces caractéristiques, nous pouvons en déduire que l'empathie a un impact positif sur la qualité des soins, sur les résultats des prises en soins, mais aussi sur les relations, en permettant la mise en place de relations bienveillantes, créant ainsi des liens plus profonds entre

le soignant et le soigné. Ce constat nous permet d'énoncer qu'elle est une des capacités majeures des soignants.

Cependant celle-ci peut présenter des risques pour les soignants, ce que j'ai pu trouver dans l'article « *l'empathie peut-elle être enseignée aux soignants* » où les auteurs révèlent que « *L'excès d'empathie peut aussi être couteux pour les soignants, exposés à de vives émotions négatives au sein d'environnements stressants. Les soignants peuvent développer une fatigue de compassion et un épuisement psychoaffectif grave qui risquent d'entraver la prestation de soins médicaux de qualité et de majorer les risques d'erreurs* » (Maeker & Maeker-Poquet, 2020, p. 32).

Ils en concluent qu'une notion d'équilibre est importante entre attitude empathique et désintérêt, mais que cet état est relativement dur à trouver et que pour y parvenir cela nécessiterait une bonne capacité de gestion émotionnelle.

Le degré d'empathie du soignant a également été souligné par Elisabeth Pacherie qui en définit trois différents. Le premier correspondrait à la simple compréhension du type d'émotion que peut ressentir autrui. le second, à sa compréhension et à la détection de l'objet déclencheur et le troisième à la compréhension des émotions, la détection de l'objet et à la compréhension du lien entre eux. (Pacherie, 2004, p. 160).

L'empathie que nous venons d'aborder, fait partie des cinq composantes de l'intelligence émotionnelle que je vais vous détailler ci-dessous.

4.1.3 L'intelligence émotionnelle

Une adaptation des soins en fonction des besoins et des émotions du patient est possible grâce à la pratique de l'intelligence émotionnelle, qui se définit comme la capacité à ressentir, décoder, gérer et exprimer ses propres émotions, ainsi qu'à distinguer et interpréter les émotions des autres. Cette pratique permet d'avoir une relation et des soins adaptés à chaque patient. Le soigné n'est pas considéré uniquement comme un sujet nécessitant des soins techniques, mais comme une personne à part entière.

En 1990, Peter Salovey et John Mayer, tous deux psychologues américains ont été les premiers à définir l'intelligence émotionnelle comme étant « *une forme d'intelligence qui suppose la capacité à gérer ses sentiments et émotions, et ceux des autres, à faire la distinction entre eux et à utiliser cette information pour orienter ses pensées et des actions* ». (Rossi, Lauzol, & Noyé, 2020, p. 50). Ce concept est ensuite devenu célèbre grâce à un ouvrage appelé « *l'intelligence émotionnelle* » réalisé en 1995 par Daniel Goleman, psychologue américain, dans lequel il décrit notamment les cinq composantes de l'intelligence émotionnelle qui sont selon lui « *la conscience de soi, la maîtrise de soi, la motivation, l'empathie et les aptitudes humaines* » (Goleman, 2014, p. 125).

Je vais décrire ces cinq composantes pour en faciliter leur compréhension :

- Tout d'abord « *la conscience de soi* » : Il s'agit de notre aptitude à identifier et à comprendre nos propres émotions, ainsi que leurs impacts sur nos actions, ce qui permet une meilleure connaissance de nous-même. Margot Phaneuf a également exprimé son point de vue à ce sujet en disant « *le fait de porter attention à nos propres émotions nous prédispose à saisir et à comprendre celles des autres* » (Phaneuf M. , 2013, p. 9)
- Ensuite « *la maîtrise de soi* » : Cette composante constitue la capacité à réguler nos propres émotions, ce qui est essentiel dans les soins. Cela peut être par exemple la gestion de la tristesse face au décès d'un patient. La maîtrise de soi permet également de maintenir une attitude professionnelle.
- « *La motivation* » : Cette composante fut un peu plus compliquée à comprendre et à résumer pour ma part mais à mon avis elle s'assimile au fait de ne pas baisser les bras, notamment face à certaines épreuves et à persévérer pour essayer d'apporter des soins de qualité et adaptés à chaque patient.
- « *L'empathie* » que nous avons évoquée précédemment, s'apparente à la capacité à repérer et à comprendre les émotions des autres, nous permettant de mieux comprendre les besoins et les attentes de nos patients.
- Et pour terminer cette description « *les compétences sociales* » : Cette dernière composante évoque nos aptitudes relationnelles. Dans le contexte de l'intelligence émotionnelle, celle-ci correspond à notre capacité à interagir et communiquer de manière efficace avec les patients, permettant la mise en place et l'entretien de relations positives.

De plus, ces compétences sociales peuvent favoriser l'adhésion aux soins, par des explications claires et adaptées aux patients. Margot Phaneuf souligne également l'importance de ces compétences sociales en disant « *elles nous aident entre autre, à nous adapter à des personnes différentes de nous par le caractère, les valeurs, le goût, la culture et les habitudes, à travailler en accord avec elles et à obtenir leur collaboration* » (Phaneuf M. , 2010, p. 13)

Suite à ces descriptions, nous pouvons en déduire que l'intelligence émotionnelle influence nos soins et nos relations avec les patients. Margot Phaneuf soulève également l'impact de cette intelligence sur la relation dans les soins en disant : « *c'est l'intelligence émotionnelle qui permet d'humaniser les soins* » (Phaneuf M. , 2010, p. 4).

Nous pouvons prendre en exemple, notre capacité à reconnaître et à réguler nos émotions, permet d'adopter une attitude professionnelle appropriée à la relation de soin, favorisant le développement de nos aptitudes relationnelles, nous rendant plus authentiques et les relations avec les patients seront plus sincères. Ce qui nous amènera à une meilleure compréhension de leurs émotions, nous permettant ainsi de mieux repérer leurs besoins et leurs souhaits. En conséquence, cela donne lieu à l'adaptation de nos soins, de nos relations et de nos prises en charge.

Je pense donc que l'intelligence émotionnelle peut être considérée comme un outil contribuant à l'amélioration de la qualité de nos soins. « *L'intelligence émotionnelle tient une place importante dans nos comportements face à nous-même et face aux autres : c'est celle qui nous permet de reconnaître nos propres émotions, de les comprendre et de les accepter. Elle nous aide à les utiliser de manière pertinente en fonction des situations et à nous y adapter. Elle nous permet aussi de reconnaître les émotions et les souffrances des autres, capacité particulièrement importante en soins infirmiers* » (Phaneuf M. , 2010, p. 6).

La vision de Margot Phaneuf place l'intelligence émotionnelle comme élément primordial dans les soins. Elle relève dans le même ouvrage que de tenir compte de nos émotions est fondamental dans la communication et les relations avec nos patients car cela permet d'« *harmoniser la tête et le cœur* » (Phaneuf M. , 2010, p. 4). Grâce à l'intelligence émotionnelle, nous pouvons reconnaître nos émotions, leurs signes précurseurs, et les situations associées nous permettant de pouvoir les gérer de la meilleure des façons. Comme nous l'avons dit plus haut, la connaissance de soi et de nos émotions nous prédisposent à mieux comprendre

celle des autres, qui s'expriment le plus généralement via la communication non verbale. Cette dernière est en effet considérée comme la principale voie d'expression des émotions, car elle est souvent inconsciente et difficilement contrôlable. La communication verbale, quant à elle, est perçue comme la voix de la pensée rationnelle, car nous choisissons les mots que nous souhaitons utiliser et les adaptons à la personne.

Nous pouvons prendre en exemple la réalisation d'un soin douloureux : certains patients, par délicatesse, peuvent nous dire qu'ils n'ont pas mal. Cependant, nous pouvons constater que leur visage se crispe ou que des larmes inondent leurs yeux, signifiant ainsi leur douleur. Cela démontre que la communication verbale nous donne la possibilité de contrôler ce que l'interlocuteur entend, tandis que la communication non verbale elle, est plus fiable sur ce que ressentent nos patients.

4.2 La relation soignant-soigné

4.2.1 Définitions

Je vais commencer par définir les différents termes employés.

En premier lieu, la relation Alexandre Manoukian psychologue clinicien la définit comme : *« une relation, c'est une rencontre entre deux personnes, au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires »*. (Manoukian, 2014, p. 5). D'après cette définition, nous comprenons qu'une relation se crée entre deux personnes au minimum et qu'elle varie selon différents facteurs. Nous pouvons donc penser que chaque relation est unique au vu des différentes caractéristiques personnelles en jeu dans celle-ci. Manoukian rajoute : *« au-delà de la relation entre deux personnes, c'est son contexte qui permet à chacun de déduire un sens »* (Manoukian, 2014, p. 5). Donc le contexte dans lequel se déroule la relation rend celle-ci d'autant plus unique car elle impacte cette même relation.

Ensuite, je vais apporter une définition du mot « soignant ». Walter Hesbeen, infirmier et docteur en santé publique le définit comme *« l'ensemble des intervenants de l'équipe pluridisciplinaire, qui ont tous pour mission fondamentale de prendre soins des personnes, et ce quelle que soit la spécificité de leur métier »*. (Hesbeen, 1999, p. 8). Il rajoute également que *« pour être soignant ; encore faut-il que l'action quotidienne soit marquée par l'intention de*

prendre soins des personnes et pas seulement de leurs faire des soins ». (Hesbeen, 1999, p. 8). D'après cette définition, nous pouvons en déduire que, pour être soignant, il ne faut pas seulement prodiguer des soins, mais il faut également avoir l'intention de prendre soin des patients. Cette intention peut se traduire par une prise en soin de façon holistique, c'est-à-dire en prenant les patients dans leur globalité en prenant en compte leur bien-être physique, mental et émotionnel.

Le troisième terme que je vais définir est « *le soigné* » qui d'après le dictionnaire humaniste infirmier est « *une personne en situation de besoin d'aide pour une durée plus ou moins déterminée. Elle ne parvient plus à exercer momentanément son autonomie, mentale ou physique, et peut ne plus être en mesure de décider pour elle-même. Envahie d'émotions, de facteurs stressants, la personne soignée perçoit des difficultés plus ou moins surmontables* ». (Paillard & Pierre Poulet, 2013, p. 200). Dans cette définition, il est révélé que le soigné est une personne qui a besoin d'aide, mais qui est également envahie d'émotions et de facteurs stressants. Ceci nous permet d'appuyer le fait que les situations de soins peuvent être un cadre favorable à l'expression des émotions des patients, que le soignant pourra par la suite prendre en compte pour instaurer une relation soignant-soigné adaptée. Cette relation est définie par le dictionnaire humaniste infirmier comme une « *Activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale, non verbale. Le soignant intervient en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens, dans le but de favoriser un soin, un dialogue mature, une prise de conscience* » (Paillard & Pierre Poulet, 2013, p. 228). D'après cette définition, nous pouvons relever l'importance de la relation soignant-soigné dans les soins. En effet, à travers cette relation, le soignant peut apporter des informations essentielles et adaptées au patient, concernant sa maladie, les soins qu'il reçoit et les mesures de prévention à prendre pour éviter toute récurrence ou complications, favorisant ainsi l'adhésion aux soins. Selon Alexandre Manoukian, il arrive fréquemment que pour les patients, la maladie ne soit pas porteuse de sens et qu'elle soit simplement perçue comme une perturbation désagréable de leur vie antérieure. D'après lui, la relation soignant-soigné « *soutient les tentatives de construire un sens avec le patient et non uniquement d'en prendre soin ou de le guérir* ». (Manoukian, 2014, p. 50). Nous pouvons donc en déduire que la relation soignant-soigné permet de donner une dimension différente au soin, en permettant une prise de conscience du patient et en développant ses connaissances concernant son état de santé. L'importance de cette relation est soulignée également par

Monique Formarier, formatrice à l'Arsi (Association de Recherche en Soins Infirmiers) en disant « *Personne, aujourd'hui, ne peut plus contester l'importance de l'attitude relationnelle des soignants dans les activités de soins* » (Formarier, 2007, p. 33). Alexandre Manoukian, lui dit que certaines relations avec les patients « *redonnent au travail l'aspect humain que la technique et les procédures réglementaires ont parfois tendance à évacuer* » (Manoukian, 2014, p. 8). Nous pouvons donc en déduire que cette relation peut être bénéfique pour l'épanouissement professionnel des soignants, car elle favoriserait l'aspect humain qui est le cœur de notre métier. Il souligne également dans ce même ouvrage que nous entrons en relation par différents supports « *tels que les mots, les gestes, les mimiques, les positions du corps, les attitudes* » (Manoukian, 2014, p. 3). Ce qui nous laisse penser qu'il est important pour les soignants de savoir diriger leur communication verbale et non verbale, car elle pourrait transmettre des signaux que nous ne voulons pas forcément partager. Ce que nous pouvons transposer à la situation où l'infirmière lève les yeux au ciel et répond au patient « *vous savez on fait comme on peut vous n'êtes pas tout seul ici* ». Peut-être qu'à ce moment-là, le patient a pu percevoir un certain agacement de la part de l'infirmière, ce qui peut avoir un effet sur sa relation avec celle-ci et également sur les émotions que Mr S a pu ressentir à ce moment-là.

Cette relation serait omniprésente dans les soins « *tout acte, tout geste technique ou de confort se situe au sein d'une relation soignant-soigné* ». (Manoukian, 2014, p. 3). Ce qui signifie qu'il n'y a pas de temps spécifique pour entrer en relation avec les patients mais que tout soins, peut-en être une porte d'entrée. Dans ce livre, il est révélé également la place centrale de l'empathie dans cette relation qui permet une relation adaptée et une prise en compte des émotions du patient. « *Les sentiments et émotions ont une place prépondérante dans la relation de soins, les distinguer permet d'ajuster sa position vis-à-vis des patients* » (Manoukian, 2014, p. 51).

4.2.2 Les différentes relations soignant-soigné

En se basant sur des études effectuées à partir de situations concrètes, il a été démontré que les relations de soins peuvent prendre différentes formes en fonction des objectifs de l'interaction et des concepts sur lesquels elles reposent. J'ai pu trouver ces éléments dans l'article « *la relation de soin, concept et finalités* » de Monique Formarier.

La première relation que je vais présenter est « *la relation de civilité* » (Formarier, 2007, p. 36) : Cette relation se déroule généralement en dehors du contexte de soin. Cependant, dans le cas d'une relation de soin, elle nécessiterait la présentation du sujet et l'application de certaines règles pour le soignant comme la politesse et l'amabilité. C'est une relation commune à la plupart des rencontres.

Ensuite la « *relation de soins* » (Formarier, 2007, p. 37) : C'est une relation mise en place par les soignants la plupart du temps durant les soins prodigués aux patients. Elle est basée sur le présent, elle porte sur l'acte en cours et les prochaines étapes à venir, comme le soulagement de la douleur ou les prochains soins. Cette forme de relation vise principalement à fournir des informations utiles et pratiques relevées lors de conversations formelles ou informelles. Cependant ce qui importe le plus lors de cette rencontre est souvent le soin technique. En effet, le soignant reste axé sur l'activité en cours, et peut avoir du mal à être pleinement accessible et réceptif sur le plan psychologique et émotionnel. Ceci est souvent dû à sa charge de travail et à la concentration nécessaire pour les soins qu'il est en train de réaliser. Cette relation serait la plus utilisée par les soignants, par son côté utile et par le peu de temps qu'elle demande car elle se pratique durant les soins. Cependant le contexte émotionnel du patient n'est pas totalement pris en compte dans cette relation car, comme nous l'avons décrit auparavant, le soignant est en quelque sorte absorbé par son soin. Nous pouvons donc supposer que dans notre situation, l'infirmière a mis en place ce type de relation avec Mr S. En effet elle a effectuée l'entrée administrative tout en apportant et en relevant des informations pratiques sans avoir une prise en compte de manière globale de ce Monsieur ne lui permettant pas de percevoir son cadre émotionnel.

Pour continuer, la « *relation d'empathie* » (Formarier, 2007, p. 37):

L'empathie, que nous avons décrite précédemment, nous permet de dire que cette relation prend plus en compte les besoins et souhaits du patient, grâce à la compréhension de ses émotions. Dans la relation soignant-soigné, l'empathie permet de comprendre la situation du patient et ainsi de réagir de façon adéquate. Toutefois, il est important de souligner que pour la mise en place et le maintien de cette relation, une attention soutenue est nécessaire, car elle repose sur l'écoute et plus précisément une écoute active et compréhensive de la part du soignant. L'importance de cette écoute est soulignée par Monique Formarier : « *c'est dans les situations où les individus se sentent réellement écoutés qu'ils s'expriment le plus et le mieux, c'est-à-dire*

le plus authentiquement possible » (Formarier, 2007, p. 37). Ainsi, cette relation implique une démarche consciente et active de la part du professionnel de santé. L'empathie joue donc un rôle essentiel dans la relation soignant-soigné, en mettant l'accent sur la personnalisation des soins. Comme nous avons pu le décrire précédemment, l'empathie présente de nombreuses qualités dans les soins. D. Jorland, directeur de recherche au CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique) affirme que la relation empathique « *favorise le traitement thérapeutique, et la relation thérapeutique. En faisant l'effort de comprendre leurs patients, les infirmières se facilitent la tâche.* » (Formarier, 2007, p. 38)

Et pour finir, la relation d'aide. Elle a été définie par Carl Rogers comme « *une situation dans laquelle l'un des participants cherche à promouvoir, pour l'un ou pour l'autre, ou encore pour les deux, une plus grande appréciation, une plus grande expression et un usage plus fonctionnel des ressources latentes de l'individu.* » (Alves Tassinari, 2008, p. 230). Ce que j'ai pu découvrir dans l'article « *la dimension politique des relations d'aide : la contribution de Carl Rogers* » de Maria Alves Tassinari, professeure en psychologie. D'après cette définition, nous pouvons en déduire que cette relation vise à un développement chez le patient, lui permettant de promouvoir son autonomie. Alexandre Manoukian a également défini cette relation en la décrivant comme « *un moyen d'aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale et éventuellement professionnelle. Elle est fondée sur le développement d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné. Pour cela, elle respecte certaines règles comme la considération positive, l'authenticité, l'empathie, l'absence de jugement* » (Manoukian, 2014, p. 53). D'après cette définition, nous pouvons constater que pour la mise en place de cette relation auprès des patients, il y a certaines conditions à respecter que je vais tenter de développer ci-dessous.

La considération positive et l'absence de jugement correspondent au fait d'accepter le patient comme il est, sans jugement ni sur ses actes ni sur ses paroles, permettant ainsi la conservation d'une attitude bienveillante.

L'authenticité du soignant réside dans sa capacité à être sincère et honnête envers les patients. Elle s'assimile au fait d'être soi-même, ce qui nous permet d'agir et de s'exprimer selon nos valeurs, nos pensées, nos émotions. Le fait d'être authentique entraîne la création d'une relation franche et honnête avec le patient et ainsi l'établissement d'une relation de confiance. Celle-ci est primordiale pour la relation d'aide d'après Walter Hesbeen, qui définit la relation de

confiance comme « *la relation qui conduit une personne à accepter tacitement ce qu'énonce une autre personne comme étant à priori vrai, et toute proposition émanant d'elle comme bénéfique et proposée à priori dans l'intérêt de la personne* » (Hesbeen, 2023, p. 73). D'après cette définition, nous pouvons supposer que la mise en place de cette relation de confiance peut favoriser l'adhésion aux soins, et le bien-être des patients.

Concernant l'empathie, nous l'avons décrite précédemment et avons pu mesurer son importance pour entrer en relation et comprendre les besoins des patients.

Au vu de ces définitions, il est possible d'en déduire que la relation d'aide dans les soins est une méthode employée par les soignants, pour favoriser le bien-être et l'autonomie des patients avec bienveillance.

La relation d'aide repose sur les questionnements du patient. L'objectif du soignant n'est pas de donner des réponses, mais d'accompagner et de soutenir le patient dans sa réflexion afin qu'il puisse trouver lui-même les réponses à ses questions. Une relation d'aide efficace peut conduire à un changement de comportement chez le patient. Ce changement passe potentiellement par un soulagement émotionnel, puis par une meilleure connaissance de lui-même et de sa situation. Ce qu'on peut apparenter à une prise de conscience. Etant donné que cette relation a pour objectif le changement, elle peut donc être parfois difficile à comprendre et à mettre en œuvre par les patients. C'est l'une des principales caractéristiques faisant que toutes les relations entre soignants et patients ne sont pas des relations d'aide. Manoukian distingue également ces deux relations en disant « *Il ne faut pas confondre une bonne relation soignant-soigné et une relation d'aide qui, à certains moments, sera peut-être moins agréable. La relation d'aide vise un changement chez le patient. Changement dans l'accès à l'autonomie.* » (Manoukian, 2014, p. 53). La relation d'aide vise à faire du patient un participant actif de sa prise en soins, ainsi que de la gestion quotidienne de sa maladie, avec une prise en considération de ses capacités et en adaptant au mieux sa vie personnelle. En rendant le patient plus autonome et acteur de sa prise en soin, cette relation permet de diminuer l'asymétrie que nous pouvons retrouver dans la relation soignant-soigné et la potentielle vulnérabilité du patient, que je détaillerai un peu plus loin dans ce travail.

La pratique de cette relation se développe de plus en plus et elle est désormais intégrée à certains Diplômes Universitaires (DU), auxquels nous pouvons avoir accès suite à l'obtention de notre diplôme d'Etat d'infirmier, comme le DU douleur ou soins palliatifs. Cependant, selon

Manoukian, cette pratique fait face à plusieurs obstacles actuellement : *« d'une part la durée des hospitalisations s'est raccourcie sous l'effet des progrès techniques, ce qui rend les rencontres plus rares, d'autre part, la relative pénurie d'infirmières dans beaucoup de services pousse à l'exécution des tâches techniques avant tout et parfois au détriment des relations »* (Manoukian, 2014, p. 53). Ces obstacles pourraient expliquer la non pratique de la relation d'aide par certains soignants, ou du moins la difficulté à pouvoir l'exercer.

4.2.3 La vulnérabilité

Je vais commencer par définir ce terme d'origine latine, dont l'étymologie est tirée du nom commun « *vulnu* » qui signifie « *la blessure* » et « *vulnerabilis* » qui signifie « *qui peut être blessé* » (Liendle, 2012, p. 304). Marie Liendle, cadre de Santé au CHU de Reims la définit comme « *une situation de faiblesse à partir de laquelle l'intégrité d'un être est ou risque d'être affectée, diminuée, altérée* » (Liendle, 2012, p. 304). Elle détermine également la vulnérabilité dans le domaine des soins en disant « *la vulnérabilité correspond au risque de développer ou d'aggraver des incapacités, le risque étant lié à son âge, à son état physique ou mental. La notion de vulnérabilité rend compte d'un état instable qui risque de se dégrader, la dégradation elle-même dépendant de l'état de la personne et des facteurs de fragilité* » (Liendle, 2012, p. 304). Dans ce même ouvrage, elle relève également que la vulnérabilité peut être due à un changement de notre état de santé avec des possibles hospitalisations, ou lors d'annonce de diagnostic. Agatha Zielinski, docteur en philosophie, mentionne certaines disproportions dans la relation soignant-soigné qui peuvent expliquer l'asymétrie qui se trouve dans celle-ci. « *L'un est debout et l'autre assis ou couché. Celui qui est debout porte une blouse, instituant une forme d'autorité, tandis que l'autre est dénudé, ou dans un vêtement informe. Celui qui est debout, portant une blouse blanche, peut aussi être doté d'un instrument, à savoir un objet par lequel il peut agir sur le corps de l'autre (objet par conséquent potentiellement menaçant) ; l'autre, lui, se présente les mains nues.* » (Zielinski, 2019, p. 251) Elle aborde d'autres disproportions notamment sur le plan du savoir : le soignant, possède des connaissances scientifiques et connaît la situation du patient, notamment son diagnostic, son devenir. Le soigné, lui, est en demande. Ces différentes disproportions mettent en avant une certaine vulnérabilité des patients. Mme Liendle souligne que dans les soins « *la vulnérabilité est d'autant plus forte que*

l'individu ne parvient pas à identifier ses besoins propres » (Liendle, 2012, p. 304). Ceci pourrait être dû à un manque de connaissance de la pathologie et de repère au moment présent, ce qui entraînerait un sentiment de ne plus pouvoir faire face et ainsi entraîner la survenue d'émotions chez les patients. L'autonomie aurait également un impact sur la vulnérabilité, ce que souligne Cindye Sautereau, docteur en philosophie en disant que la vulnérabilité serait en quelque sorte le versant négatif de l'agir humain, et que le but à atteindre pour réduire cette vulnérabilité serait l'autonomie. « *L'autonomie, comme point d'orgue de l'agir, demeure la visée à atteindre* » (Sautereau, 2013, p. 8). Nous pouvons en déduire qu'au plus nous favorisons l'autonomie de nos patients, au plus nous réduisons l'asymétrie de la relation. Cette autonomie peut être physique, en laissant les patients accomplir ce dont ils sont capables, notamment en ce qui concerne certains soins d'hygiène par exemple. En outre, cette autonomie peut être plus intellectuelle : l'information libre et éclairée du patient réduit également l'asymétrie de la relation. Le patient acquiert alors davantage de connaissances, réduisant ainsi l'écart des savoirs, ce qui lui permet de s'impliquer et de prendre des décisions concernant sa prise en soin. C'est ce que souligne Agata Zielinski en disant que « *la volonté de réduire l'asymétrie passe par le devoir d'informer, qui réduit la disproportion des savoirs* » (Zielinski, 2011, p. 101).

Ces différents points concernant la vulnérabilité du soigné nous permettent de mettre en avant la potentielle vulnérabilité de Mr S dans la situation. Nous pouvons présumer que la vulnérabilité de Mr S soit liée au changement de sa situation de santé, suite à son diagnostic de cancer, entraînant l'opération prévue. Cette vulnérabilité peut être induite également par l'hospitalisation, son passage au bloc opératoire, et aussi l'absence de sa femme à ce moment-là. Tous ces éléments entraînent un manque de repère pour ce monsieur, majoré par le fait que les conditions d'hospitalisation préalablement définies n'ont pas été totalement respectées, ce qui a pu avoir comme effet de bouleverser les idées que le patient aurait pu se faire quant à son opération et ainsi le déstabiliser dans son organisation.

En outre, il est important de souligner que cette vulnérabilité peut également influencer le bien-être émotionnel et psychologique du patient, pouvant engendrer de l'anxiété, de la peur, de la tristesse ou de la frustration liée à son état de santé. En effet David Jousset, philosophe français nous dit que « *le sentiment de vulnérabilité est rapporté comme éprouvant par un certain nombre de patients, il s'exprime à des degrés divers à travers : l'anxiété, l'angoisse, l'appréhension d'un monde inconnu, agressif, bruyant et constamment éclairé, des troubles du sommeil, lequel est totalement perturbé* ». (Jousset & Boles, 2011, p. 45).

Nous pouvons donc en conclure que l'une des particularités de la relation entre soignants et soignés réside dans la vulnérabilité qui paraît manifeste du côté du soigné.

Cependant, Agata Zielinski fait apparaître dans l'un de ses articles intitulé « *la vulnérabilité dans la relation de soins* » une certaine vulnérabilité coté soignant en s'appuyant sur des écrits notamment d'Emmanuel Levinas et de Paul Ricoeur qui étaient deux philosophes français. Paul Ricoeur introduit la « *phénoménologie du soi affecté par l'autre que soi* » (Ricoeur, 1990, p. 382). Agatha Zielinski reprend cette citation en disant « *le propre de la vulnérabilité du soignant est en effet d'être exposé à la souffrance de l'autre* » (Zielinski, 2011, p. 90). D'après ces deux citations, nous pouvons présumer que la vulnérabilité des soignants est due au fait qu'ils soient affectés par l'état de santé des patients, leur potentielle douleur, ou même par leur état émotionnel.

Emmanuel Levinas affirme que le soigné appelle le soignant à sa propre responsabilité avec la notion « *du visage de l'autre qui m'oblige* », (Levinas, 1990, p. 82). En effet selon lui le visage de l'autre est une source de demande et d'impératif moral. Il affirme que le soignant en regardant le visage du soigné est confronté à sa fragilité et à sa souffrance, l'obligeant à prendre en considération ses besoins et à agir de manière responsable envers lui. Nous pouvons alors présumer un certain pouvoir du soigné sur le soignant .

D'après ces dires, nous constatons que le soignant est potentiellement lui aussi vulnérable dans cette relation. Cette vulnérabilité peut être perçue comme une qualité lorsqu'elle est reconnue par celui-ci. En effet, elle permet d'établir une relation plus appropriée avec le patient, car reconnaître sa propre vulnérabilité entraîne la prise de conscience de la non-toute puissance du soignant. Agata Zielinski relève que la vulnérabilité peut devenir une vertu relationnelle « *la réciprocité qui apparaît dans la vulnérabilité reconnue ouvre la porte à la gratitude mutuelle* » (Zielinski, 2011, p. 105). Elle souligne également qu'elle peut être bénéfique dans les soins « *dans la mesure où cette reconnaissance est en même temps une connaissance de soi à sa juste mesure, connaissance de ses capacités et de ses limites, elle est un juste milieu entre deux extrêmes qui empêchent l'action. Juste milieu entre l'impuissance et la toute-puissance* » (Zielinski, 2011, p. 105). En mettant en évidence ce point, nous constatons l'importance pour les soignants de reconnaître leur propre vulnérabilité, empêchant ainsi le sentiment de toute puissance. Cette reconnaissance permet également de mieux se connaître et comprendre ses limites, ce qui se traduit par des soins adaptés et une relation plus proche et personnalisée aux

patients. Cependant, il est également essentiel que le soignant ne se sente pas trop vulnérable car cela pourrait avoir comme effet d'empêcher son action par manque de confiance. Ainsi, nous comprenons l'importance d'un juste équilibre, comme Agata Zielinski l'aborde. Rendre cette relation symétrique est primordiale selon Monique Formarier qui le révèle en disant « *Un des objectifs des soignants dans la relation de soins, en particulier dans la phase d'accueil, devrait être de restaurer une « relation symétrique » et de permettre au patient de retrouver une autonomie et d'être, avec les soignants, dans des interactions et des relations égalitaires* » (Formarier, 2007, p. 35).

Agatha Zielinski fait également remarquer que cette disparité s'estompe lorsque les deux sujets sont confrontés à la perspective imminente de la mort, face à laquelle ils sont tous deux confrontés à leur impuissance face à la vulnérabilité humaine.

4.3 Synthèse du cadre de référence

L'élaboration de ce cadre de référence m'a permis d'approfondir mes connaissances sur les différents points qu'aborde ma question de départ, notamment ce qui concerne les émotions et la relation soignant-soigné. En premier lieu, nous avons pu découvrir les émotions, leurs potentiels effets et le fait que nous pouvons reconnaître celle d'autrui, en partie grâce à une certaine universalité dans leurs expressions. Par la suite, nous avons abordé l'empathie qui justement consiste à repérer et comprendre les émotions d'une autre personne comme si nous étions à sa place, ce qui entraîne une meilleure compréhension de nos patients et de leurs besoins ou attentes, favorisant ainsi l'adaptation de la relation et des soins. L'empathie fait partie d'une des composantes de l'intelligence émotionnelle que nous avons pu évoquer. Elle consiste en la gestion et l'expression de nos propres émotions, permettant la mise en place d'une relation plus appropriée avec nos patients et ainsi mieux reconnaître et comprendre leur état émotionnel. Ensuite, nous avons traité de la relation soignant-soigné, ainsi que sa place centrale dans les soins et ses potentiels effets. Après quoi, nous avons pu discerner différentes relations de soins dans lesquelles se trouvent une certaine asymétrie entre le soignant et le soigné que nous avons évoqué au travers de la vulnérabilité dans les soins.

5 Enquête exploratoire

Lors de mon enquête exploratoire, j'ai pu recueillir différents avis venant des professionnels de santé sur les thèmes abordés dans mon cadre de référence, me permettant de les confronter avec la pratique sur le terrain.

5.1 Méthode et outils utilisés

Pour ce travail de recherche, j'ai décidé d'utiliser la méthode clinique, cette méthodologie s'intéresse à la personne interrogée. Le but est de mieux la comprendre et de pouvoir analyser ses dires. Nous devons alors, essayer de faire en sorte que la personne puisse s'exprimer le plus librement possible, en parlant peu et en évitant d'influencer le sujet avec nos propres émotions. De plus, dans cette méthode, il est nécessaire de prendre en compte le contexte et le lieu dans lequel se trouve la personne.

Concernant l'outil, j'ai opté pour l'utilisation d'entretiens semi-directifs afin de mener mon enquête exploratoire. Ces entretiens ont été définis par Geneviève Imbert, directrice d'établissement psycho social comme étant « *une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives* » (Imbert, 2010, p. 24). Elle explique également que ce type d'entretien offre à la personne interrogée la liberté de s'exprimer et de développer ses propres arguments. Ce choix de type d'entretien me paraît approprié car en utilisant un guide d'entretien, j'ai pu échanger et partager avec les soignants sur les émotions et la relation soignant-soigné. Ce guide d'entretien que je détaillerai plus loin est composé d'une question inaugurale, ainsi que de plusieurs questions de relance abordant les différents thèmes de mon travail. Lors des entretiens, j'avais avec moi une grille d'entretien reprenant ces différentes questions. (Cf. *Annexe I*)

5.2 Lieu d'enquête et Population choisie

J'ai choisi de mener mes entretiens auprès de quatre infirmier(e)s, venant chacun de différents services, de façon à apprécier les différences concernant la prise en compte des émotions et la place de la relation soignant-soigné, selon les services et leurs spécialités. Ce choix m'a également permis d'interroger des infirmier(e)s ayant des parcours professionnels différents.

J'ai fait le choix d'interroger deux soignants venant de services de médecine post-urgence, me permettant de mesurer leur prise en compte des émotions et l'importance de la relation soignant-soigné. Dans ce type de service, les hospitalisations ne sont pas forcément prévues et la pose de diagnostic est régulière, entraînant souvent de nombreuses réactions émotionnelles de la part des patients. J'ai également choisi d'interroger deux professionnels venant de services de chirurgie, car nous savons que les patients peuvent ressentir beaucoup d'émotions liées à leur futur passage au bloc opératoire. Mon souhait était de voir si les soignants les prennent en compte et si cela influe sur leurs relations et/ou leurs soins et c'est également dans cette même typologie de service que s'est produite ma situation.

Mon choix s'est orienté vers le service de pneumologie en médecine, service de médecine aigue, post urgence. La durée d'hospitalisation y est en règle générale relativement courte, avec des annonces de diagnostics de pathologies potentiellement graves, ce qui constituait pour moi un terrain de choix pour observer si les soignants parvenaient à repérer les émotions de leurs patients et évaluer si cela avait un impact sur leur relations avec ceux-ci.

Ensuite, le service de neurologie et Unité Neuro Vasculaire (UNV) : également service de médecine post urgence, avec une filière spéciale appelé USINV (Unité Soins Intensifs Neuro Vasculaires) où s'effectue la prise en charge en phase aigüe de patients présentant un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) sans passage par les urgences. Dans ces moments-là, les émotions des patients doivent être exacerbées et la relation peut être délicate si le patient ne peut pas communiquer du fait de son AVC. Dans ce service, peuvent être également posés des diagnostics de maladies chroniques, j'ai donc pensé que la relation soignant-soigné devait y être importante.

Le service de chirurgie thoracique. C'est un service de chirurgie et dans ce type de service, les patients nécessitent généralement un passage au bloc opératoire, avec le stress et la peur que

cela peut engendrer. Les patients peuvent être porteurs de drain thoracique, les limitant dans leurs gestes et pouvant provoquer des douleurs et / ou des craintes. Ces différentes situations peuvent potentiellement entraîner des réactions émotionnelles de la part des patients. Je pourrai donc voir si ces émotions sont prise en compte, par les soignants et influent sur la relation avec les patients.

Le service de chirurgie digestive : J'ai fait ce choix également car c'est un service de chirurgie, avec un passage au bloc opératoire, dans ce service certains patients sont porteur de stomie. Cette thérapeutique peut être désagréable et stressante pour les patients, car cela perturbe en quelque sorte leur image corporelle. Je pense donc que dans ce service, les patients doivent avoir de nombreuses émotions et je vais pouvoir apprécier si leurs prise en compte impacte la relation soignant-soigné.

5.3 Réalisation de l'enquête

Pour effectuer cette enquête, j'ai formulé une demande d'entretien au sein d'un hôpital dans les services de pneumologie, de neurologie, de chirurgie thoracique et de chirurgie digestive. Après avoir obtenu un accord venant de la direction des soins, j'ai pu par la suite prendre contact avec les cadres de santé des différents services. Suite à quoi, ils m'ont demandé quelques renseignements pour pouvoir répondre au mieux à mes attentes et par la suite nous avons pu fixer un rendez-vous.

Lors de mon arrivée dans les différents services, les cadres m'ont orienté vers les infirmier(e)s qui étaient disponibles pour les entretiens, les présentations se sont faites à ce moment-là. Cependant, au début de chaque entretien, j'ai demandé aux différents soignants de se présenter succinctement notamment sur le plan professionnel. Avant les enregistrements, trois des professionnels m'ont proposé que l'on se tutoie, ce qui explique le tutoiement dans trois de mes entretiens. J'ai demandé si l'on pouvait être installés dans un endroit calme de façon à pouvoir obtenir une bonne qualité d'enregistrement et cela a permis que l'on ne soit pas dérangé. J'ai également demandé à chaque personne le droit de l'enregistrer et je lui ai garanti son anonymat en changeant son prénom lors de la retranscription. Enfin j'assurais la destruction de cet enregistrement dès que je n'en aurai plus l'utilité.

5.4 Guide d'entretien

J'ai commencé mes entretiens en posant la question inaugurale suivante :

- Pouvez-vous me décrire une situation où vous avez pris en compte les émotions d'un patient ?

Cette première question me permet de voir si le soignant a conscience des potentielles émotions des soignés. Je pourrai également apprécier l'importance qui leur est portée quotidiennement.

J'ai également proposé plusieurs questions de relance pour chaque thème abordé dans mon travail qui sont :

Question de relance pour les émotions :

- Le fait de repérer les émotions de vos patients vous sert-il dans votre pratique et vos relations ?

A travers cette question, je cherche à voir l'utilité que peuvent trouver les soignants quant au repérage et à la compréhension des émotions de leurs patients. Je vais pouvoir apprécier si cela influe sur leurs relations et/ou leurs soins.

Questions de relance pour l'empathie :

- Dans votre pratique quotidienne, quels intérêts trouvez-vous à la pratique de l'empathie ?

Je cherche à savoir ici si les soignants ont connaissance de ce concept et quel intérêt trouvent-ils à le pratiquer.

- Cette pratique est-elle facile à mettre en œuvre au quotidien ?

Je souhaite ici connaître si certains soignants ont des difficultés au quotidien pour mettre en place une prise en soin empathique.

Question de relance pour l'intelligence émotionnelle :

- Pensez-vous pratiquer l'intelligence émotionnelle ? et en quelle mesure ?

Au travers de cette interrogation, je cherche à savoir si les soignants connaissent ce concept, s'ils l'utilisent dans les services de soin, et comment.

Question de relance pour la relation soignant-soigné et les différentes relations :

- Dans votre pratique quotidienne que représente la relation soignant-soigné ?

Par cette interrogation, je cherche à voir ce que représente la relation soignant-soigné dans le quotidien des soignants ainsi que l'importance qui lui est portée. Avec cette question, je tente également de repérer quels types de relations sont mises en place le plus généralement par les soignants.

Question de relance pour les différentes relations :

- Dans votre pratique quels éléments favorisant ou limitant la relation de soin pouvez-vous rencontrer ?

Je cherche ici à savoir si les soignants ont des contraintes ou au contraire des éléments favorisant pour mener une relation de soin effective avec leurs patients. Effectivement, certaines relations demandent un peu plus de temps et d'investissement de la part du soignant quand d'autres peuvent être favorisées par la prise en compte des besoins ou des émotions du patient. Le fait de repérer ce qui va favoriser ou au contraire limiter cette relation m'aidera par la suite à analyser quel type de relation est mis en place.

Questions de relance pour la vulnérabilité :

- Qu'évoque pour vous la vulnérabilité dans les soins ?

Je souhaite ici comprendre ce que représente la vulnérabilité dans les soins pour les soignants et si elle est uniquement associée aux patients dans un premier temps.

- Avez-vous déjà ressenti de la vulnérabilité dans votre pratique ? si ce n'est pas le cas, pensez-vous que-cela pourrait arriver un jour ?

Je cherche ici à savoir si les soignants ont conscience de leur vulnérabilité et s'ils ont déjà vécu ce genre de situations.

J'ai ensuite terminé chaque entretien en demandant aux soignants s'ils souhaitaient ajouter quelque chose concernant les différents thèmes abordés.

5.5 Analyse des entretiens :

Une fois les entretiens terminés, je les ai retranscrits (*cf. annexes : IV, V, VI, VII*), à la suite de quoi j'ai pu les analyser, me permettant de faire une synthèse de chacun d'eux. Par la suite, j'ai effectué une analyse croisée par thématique afin de confronter les différents entretiens avec mon cadre de référence, ceci m'a également permis de repérer les limites de l'enquête et d'en faire une analyse critique.

5.5.1 Synthèse par entretien

Entretien n°1 :

Cet entretien s'est déroulé dans un service de pneumologie, en début d'après-midi vers 13h30, et pour une durée d'environ 17 minutes, avec Alexis, 26 ans, infirmier depuis 2020. Il a travaillé deux ans en tant qu'intérimaire avant de rejoindre ce service en janvier 2022. J'ai débuté en lui demandant de me décrire une situation dans laquelle il a pris en compte les émotions d'un patient. Ce fut facile pour lui de trouver une situation, il a pris un exemple du matin même. Il dit que la prise en compte des émotions fait partie de sa pratique quotidienne. Il relève que l'empathie est très importante dans son travail, ça lui permet d'adapter sa prise en soins aux besoins de ses patients. Alexis ne connaissait pas le terme d'intelligence émotionnelle, mais après lui avoir présenté avec mes mots, il pense l'utiliser lorsque ses émotions sont positives. En effet il dit parfois mettre des barrières et ne pas trop exprimer ses émotions car certaines situations sont compliquées à gérer, notamment lorsqu'il est confronté à de l'agressivité, ou à des décès. Concernant la relation soignant-soigné, pour lui, elle est essentielle pour rassurer et informer les patients, mais elle serait limitée par sa charge de travail. En effet le manque de temps provoque en lui une certaine frustration notamment lorsqu'il ressent les émotions de ses patients. Il reconnaît une certaine vulnérabilité des patients qui semble évidente pour lui de par leur statut. Il aborde également sa propre vulnérabilité, notamment liée aux décès, à la souffrance des patients, ou lorsque ces derniers lui rappellent des situations personnelles. Dans ces situations, il lui arrive de remettre en question sa pratique professionnelle.

Entretien n°2 :

Cet entretien s'est déroulé en service de chirurgie digestive, vers 15 heures, pour une durée d'environ 16 minutes, avec Rose, 35 ans, infirmière depuis 14 ans. Elle a travaillé dans différents services de chirurgie et de médecine avant 2020, date de son arrivée dans ce service. J'ai commencé l'entretien en lui demandant de me présenter une situation dans laquelle elle avait pu prendre en compte les émotions d'un patient. Elle me dit que cela relève de son quotidien et elle me fait part d'une situation vécue quelques heures avant ma venue. La reconnaissance des émotions de ses patients l'aide à adapter ses relations, mais il est parfois délicat pour elle de prendre du temps relationnel au vu de sa charge de travail. Concernant l'empathie, elle me dit qu'il est fréquent et relativement facile pour elle de se mettre à la place des patients pour savoir comment agir au mieux, mais que le manque de temps limite parfois cette pratique. Elle ne connaissait pas le terme d'intelligence émotionnelle, je lui ai donc décrit et elle me dit la pratiquer lorsqu'elle le peut. Quant à la relation soignant-soigné, elle l'a directement assimilée à la relation de confiance. Elle relève cependant des facteurs limitant la relation de soins qui seraient liés au : manque de temps, à la barrière de la langue, aux troubles cognitifs et surtout à l'agressivité de certains patients. Selon elle, les patients sont vulnérables de par leur position et parfois, à cause d'un manque de connaissance de leur pathologie. Elle peut se sentir vulnérable durant un soin qu'elle ne maîtrise pas, ou lors de décès surtout en lien avec la tristesse de la famille.

Entretien n°3 :

Cet entretien a eu lieu en neurologie, vers 13h, pour une durée d'environ 28 minutes, avec Manu, 35 ans, infirmière dans ce service depuis 2013, date d'obtention de son diplôme. J'ai engagé l'entretien en lui demandant de me décrire une situation dans laquelle elle a pris en compte les émotions d'un patient. Elle dit penser à plusieurs situations, elle m'en a raconté une où elle a adapté sa relation et sa prise en soins à une patiente qui était apeurée de passer une IRM. Elle évoque l'empathie avant même que je ne l'aborde. Selon elle, c'est une qualité qu'il faut avoir dans les soins, elle dit essayer de se mettre à la place des patients pour tenter de comprendre ce qu'ils ne parviennent pas à exprimer. Pour elle, la prise en compte des émotions est importante pour répondre au mieux à leurs besoins, elle donne aux soins une qualité supérieure et permet une prise en charge globale du patient. Concernant l'intelligence émotionnelle, elle ne connaissait pas ce terme, je lui ai donc défini avec mes mots et elle pense

la pratiquer. Elle dit être consciente de ses émotions, mais avoir du mal à les exprimer. Pour elle, la relation soignant-soigné est un échange humain, dans lequel le soignant et le patient s'apportent mutuellement quelque chose mais le manque de temps limite celle-ci. Concernant la vulnérabilité dans les soins, en premier lieu elle n'a pas compris ce terme, je lui ai donc expliqué et elle dit avoir du mal à s'exprimer sur ce sujet. Elle n'aborde pas la vulnérabilité des patients, cependant lors de la discussion, elle dit que les patients sont forcément touchés par ce qui leur arrive. Elle s'est déjà sentie vulnérable dans sa pratique notamment quand certains patients la ramènent à des situations personnelles.

Entretien n°4 :

Ce dernier entretien s'est passé en chirurgie thoracique, vers 14 heures et pour une durée d'environ 25 minutes, avec Emy, 45 ans, infirmière depuis 2010, elle a travaillé dans diverses spécialités, avant de rejoindre ce service il y a six ans. J'ai débuté l'entretien en lui demandant de me décrire une situation où elle a pris en compte les émotions d'un patient. Elle m'a parlé du passage d'une patiente en soins palliatifs où elle a pu repérer les différentes émotions que celle-ci pouvait ressentir, lui permettant ainsi d'adapter sa relation. Suite à quoi elle me dit avoir du mal avec les émotions des patients, car elle serait rapide dans ses soins. Elle dit vouloir rester professionnelle et ne pas s'impliquer émotionnellement. Elle pense qu'en faisant entrer le côté émotionnel, cela pourrait la perdre dans ce qu'elle fait. Selon elle, l'empathie est constamment présente et primordiale dans les soins. Par la suite elle dit ne pas la contrôler et faire les choses spontanément, elle dit être identique avec les différents patients, mais en adaptant quelques fois son discours et sa façon d'être. Puis suite à la description d'une autre situation, elle semble se rendre compte que finalement, elle adapte régulièrement ses relations et son comportement aux besoins des patients. Concernant l'intelligence émotionnelle, elle ne connaissait pas ce terme, après mon explication, elle dit avoir du mal à exprimer ses émotions, mais elle essaie de tenir compte de celles des patients. Selon elle, la relation soignant-soigné est une relation de confiance présente dans tous les soins. Cette relation est importante pour elle mais elle est limitée par le manque de temps. Au sujet de la vulnérabilité dans les soins, pour elle le patient est vulnérable de par son statut. Elle ne se sent pas vulnérable dans sa pratique, mais si cela devait se produire, elle quitterait le service. Cette vulnérabilité laisserait une porte ouverte à ses émotions qui, selon elle, pourraient la submerger durant sa pratique.

5.5.2 Analyse croisée

Pour examiner mes différents entretiens, j'ai décidé de faire une analyse par thème et sous thèmes en rapport avec mon cadre de référence. Les soignants ont également abordé de nouvelles notions que je vous présenterai. Pour effectuer cette analyse, j'ai utilisé un tableau regroupant les différents entretiens par thèmes (Cf. *Annexe VIII, IX*).

Les émotions

Repérer et prendre en compte les émotions du patient :

Ceci est le point de départ de mon travail. En effet je cherche à comprendre en quoi le fait de prendre en compte les émotions des patients favorise la relation soignant-soigné.

Lors des quatre entretiens, les soignants ont tous trouvés une situation où ils ont pu repérer et prendre en compte les émotions d'un patient. Pour Alexis le fait de trouver une situation a été facile, selon lui ces situations sont récurrentes, en effet il a dit « *rien que ce matin* » (E1 L10) et « *oui toujours au quotidien* » (E1 L28). Quant à Emy elle a pris une situation remontant à plusieurs années, cette situation concerne le passage d'une patiente en soins palliatifs et elle dit « *son visage exprimait toutes les émotions qu'elle pouvait avoir* » (E4 L20-21). Manu a eu plusieurs situations qui lui sont venues en tête. Après réflexion, elle a décidé de me raconter une situation qui s'est produite lors du passage d'une patiente à l'IRM où elle dit « *J'ai vu qu'elle était apeurée totalement* » (E3 L27). Elle pense que les émotions ne passent pas forcément par la parole « *J'essaie de repérer aussi dans le regard s'il y a des émotions qui passent* » (E3 L152-153). Pour Rose, trouver une situation fut aisé, car selon elle « *des émotions on en perçoit tous les jours, avec tous les patients, même si ce n'est pas toujours les mêmes émotions* » (E2 L8-9). Ceci peut faire référence aux six émotions répertoriées par Paul Ekman qui sont : « *la joie, la tristesse, la surprise, le dégoût, la peur et la colère* ». (Rossi, Lauzol, & Noyé, 2020, p. 23). Certaines de ces émotions ont été citées par les soignants. En effet Rose dit que certains patients sont dans le déni de leur maladie, ce qui peut expliquer « *qui sont en colère* » (E2 L110), Emy mentionne également cette émotion « *la colère de ce qui lui a été annoncé* » (E4 L78). Par la suite, Rose fait référence à la tristesse, en effet elle décrit une situation de fin de vie où les membres de la famille « *étaient tous en train de pleurer* » (E2 L194). Manu aborde la peur en disant « *elle était apeurée totalement* » (E3 L27). Emy quant à

elle parle « *des émotions positives* », ces émotions positives peuvent potentiellement faire référence à la joie.

La capacité à repérer les émotions d'autrui peut nous faire penser aux déclarations de Paul Ekman que nous avons pu découvrir dans le cadre de référence. En effet, il révèle que « *Toute émotion tend à se faire connaître, que ce soit sur le visage, par les gestes, la voix ou la posture* » (Ekman & Journet, 2002, p. 33). Il déclare également la présence d'une certaine universalité de leurs expressions, ce qui en facilite leur compréhension. Le fait de les repérer peut permettre de les prendre en compte, ce que souligne Alexis en disant « *Il faut toujours faire en fonction des émotions des patients* » (E1 L20). Selon lui la prise en compte des émotions de ses patients, influe sur l'adhésion aux soins « *le refus de soins qui peut être expliqué par des situations qui impactent ses émotions et qui impacte du coup son adhésion aux soins, donc il faut forcément prendre en compte tout ça* » (E1 L23-24). Pour Manu, cette prise en compte permet l'adaptation des soins et des relations aux patients, favorisant ainsi leur bien-être à l'hôpital, elle dit : « *Les émotions sont hyper importantes, que ce soit nous ce qu'on ressent, mais surtout ce que ressent le patient pour l'aider au mieux, pour essayer de répondre au maximum à ses besoins et qu'il ait une hospitalisation des plus apaisante* » (E3 281-282-283-284). Pour Rose, cela lui permet d'adapter ses relations « *J'essaie de prendre plus de temps avec les patients dont je ressens qu'ils en ont besoin* » (E2 L37-38). Cependant, elle aborde une notion de temporalité en disant « *si on devait tout faire avec émotion, franchement, on passerait des heures à faire les tours* » (E2 L206). Emy quant à elle aborde ses difficultés à prendre en compte les émotions des patients et elles seraient en partie liées à cette notion de temporalité, en effet elle dit « *J'ai beaucoup de mal avec les émotions des patients, parce que moi je suis quelqu'un d'assez rapide* » (E4 L38-39). Malgré cela, elle dit « *J'essaie de tenir compte des émotions des patients* » (E4 L150-151), par exemple lors d'une situation elle dit « *on n'a vraiment pas beaucoup le temps de ça, mais là je l'ai pris le temps pour cette dame, parce qu'on voyait qu'elle était touchée qu'on soit auprès d'elle* » (E4 L25-26-27). La notion de temps est de nouveau évoquée, cependant le fait de repérer les émotions de sa patiente lui a permis d'adapter sa relation avec celle-ci. Elle fait également un lien entre les émotions et la relation en disant « *s'ils expriment des émotions positives, c'est qu'ils ont confiance* » (E4 L61).

Nous pouvons constater que ces quatre infirmier(e)s, ont déjà vécu des situations où ils ont pu repérer et prendre en compte les émotions des patients. D'après eux, cette prise en compte influe sur leurs relations, en effet ils révèlent qu'elle entraîne une meilleure compréhension des

patients permettant la mise en place d'une relation plus adaptée à leurs besoins. Elle peut également permettre une adaptation des soins entraînant une adhésion plus importante à ceux-ci. Nous pouvons également relever que le repérage et la prise en compte des émotions des patients est propre à chaque infirmier, en effet les soignants interrogés mettent en place cette pratique plus ou moins régulièrement et chacun d'eux en a sa propre utilité.

L'empathie, ses intérêts et la facilité de mise en pratique :

Concernant l'empathie, les quatre professionnels ont été unanimes quant à son importance dans notre profession. En effet pour Alexis « *c'est impératif d'avoir de l'empathie pour notre métier, sinon si on n'est pas capables de se mettre à la place des autres, je pense que le métier n'est pas forcément fait pour nous* » (E1 L31-32). Manu aborde l'empathie dans les soins avant même que je lui en parle, elle dit « *L'empathie, c'est hyper important dans notre quotidien* » (E3 L290). Pour Emy, elle serait indispensable dans notre pratique, elle le souligne en disant « *si on n'est pas empathique, je pense qu'on n'a plus rien à faire ici* » (E4 L108), Rose quant à elle me décrit comment elle pratique l'empathie « *J'essaie de me visualiser dans un lit et de me mettre à leur place et de savoir comment j'aimerais que le soignant soit* » (E2 L43-44). Ce qui fait référence à la définition de l'empathie donné par Elisabeth Pacherie qui la décrit comme « *la capacité à se mettre à la place d'autrui afin de comprendre ce qu'il éprouve* » (Pacherie, 2004, p. 149). Emy agit en se disant « *si j'étais à leur place je voudrais qu'on me traite comme ça* » (E4 L170). En ce qui concerne les intérêts de l'empathie, Alexis dit « *ça me permet de mieux comprendre déjà le patient, c'est le but de l'empathie, euh mais aussi de mieux comprendre aussi ses attentes s'il en a, ou ses craintes, on peut mieux le cerner et du coup mieux adapter le soin et l'accompagnement ou le parcours à sa situation* » (E1 L33-34-35-36). Selon lui, cette pratique est plutôt simple à mettre en place. Rose ne rencontre pas non plus de difficultés à faire preuve d'empathie. Pour cette infirmière l'empathie l'aiderait à avoir un relationnel adapté « *Il y a des choses qu'il faut faire et pas faire et j'essaie de me mettre à la place du patient pour savoir comment réagir* » (E2 L52-53). Manu et Emy rejoignent ces deux points de vue, en effet pour Manu l'empathie permet « *d'adapter soit mon discours, ou au niveau de la gestuelle également. J'essaie de prendre beaucoup plus de temps et de comprendre là où ça pêche, là où il y a le problème et qu'est ce qui le touche au maximum pour essayer d'avoir une prise en charge la plus adaptée, le mieux pour le patient* » (E3 L76-77-78-79), elle rajoute également

que l'empathie l'aide « à apporter aux soins une qualité supérieure, voilà, pas que dans la pratique, la technique mais vraiment dans la prise en charge globale du patient » (E3 L273-274-275). Par la suite, elle dit que le fait de se mettre à la place des patients, lui permet une remise en question régulière de sa pratique et de « garder quand même les pieds ancrés et de se dire que voilà on est des humains, donc ça permet d'adapter au mieux la prise en charge je pense auprès du patient » (E3 L104-105). Selon Emy l'empathie « facilite les relations humaines, ça facilite les soins, ça crée un climat peut-être de confiance entre le soignant et le soigné » (E4 L111-112). Pour cette infirmière l'empathie « elle y est tout le temps » (E4 L99), elle dit ne pas la contrôler « je fais les choses spontanément, je ne me dis pas que j'ai été empathique plus avec un tel patient ou avec un autre. Je sors d'une chambre, je vais être pareille avec l'un et l'autre, je vais peut-être adapter quelques fois mon discours, ma façon d'être avec telle ou telle personne » (E4 L120-121-122-123). Emy se questionne sur sa pratique de l'empathie et dit « Peut-être qu'on pratique l'empathie sans faire attention, sans la calculer quoi, j'espère qu'on la pratique spontanément » (E4 L239-240). Son discours ne correspond pas totalement avec les pensées de Mme Pacherie, pour qui l'empathie nécessite « la mise en œuvre de nos propres ressources cognitives à des fins de compréhension d'autrui » (Pacherie, 2004, p. 150), et de Mme Formarier qui précise que « L'empathie est donc une attitude active, conscientisée » (Formarier, 2007, p. 37). Ces deux citations peuvent nous laisser entendre que la pratique de l'empathie serait un processus conscient et volontaire de la part du soignant. Par la suite, Emy semble se rendre compte qu'elle adapte plus régulièrement son comportement et ses relations aux besoins des patients, « j'adapte beaucoup mes relations » (E4 L133). Elle relève notamment que certains patients n'ont besoin que de « l'infirmière technicienne » (E4 L135) et « d'autres patients qui sont dans la solitude ou qui sont ... voilà qui ont besoin de parler. Oui, oui notre comportement évolue d'un patient à l'autre et selon sa demande » (E4 L138-139-140). Les intérêts relevés par les soignants, font référence aux bénéfices de l'empathie qu'ont pu exprimer Éric Maeker et Jean Decety. En effet, selon ce dernier « L'empathie est un puissant moyen de communication interindividuelle et également l'un des éléments clés dans la relation thérapeutique » (Vernay, 2018, p. 47). Emy aborde une notion de degrés dans l'empathie et selon elle celui-ci serait propre à chacun. En effet, elle dit « elle y est à différents degrés et selon les caractères » (E4 L102-103), quant à Alexis, il parle « d'empathie propre à soi » (E1 L39). Ces propos peuvent faire référence aux différents niveaux d'empathie étudiés par Mme Pacherie, qui les a définis au nombre de trois « Le premier correspondrait à

la simple compréhension du type d'émotion que peut ressentir autrui, le second à sa compréhension et à la détection de l'objet déclencheur et le troisième à la compréhension des émotions, la détection de l'objet et à la compréhension du lien entre eux. » (Pacherie, 2004, p. 160).

D'après ces quatre soignants, l'empathie serait primordiale dans les soins, le fait de se mettre à la place des patients permettrait une meilleure compréhension de ceux-ci, entraînant une relation et des soins adaptés à leurs besoins. L'empathie permettrait d'obtenir des soins et des relations de meilleure qualité entraînant une prise en charge holistique de nos patients. Nous pouvons également constater que cette pratique est propre à chacun des soignants, avec leur propre singularité dans son utilisation.

L'intelligence émotionnelle, frontière entre nos émotions et celles des patients :

Mes différentes lectures et ma directrice de mémoire m'ont permis de découvrir ce concept qui m'était inconnu, ce qui était également le cas des quatre soignants interrogés. En effet, Alexis se questionne sur l'association de ces deux mots « *les deux mots séparés ça va, mais ensemble hum, hum* » (E1 L47). Rose me rétorque « *je sais même pas ce que c'est* » (E2 L73). Quant à Manu, après réflexion, elle ne parvient pas à poser des mots sur ce concept et me dit « *qu'est-ce que tu entends par intelligence émotionnelle ?* » (E3 L125-126). Emy me répond également « *qu'est-ce que vous entendez par l'intelligence émotionnelle* » (E4 L143). Par la suite, je leur ai expliqué avec mes mots ce que j'en avais compris et je leur ai demandé s'ils pensaient la pratiquer. Alexis pense l'utiliser lorsque ses émotions sont positives, cependant dans certaines situations, il dit laisser ses émotions de côté, « *des fois faut réussir à rester assez neutre et ne pas s'investir émotionnellement dans une situation, sinon ça peut être compliqué* » (E1 L60-61), il évoque notamment des situations auprès de patients déments ou relevant de la psychiatrie, car ce sont des prises en charge dont il a moins l'habitude. Il trouve nécessaire également de mettre ses émotions de côté lorsqu'il est confronté à de l'agressivité venant des patients ou lorsque certains patients décèdent. Cependant il relève que ce n'est pas toujours facile « *c'est pas toujours évident de se soustraire à ses émotions* » (E1 L66). Nous pouvons donc constater qu'il est capable de repérer les situations pouvant lui provoquer certaines émotions ce qui s'apparente à « *la conscience de soi* » (Goleman, 2014, p. 125) qui est une des composantes de l'intelligence émotionnelle décrite par Goleman. Rose répond à ma question

en disant « *je savais pas que ça s'appelait comme ça, mais je pense que oui* » (E2 L79). Selon elle, on la pratique sans forcément s'en rendre compte. Quant à Manu, elle pense la pratiquer, elle dit parvenir à repérer les situations qui lui provoquent certaines émotions et rajoute « *bien-sûr j'essaye d'y faire attention et je pense que ça aide à aller de l'avant et pour prendre en charge encore une fois le patient au mieux voilà* » (E3 L172-173). Ses dires font également référence aux cinq composantes de l'intelligence émotionnelle et plus particulièrement à la « *conscience de soi* » (Goleman, 2014, p. 125), il s'agit de notre aptitude à identifier et à comprendre nos propres émotions et potentiellement leurs impacts sur nos actions, entraînant une meilleure connaissance de nous-même. Margot Phaneuf a souligné l'importance de cette conscience en disant « *le fait de porter attention à nos propres émotions nous prédispose à saisir et à comprendre celle des autres* » (Phaneuf M., 2013, p. 9). Nous pouvons donc supposer que le fait de porter attention à nos propres émotions favoriserait l'empathie qui est également une des composantes de l'intelligence émotionnelle. Selon Manu l'intelligence émotionnelle contribuerait à l'amélioration des prises en soins, ceci a également été relevé par Margot Phaneuf. En effet, selon elle, « *c'est l'intelligence émotionnelle qui permet d'humaniser les soins* » (Phaneuf M., 2010, p. 4). Cependant Manu révèle avoir du mal à exprimer ses émotions, ce qui est également le cas de Emy, elle dit « *Mes émotions à moi j'ai du mal à les exprimer* » (E4 L148), mais elle précise « *j'essaie de tenir compte des émotions des patients* » (E4 L150). Emy dit également vouloir rester professionnelle et ne pas faire entrer son côté émotionnel, car selon elle « *quand on fait trop jouer le côté émotionnel, on se perd dans ce qu'on fait, et quelques fois ça joue sur notre prise en charge* » (E4 L44-45).

Il est donc possible d'en déduire que l'interprétation des émotions est propre à chacun et est utilisée de manière personnelle. Emy dit également qu'elle « *n'accepterait jamais de travailler, par exemple, dans des unités comme le soin palliatif, comme en pédiatrie.* » (E4 L48-49) car elle pense que dans ce genre de service se trouve une charge émotionnelle trop importante.

Suite à ces quatre entretiens, j'ai pu constater que la frontière peut être étroite entre les émotions des patients et celles des soignants. Il m'a également paru plus simple pour les soignants de parler des émotions des patients que des leurs. Trois des quatre infirmiers interrogés disent pratiquer l'intelligence émotionnelle, mais ceci dépend des émotions ressenties et de la situation dans laquelle ils se trouvent. Alexis et Manu parviennent à repérer les situations qui vont leur procurer certaines émotions, ce qui peut potentiellement leur permettre d'anticiper leur survenue et d'adapter leurs actions à celles-ci. Manu a trouvé des intérêts à cette pratique,

contrairement à Emy qui dit préférer ne pas utiliser ses émotions et plutôt les laisser de côté durant son temps de travail.

La Relation Soignant-Soigné

Représentation et utilité :

Suite aux différents entretiens, nous avons pu relever que la prise en compte des émotions des patients influe sur la relation soignant-soigné. Nous allons désormais voir ce que celle-ci représente ainsi que son utilité dans les soins.

Lorsque j'aborde la relation soignant-soigné, les premiers mots d'Alexis étaient « *c'est le nerf de la guerre* » (E1 L71). En effet, selon lui, « *la surcharge de travail* » (E1 L176) limite cette relation qui lui est essentielle pour « *rassurer le patient* » (E1 L74) et pour l'informer également. En effet, il dit « *on se rend compte que pour beaucoup de patients, ne savent même pas où ils en sont, ni sur les examens, ni sur leur parcours de soins, qu'est-ce qu'on a prévu pour eux, est-ce qu'ils ont eu des diagnostics* » (E1 L75-76-77). Emy pense en partie comme Alexis en disant « *on les rassure en disant qu'on met tout en place et que voilà, et qu'on est là pour eux* » (E4 L165). Manu rejoint également le point de vue d'Alexis « *c'est ce que nous on peut apporter, beh sur le plan de la connaissance, au niveau pathologie, traitement, enfin toutes ces choses-là, on essaye de rassurer aussi quand on sent que les personnes vont mal* » (E3 L177-178-179). De plus, elle aborde la notion de réciprocité. Selon ses dires, le soignant et le soigné « *s'apportent mutuellement quelque chose* » (E3 L190), elle emploie la notion « *d'échange humain* » (E3 L177). Ce terme d'échange fait référence à la définition de la relation soignant-soigné donnée par le dictionnaire humaniste infirmier qui est une : « *Activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale, non verbale. Le soignant intervient en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens, dans le but de favoriser un soin, un dialogue mature, une prise de conscience* » (Paillard & Pierre Poulet, 2013, p. 228). Manu verbalise le fait que les patients, à travers cette relation, lui apportent « *une prise de conscience quand même sur beh voilà ce qu'est la vie* » (E3 L183-184). Ses paroles peuvent nous faire penser au discours de Manoukian, qui en effet affirme que certaines relations avec les patients « *redonnent au travail l'aspect humain que la technique et les procédures réglementaires ont parfois tendance*

à évacuer » (Manoukian, 2014, p. 8). Pour Emy, cette relation se trouve « *Dans tout ce qu'on fait* » (E4 L155). Selon Rose, elle fait partie de son quotidien « *c'est ce qu'on fait tous les jours* » (E2 L93-94). Ces paroles font référence à l'omniprésence de cette relation dans les soins relevée par Alexandre Manoukian qui effectivement dit « *tout acte, tout geste technique ou de confort se situe au sein d'une relation soignant-soigné* » (Manoukian, 2014, p. 3). Rose souligne également que les relations varient en fonction des patients en disant « *on ne communique pas de la même façon avec un patient qui est, enfin je prends l'exemple de cette dame-là, qui est stressé ou un qui l'est un peu moins* » (E2 L25-26-27). Elle relève également qu'elle adapte ses relations aux besoins de ses patients en disant « *j'essaie de prendre plus le temps avec les gens qui en ont besoin en tout cas que je repère qu'ils en ont besoin* » (E2 L28-29-30). Quant à Manu, c'est lors de l'explication de sa situation à l'IRM que nous avons pu relever qu'elle adapte ses relations aux besoins des patients. En effet, le fait de repérer la peur de sa patiente lui a permis d'adapter sa relation, en l'accompagnant dans l'examen et celui-ci a pu s'effectuer. Nous pouvons constater que l'empathie lui a permis de comprendre les émotions de la patiente, lui permettant d'adapter sa relation et ainsi favoriser l'adhésion aux soins. Quant à Emy en début d'entretien, elle verbalise le fait que l'adaptation de ses relations n'est pas systématique en disant « *Je sors d'une chambre, je vais être pareille avec l'un et l'autre. Je vais peut-être adapter quelques fois un peu plus mon discours, ma façon d'être avec telle ou telle personne* » (E4 L121-122-123). Cependant au cours de l'entretien et lors de l'explication de différentes situations, elle semble se rendre compte que cette adaptation fait partie de sa pratique, elle dit « *J'adapte beaucoup mes relations, mon comportement s'adapte avec les patients* » (E4 L133-134). Selon Emy, cette relation est tout d'abord une « *relation de confiance* » (E4 L153), cette confiance favoriserait l'expression des patients. En effet, elle dit « *les patients nous disent beaucoup plus de choses, expriment beaucoup plus de choses auprès de nous qu'auprès des médecins* » (E4 L114-115). Le manque de temps pour mettre en place une relation soignant-soigné effective a été relevé par les différents soignants. En effet, Alexis dit : « *on arrive plus à être aussi à leurs côtés qu'avant et du coup, ça fait que l'on s'éloigne de nos patients et la relation soignant-soigné elle en pâtit beaucoup* » (E1 L77-78). Il relève également que lorsqu'il sent qu'un patient va mal « *parfois c'est dur de prendre 5 ou 10 minutes avec lui et de s'asseoir* » (E1 L177-178). Manu le verbalise également en disant « *il faut qu'on arrive à prendre un peu plus le temps auprès des personnes et on n'a pas toujours ce temps-là, ça nous manque et ça, ça limite énormément* » (E3 L202-203-204). Rose dit « *Dans la pratique*

de tous les jours, clairement c'est compliqué de se poser un quart d'heure, vingt minutes auprès du patient » (E2 L29-30) et Emy, elle, nous dit que le facteur limitant cette relation « c'est le temps » (E4 L175). Pour Rose, il y a d'autres facteurs limitants qui sont « les gens agressifs, et ouais voilà, j'ai dit quoi la barrière de la langue, les troubles cognitifs » (E2 L151-152)

Nous pouvons en déduire que pour ces quatre professionnels, la relation soignant-soigné est utile dans leur quotidien. Cependant, selon eux, le manque de temps limite celle-ci. Nous constatons que cette relation est omniprésente dans les soins et que le fait de repérer les émotions des patients permet d'adapter celle-ci à leurs besoins. Nous pouvons relever que chaque professionnel de santé interrogé a sa propre interprétation de la relation avec les patients, comme l'illustre le point de vue de Manu qui voit cette relation comme un échange mutuel entre elle et les personnes qu'elle soigne.

Les différentes relations :

Volontairement, durant mes entretiens, je n'ai pas demandé quels types de relations les soignants pensaient mettre en place auprès de leurs patients, de façon à éviter d'influencer leurs réponses avec les explications que j'aurai dû fournir. Cependant, les questions concernant les intérêts, les représentations et les éléments favorisant ou limitant cette relation vont me permettre d'essayer d'analyser quels types de relations sont pratiqués.

Manu verbalise le fait que l'un des éléments favorisant la relation est le soin en lui-même. En effet, elle dit « *pendant le soin, euh que ça soit beh la toilette, que ça soit rien que même aller poser un cathéter pour un examen, on a quand même des minutes à accorder aux patients et c'est ces moments-là qui sont priorisés pour moi* » (E3 L216-217-218). Dans ce cas-là, nous pouvons supposer que le type de relation mis en place est une « *relation de soin* » qui a été décrite par Monique Formarier comme la « *relation la plus fréquente en milieu hospitalier. Support d'échanges avec le patient ou sa famille, elle est mise en œuvre par le soignant pendant les soins techniques ou de confort* » (Formarier, 2007, p. 37). Cependant, dans cette relation, le soignant ne serait pas disponible totalement sur le plan psychologique et émotionnel, ce qui limiterait le repérage et la prise en compte des émotions des patients. Manu révèle également que lorsqu'elle ressent que les patients en ont besoin, elle « *essaye d'adapter soit mon discours, ou au niveau de la gestuelle également. J'essaie de prendre beaucoup plus de temps et de*

comprendre vraiment là où ça pêche, là où il y a le problème et qu'est ce qui le touche au maximum pour, essayer d'avoir une prise en charge la plus adaptée, le mieux pour le patient » (E3 L75-76-77-78-79). D'après ses dires, nous pouvons supposer que le fait de repérer les émotions des patients peut influencer sur le type de relation qui sera mis en place. Cette attitude lui permettrait de « *repérer un petit peu ce que le patient a du mal à exprimer, des fois les émotions* » (E3 L69), lui permettant ainsi « *d'adapter ma prise en charge en fonction de tel ou tel patient* » (E3 L72). Ces différentes déclarations font référence à la « *relation d'empathie* » également décrite par Monique Formarier comme étant « *l'approche la plus appropriée dans la relation soignant – patient* » (Formarier, 2007, p. 37). Elle dit également que cette relation est consciente et volontaire de la part du soignant et qu'elle est « *centrée sur la personnalisation des soins* » (Formarier, 2007, p. 37). Cette relation est également approchée par Alexis : en effet il dit « *Il faut réussir à être à leur chevet et à écouter leurs émotions* » (E1 L107-108). Par la suite, il aborde l'écoute active, celle-ci fait partie de la relation d'empathie mais il révèle que lorsqu'il sent qu'un « *patient va mal prendre 10 minutes pour parler avec lui, beh ce n'est pas toujours possible* » (E1 L188-189). Selon lui, le manque de temps lié à sa charge de travail limiterait cette relation. Il le verbalise en disant « *je suis sensé faire 10 patients en une heure, c'est-à-dire 6 minutes par patient avec la mise des traitements, mise en place des antibiotiques, des hydratations, essayer de faire une discussion avec lui fin c'est pas possible, enfin c'est possible mais elle n'est pas bénéfique, elle est superficielle* » (E1 L83-84-85-86). Nous pouvons donc supposer que lorsque sa charge de travail limite la « *relation d'empathie* », Alexis met en place une « *relation de soin* » qui demande moins de temps de la part du personnel soignant. Rose parle également de la relation d'empathie en disant « *il y a des choses qui faut faire et pas faire et j'essaye de me mettre à la place du patient pour savoir comment réagir* » (E2 L52-53). Cette pratique lui permettrait d'adapter ses relations, mais elle souligne également le manque de temps, pour mettre en place cette relation. En effet, elle dit « *c'est vrai que des fois je n'ai pas le temps d'être empathique, donc je mets mes émotions de côté et je fais mon taf* » (E2 L204-205). Par la suite, Rose introduit la notion de relation de confiance, au sein de la relation soignant-soigné, celle-ci a été définie par Walter Hesbeen comme « *la relation qui conduit une personne à accepter tacitement ce qu'énonce une autre personne comme étant a priori vrai, et toute proposition émanant d'elle comme bénéfique et proposée a priori dans l'intérêt de la personne* » (Hesbeen, 2023, p. 73). Pour Emy, la relation de confiance est primordiale dans les soins, elle dit « *il y a une relation de confiance et surtout leur confiance à eux. Moi, j'ai besoin*

de leur confiance à eux pour justement avancer avec eux dans leurs soins et dans leur prise en charge » (E4 L160-161). Elle dit parvenir à repérer lorsqu'ils ont confiance à travers leurs émotions, selon elle « s'ils expriment des émotions positives, ça veut dire qu'ils ont confiance » (E4 L61). Cette déclaration met en avant le lien entre émotion et relation déjà relevé par Manu et Rose. Dans la relation Emy se dit être « plus dans l'écoute » (E4 L104), l'importance de cette écoute dans la relation d'empathie a été souligné par Monique Formarier en disant « c'est dans les situations où les individus se sentent réellement écoutés qu'ils s'expriment le plus et le mieux c'est-à-dire le plus authentiquement possible » (Formarier, 2007, p. 37).

D'après les entretiens menés, nous pouvons en déduire que les émotions des patients influent directement sur le type de relation mise en place par ces professionnels. Les soignants interrogés pratiquent principalement la relation de soin et la relation d'empathie. Toutefois aucun élément retranscrit ne m'a permis de relever s'ils pratiquent la relation d'aide ou la relation de civilité. Ceci peut s'expliquer par le fait que la relation de civilité n'est qu'un simple contact cordial entre deux personnes, sans implication particulière. En effet, le contexte de soin permet une rencontre plus approfondie, offrant la mise en place d'autres types de relation. La relation d'aide nécessite une formation particulière ainsi qu'un investissement commun du soignant et du soigné. Elle demande parfois plus de temps que les autres relations. Ces différents éléments peuvent être des raisons pour lesquelles elle n'est pas pratiquée par ces soignants. Nous pouvons supposer que le temps dont disposent les soignants, ainsi que les besoins des patients lorsqu'ils sont repérés influent sur le type de relation mis en place. Nous constatons également que deux infirmier(e)s interrogé(e)s soulignent l'importance de la relation de confiance dans leur relations avec les patients.

La vulnérabilité :

Au fil de mes recherches concernant la relation soignant-soigné, j'ai identifié la vulnérabilité comme une caractéristique clé de celle-ci. J'ai donc voulu m'intéresser à l'impact de cette vulnérabilité sur le quotidien des soignants et plus précisément sur leurs relations.

Pour trois des professionnels interrogés, la vulnérabilité du côté des patients a été facilement reconnaissable. En effet Alexis dit « le patient en lui-même est vulnérable » (E1 L104). Emy rejoint son point de vue en disant « du moment qu'il est patient, il est vulnérable » (E4 L198).

Par la suite, elle aborde la notion de dépendance du soigné envers le soignant, approchant ainsi le principe d'autonomie. En effet, elle dit « *ils dépendent de nous donc moi je considère que voilà c'est une vulnérabilité en soi* » (E4 L204-205). Ces dires peuvent faire référence aux affirmations de Cindye Sautereau relevant que l'autonomie a un impact sur la vulnérabilité des patients et selon elle, pour réduire cette vulnérabilité « *l'autonomie comme point d'orgue de l'agir, demeure la visée à atteindre* » (Sautereau, 2013, p. 8). Rose quant à elle m'expose plusieurs situations dans lesquelles les patients peuvent se sentir vulnérables, ainsi que les actions qu'elle met en place pour tenter de réduire leur vulnérabilité. En effet, elle dit « *de les assoir dans leur lit, ou alors de monter un peu le lit ou alors de me baisser à leur niveau, déjà je trouve que rien que ça je trouve que les patients doivent se sentir un peu moins vulnérables* » (E2 L163-164-165). Monique Formarier met en avant l'importance de chercher à diminuer cette vulnérabilité en déclarant « *Un des objectifs des soignants dans la relation de soins, en particulier dans la phase d'accueil, devrait être de restaurer une « relation symétrique » et de permettre au patient de retrouver une autonomie et d'être, avec les soignants, dans des interactions et des relations égalitaires* » (Formarier, 2007, p. 35). Pour Manu, ce fut un petit peu plus délicat d'aborder ce sujet, en effet elle dit « *j'ai du mal à mettre des mots sur ça* » (E3 L225). Cependant, lors de la discussion, elle dit « *les personnes ne peuvent être que touchées et se remettre beaucoup en question* » (E3 L180-181) signant en quelque sorte une certaine vulnérabilité des patients. Pour Alexis et Emy, cette vulnérabilité serait due à leur positionnement et à leur statut, ce que souligne également Rose en rajoutant « *le manque de connaissance chez les patients, je pense que ça peut les rendre vulnérables aussi* » (E2 L177-178). En effet, différentes disproportions de cette relation ont été relevées par Agata Zielinski, et notamment celle concernant les connaissances. Elle dit « *la volonté de réduire l'asymétrie passe par le devoir d'informer, qui réduit la disproportion des savoirs* » (Zielinski, 2011, p. 101). Trois des soignants interrogés disent reconnaître leur propre vulnérabilité dans cette relation. En effet, Alexis dit « *là on se sent vulnérable* » (E1 L112). Par la suite, il énonce plusieurs situations dans lesquelles il ressent cette vulnérabilité, notamment lorsque les patients font preuve d'agressivité ou quand les patients le ramènent à des situations personnelles. Il dit également « *on peut être aussi vulnérable sur les situations de décès, même bien accompagné, des fois c'est la famille qui va nous toucher, ou des fois des décès inattendus où l'on va devoir masser ou quoi et se dire beh m.... Qu'est-ce qu'on n'a pas bien fait* » (E1 L153-154-155). Selon Alexis, le fait de se sentir vulnérable permet une remise en question entraînant une

amélioration de ses pratiques. Le fait que la reconnaissance de notre propre vulnérabilité peut être bénéfique pour les soins a été appuyée par Agata Zielinski qui dit : « *dans la mesure où cette reconnaissance est en même temps une connaissance de soi à sa juste mesure, connaissance de ses capacités et de ses limites, elle est un juste milieu entre deux extrêmes qui empêchent l'action. Juste milieu entre l'impuissance et la toute-puissance* » (Zielinski, 2011, p. 105). Par la suite Alexis m'expose une situation vécue récemment, il parle d'un « *patient en fin de vie, et puis il n'a pas d'Hypnovel, il n'a pas de morphine, il suffit de passer dix secondes dans sa chambre pour le voir souffrir et ne pas être confortable* » (E1 L122-124). Dans cette situation, il dit s'être senti vulnérable « *de ne pas pouvoir gérer ça* » (E1 L144). Nous pouvons donc supposer que le fait de voir le patient souffrir a provoqué en lui une certaine vulnérabilité. Cette notion fût reprise par Agata Zielinski qui dit : « *le propre de la vulnérabilité du soignant est en effet d'être exposé à la souffrance de l'autre* » (Zielinski, 2011, p. 90). Pour Manu, il est plus évident de parler de sa propre vulnérabilité, plutôt que de celle des patients. Elle rejoint en quelque sorte le point de vue d'Alexis en disant « *il y a des gens qui je pense que je peux faire des fois des transferts avec peut-être moi aussi dans mes expériences personnelles, auprès de ma famille ce qu'ils ont vécu. Donc évidemment que oui ça me touche aussi, j'arrive à me remettre en question* » (E3 L162-163-164-165). C'est dans ces situations là que Manu se sent le plus vulnérable. En effet, elle rajoute « *oui peut être qu'à ce moment-là je peux me sentir un petit peu plus vulnérable* » (E3 L260-261). Rose quant à elle aborde en premier lieu sa vulnérabilité sur un plan plutôt technique, effectivement elle dit « *Me sentir vulnérable, peut être un soin que je ne maîtrisais pas* » (E2 L181). Par la suite, elle dit également se sentir vulnérable lors de décès « *si les gens pleurent pour un décès, j'ai envie de pleurer avec eux quoi, ça me renvoie plein de choses et voilà* » (E2 L198-199), soulignant ainsi un lien entre vulnérabilité et émotion. Lorsque je demande à Emy si elle a déjà ressenti de la vulnérabilité dans sa pratique, elle me répond « *Non, non* » (E4 L207). Suite à quoi, je lui demande si elle pense que cette situation pourrait se produire un jour, elle a répondu « *oui ça m'arrivera peut-être, si ça m'arrive je quitterai le service* » (E4 L210). En effet, selon elle, le fait de se sentir vulnérable serait « *une porte d'ouverte à beaucoup d'émotions* » (E4 L214). Nous retrouvons ici le lien entre vulnérabilité et émotion, déjà relevé par Rose. Pour Emy, il est important de ne pas transmettre ses émotions aux patients. Elle pense que le fait de se sentir vulnérable influencerait ses compétences professionnelles. Par la suite, elle affirme : « *moi, si j'en arrive à être vulnérable émotionnellement et psychologiquement. Pour moi, c'est que je suis peut-être*

plus apte » (E4 L218-219). Nous pouvons rapporter ses dires aux deux extrêmes de la vulnérabilité relevée par Agata Zielinski. En effet, le fait de se sentir trop vulnérable entraînerait une impuissance, alors que l'invulnérabilité produirait un sentiment de toute puissance. Par la suite, Emy aborde une notion de degrés dans la vulnérabilité, elle dit « *on n'est pas des robots non plus, mais moi le jour où je me sentirai trop vulnérable et que mes émotions et mon état psychologique l'emporteraient. Voilà et que ça s'exprimerait trop, je pense que je voilà, pour moi ce serait la fin* » (E4 L230-231-232-233). Ceci peut faire référence à la notion de « *juste milieu* » abordé par Agata Zielinski. En effet, elle dit « *juste milieu entre l'impuissance et la toute-puissance* » (Zielinski, 2011, p. 105).

Nous pouvons constater que les professionnels interrogés ont des perceptions variées de la vulnérabilité, tant chez les patients que chez les soignants. Effectivement, certains estiment que leur propre vulnérabilité peut être utile dans leur pratique, tandis que d'autres la perçoivent comme un obstacle. Nous pouvons relever également que pour certains soignants interrogés, cette notion paraît étroitement liée aux émotions, à la fois chez les patients et chez les soignants.

Nouvelles notions :

Après avoir effectué une analyse croisée des différents entretiens, il en est ressorti des concepts auxquels je n'avais pas pensé auparavant dans mon travail. Ces notions ont été abordées par les infirmier(e)s sans que je ne les introduises et celles-ci ont un lien direct avec les émotions et la relation soignant-soigné.

L'agressivité :

En effet, cette notion est ressortie dans trois des entretiens que j'ai pu effectuer. Tout d'abord Alexis l'aborde en faisant le lien avec ses émotions, il dit « *certain patients peuvent être agressifs, nous insulter professionnellement mais pas forcément personnellement euh, donc des fois il faut réussir à mettre des barrières et à s'éloigner, se dire que c'est pas nous mais l'infirmier qu'on est ou l'infirmière qu'on est qui prend, enfin, c'est pas toujours évident de se soustraire à ses émotions* » (E1 L63-64-65-66). Nous pouvons supposer que dans une situation où un patient peut faire preuve d'agressivité, Alexis parvient à se détacher de la situation en se disant que ce n'est pas sa personne qui est directement visée. Ceci peut être vu comme un mécanisme de défense, lui permettant de pouvoir gérer émotionnellement cette situation. Rose

quant à elle souligne l'effet de l'agressivité sur ses relations avec les patients en disant « *moi j'ai du mal à avoir des conversations soignant-soigné avec des gens qui sont agressifs* » (E2 L107-108). Dans certains cas, elle dit « *quand je me sens agressée, en fait, je me braque et je euh..., fin limite je ne m'occuperais plus du patient en fait* » (E2 L118-119). Cette phrase nous permet de mesurer l'impact que peut avoir l'agressivité sur la relation et sur les soins. Emy quant à elle, nous précise, que lorsque certaines relations avec les patients ne se passent pas bien, il peut lui arriver de passer la main à d'autres collègues pour justement essayer d'apaiser les tensions. Elle dit également qu'un patient peut être « *dans l'agressivité parce qu'il a peur, beh on essaye de comprendre pourquoi* » (E4 L91). Nous pouvons supposer que selon sa perspective, en essayant de comprendre la cause de l'agressivité des patients, nous pourrions envisager des solutions pour y remédier. En effet la communication peut être un des moyens pour limiter l'agressivité. Dominique Friard infirmier et rédacteur en chef de la revue « *santé mentale* » aborde dans un de ses articles les différentes raisons pour lesquelles les patients peuvent faire preuve d'agressivité. Il relève notamment la souffrance et la vulnérabilité que nous avons pu aborder précédemment. En effet, il dit « *Dans ce contexte où il est dépendant des soignants, il peut être amené à faire preuve d'agressivité contre cet environnement qu'il tolère souvent mal* » (Friard, 2012). Manu, elle, n'a pas évoqué l'agressivité au cours de l'entretien.

Les émotions des soignants :

En évoquant les émotions des patients, certains soignants interrogés ont abordé leurs propres émotions, nous avons pu également en discuter lorsque le sujet de l'intelligence émotionnelle s'est présenté.

Lors de l'entretien avec Emy, dès que j'ai débuté la discussion concernant les émotions des patients, elle m'a directement parlé des siennes en disant « *Moi, je suis déjà quelqu'un qui a du mal à exprimer mes propres émotions, donc encore plus au travail.* » (E4 L39-40). Le fait qu'elle aborde ses émotions alors que la question porte sur celles des patients, peut mettre en avant le fait que les deux sont étroitement liées. Pour cette infirmière, il est important d'arriver à contenir ses émotions car elles pourraient influencer son travail. En effet elle dit « *J'essaie de rester professionnelle et de ne pas faire jouer mon côté émotionnel. Parce que quelques fois, je me dis, quand on fait jouer trop le côté émotionnel, on se perd dans ce qu'on fait. Et quelques fois, ça joue sur notre prise en charge* » (E4 L43-44-45).

Ce point de vue rejoint en partie les affirmations de Franck Bourdeaut, pédiatre oncologue qui dans l'ouvrage *« les émotions dans la relation de soins : des racines de leur répression aux enjeux de leur expression »* mentionne : *« La répression des émotions paraît traditionnellement requise à une prise de décision sereine et objective. Elle assurerait également l'intégrité relationnelle du soignant, indispensable à sa disponibilité pour tous. Elle serait enfin une condition indispensable à l'équilibre psychologique personnel et collectif »*. (Bourdeaut, 2006, p. 133).

Par la suite, Emy fait le lien entre ses émotions et sa pratique en disant *« si je rentre tout ce qui est mon côté émotionnel et psychologique dans le soin et dans ma pratique, je pense que je pourrai pas gérer ma pratique justement et mon côté professionnel »* (E4 L220-221). Comme nous avons pu l'évoquer précédemment, cette infirmière fait également un lien entre émotion et vulnérabilité. En effet elle dit ne pas se sentir vulnérable dans sa pratique, selon elle, ceci serait *« une porte ouverte à beaucoup d'émotions et ces émotions moi je pense qu'on va les transmettre aux patients »* (E4 L213-214-215). Nous pouvons donc supposer que du point de vue de cette infirmière, ses émotions seraient un obstacle à ses prises en soins, elle décide donc de les mettre à distance durant sa pratique, de façon à ne pas être submergée par celles-ci. Cette pratique peut être assimilée à un mécanisme de défense mis en place par l'infirmière pour ne pas être confrontée à ses propres émotions, ce qui, selon elle, la déstabiliserait dans son travail.

Rose rejoint en quelque sorte le point de vue d'Emy concernant la relation entre vulnérabilité et émotions. En effet, lorsque j'ai abordé la vulnérabilité, elle me raconte une situation où elle a demandé à une collègue d'aller parler avec la famille d'un défunt car elle dit *« je me sentais pas par rapport à mes émotions à moi »* (E2 L193-194). Effectivement elle dit être touchée par la tristesse des familles endeuillées et éprouver des difficultés à faire face à de telles circonstances. Par la suite elle rajoute *« si les gens pleurent pour un décès j'ai envie de pleurer avec eux quoi, ça me renvoie plein de choses »* (E2 L198-199). Ces dires nous permettent de mesurer encore une fois la proximité et les interactions entre les émotions des patients et celles des soignants.

Alexis aborde également le lien entre émotion et vulnérabilité. En effet, il dit *« je trouve qu'on est vulnérable quand on s'occupe de gens qui sont vraiment dans des situations qui nous touchent personnellement, qui font écho à des situations personnelles »* (E1 L115-116-117). Manu rejoint Alexis sur ce point, elle dit se sentir touchée lorsque des patients la renvoie à

certaines situations personnelles, elle révèle également ressentir certaines émotions notamment lorsqu'elle pratique l'empathie. En effet, cette infirmière affirme « *quand on arrive à repérer un petit peu ce que le patient a du mal à exprimer, des fois les émotions. Bah moi je suis touchée assez rapidement par ça et c'est essayer de se mettre un peu à la place de l'autre* » (E3 L69-70). Manu dit pouvoir identifier les situations qui suscitent certaines émotions en elle, mais éprouve des difficultés à exprimer celles-ci. Alexis parvient également à repérer les situations lui provoquant une réaction émotionnelle et il rajoute pouvoir utiliser ses émotions lorsqu'elles sont positives, il dit « *quand elles sont positives oui on peut s'en servir* » (E1 L57). Manu trouve de l'intérêt à prendre en compte ses propres émotions. En effet, selon elle, cela l'« *aide aussi pour aller de l'avant et pour aussi prendre en charge encore une fois le patient au mieux* » (E3 L173-174). Nous pouvons alors relever qu'Emy et Manu n'ont pas la même perception de l'utilité de leurs émotions, en effet pour l'une cela va lui permettre d'améliorer ses prises en soins et pour l'autre cela est perçu comme un obstacle à celles-ci. Par la suite, Manu affirme que « *les émotions sont hyper importantes que ce soit nous ce qu'on ressent, mais surtout ce que ressent le patient* » (E3 L282). Nous pouvons constater que cette infirmière porte de l'intérêt aux émotions des patients mais également aux siennes. Margot Phaneuf a également souligné l'importance de prendre en compte nos propres émotions afin de mieux comprendre celles des autres. En effet, elle affirme : « *le fait de porter attention à nos propres émotions nous prédispose à saisir et à comprendre celles des autres* » (Phaneuf M. , 2013, p. 9).

Suite à ces différentes déclarations, nous pouvons constater que pour ces quatre soignants les émotions des patients et les leurs sont étroitement liées. Certains soulignent même les interactions entre celles-ci. Chacun d'entre eux ressent et utilise les émotions à sa manière. En effet elles peuvent être perçues comme un outil dans leurs relations et leurs soins ou au contraire comme un obstacle. La plupart des soignants établissent un lien entre émotions et vulnérabilité.

La distance dans la relation soignant-soigné :

Lorsque les émotions ont été abordées, certains soignants ont introduit la notion de distance dans la relation. Cette notion fut en premier lieu abordée par Alexis en disant : « *des fois il faut réussir à mettre des barrières et à s'éloigner* » (E1 L64) sinon certaines situations peuvent s'avérer compliquées à gérer pour lui. Il énonce une certaine distance parfois nécessaire avec ses propres émotions de façon à ne pas trop s'impliquer, il dit « *des fois faut réussir à rester*

assez neutre et ne pas s'investir émotionnellement dans une situation, sinon ça peut être compliqué » (E1 L60-61). Nous pouvons supposer que ces agissements sont en quelque sorte des mécanismes de défense mis en place par le soignant, pour tenter de se préserver et ne pas trop s'impliquer émotionnellement dans certaines relations pouvant causer des souffrances. Ces mécanismes peuvent permettre à Alexis de mettre en place une juste distance dans la relation entre lui et ses patients, de façon à ne pas être trop investi personnellement. Cet infirmier prend pour exemple une situation où un patient fait preuve d'agressivité et il dit que dans ces cas-là il se dit « *c'est pas nous mais c'est l'infirmier qu'on est ou l'infirmière qu'on est qui prend* » (E1 L65). Nous constatons donc que dans ces cas, la prise de distance lui permet de ne pas être touché émotionnellement ou du moins, de façon moins importante.

La notion de juste distance fût abordée par Pascal Prayez, docteur en psychologie clinique et sociale. Selon lui, cette juste distance se trouve entre deux extrêmes. Ces deux extrêmes sont tout d'abord « *la distance défensive* » (Pétermann, 2016, p. 178) qui serait une prise de distance excessive envers les patients. Celle-ci entraînerait une perte de sensibilité chez les soignants, les privant d'affect et rendant la relation moins authentique. Cette distance induirait une perte de sens du métier de soignant, ce qui rendrait le travail pesant pour les équipes, d'où une diminution de la qualité des soins. Le second extrême consiste en un excès d'implication passionnée, pouvant générer une souffrance du soignant. Comme le souligne Pascal Prayez, « *il est nécessaire de ne pas confondre relation professionnelle et relation privée* » (Pétermann, 2016, p. 178). Dans cette situation, le soignant pourrait faire preuve d'une implication excessive, ce qui pourrait parfois engendrer un sentiment de culpabilité ou bien une forme de compassion qui est considérée comme un partage des souffrances, comme le définit le Larousse en tant que « *souffrir avec* ».

Le sentiment de culpabilité introduit par Pascal Prayez fût également abordé par Alexis, qui dit : « *on a cette grande pathologie de la culpabilité, je pense on se remet beaucoup en question et on souffre beaucoup des fois de la prise en charge des patients* » (E1 L164-165-166). Ces dires mettent en avant l'implication de cet infirmier dans ses relations avec ses patients.

Rose évoque également cette notion de distance, notamment dans les situations de décès où elle dit avoir du mal avec ses propres émotions. En effet dans ces circonstances-là, elle dit « *si les gens pleurent pour un décès, j'ai envie de pleurer avec eux quoi, ça me renvoi plein de choses et voilà* » (E2 L198-199). Cette affirmation met en avant le lien entre émotion et distance,

abordé par Alexis auparavant. De plus, Rose révèle que l'agressivité dont peut faire preuve certains patients influe également sur la distance dans la relation. En effet, elle dit : « *je me sent agressée en fait je me braque et je euh ..., fin ..., limite je m'occuperais plus du patient en fait* ». (E2 L118-119). Nous pouvons supposer que l'agressivité des patients peut potentiellement provoquer une émotion de peur chez cette infirmière, impactant directement la distance dans la relation de soin.

Emy, quant à elle dit : « *j'ai beaucoup de mal avec les émotions des patients, parce que je suis quelqu'un d'assez rapide* » (E4 L38-39) et « *J'essaye de rester professionnelle et de ne pas faire jouer mon côté émotionnel* » (E4 L42-43). Nous pouvons donc supposer un lien entre distance et professionnalisme, d'après ses dires nous pouvons présumer que cette infirmière adopte une distance plutôt défensive. Pascal Prayez a approché la notion de professionnalité et distance en disant « *Cette tendance à pousser les soignants vers une prise de distance excessive, sous couvert de professionnalité, est actuellement dominante dans bien des discours. Il s'agit pourtant d'une dérive regrettable du terme, qui tend à tirer cette expérience relationnelle vers une perte de sensibilité à l'autre* » (Pétermann, 2016, p. 178). Selon ce dernier, une distance hyper défensive est en opposition avec qualité des soins, nous mesurons donc l'importance de parvenir à trouver une juste distance dans nos relations de soins.

Manu, quant à elle, n'aborde pas la notion de distance. Cependant elle affirme parvenir à repérer et comprendre les émotions des patients, ce qui parfois peut la toucher personnellement notamment lorsque certaines situations lui rappellent des situations personnelles.

Suite à ces différentes constatations, il apparaît que maintenir une juste distance dans les soins est primordiale. Il est également notable que cette distance est en partie influencée par les émotions des soignants, ce qui peut expliquer la difficulté pour certains professionnels à déterminer la distance appropriée à mettre en place.

5.6 Limites de l'enquête

L'enquête exploratoire a été une partie majeure de mon travail. En effet, elle m'a permis de confronter les connaissances théoriques que j'ai pu exposer dans le cadre de référence et la pratique réelle sur le terrain. Toutefois, j'ai pu rencontrer quelques limites dans cette étape de mon travail que je vais vous présenter ci-dessous.

Tout d'abord l'échantillonnage de quatre personnes pour mon enquête est trop faible pour pouvoir faire une généralisation des pratiques.

Concernant les entretiens, je les envisageais avec enthousiasme, mais avec une certaine appréhension tout de même. Lors de leurs réalisations, j'ai eu du mal à adapter mes questions aux dires des soignants. En effet j'avais la crainte d'oublier d'aborder un sujet, et j'ai parfois eu l'impression de leur faire répéter certaines phrases. Néanmoins lors de la retranscription et de l'analyse, j'ai pu constater que les entretiens avaient été riches en matière d'échange.

En ce qui concerne ma grille d'entretien, le fait d'avoir choisi les entretiens semi-directifs a favorisé l'expression des professionnels. Cependant pour l'analyse des différentes relations, des questions plus ciblées m'auraient permis une analyse plus aisée et plus approfondie.

J'ai également pu remarquer que certains soignants semblaient embarrassés lorsqu'il s'agissait d'aborder le sujet des émotions, le considérant peut-être comme un thème délicat à aborder. C'est un sujet sur lequel certains professionnels ont fait preuve d'ambivalence rendant parfois l'analyse un peu délicate.

6 Problématique

Les différents entretiens avec les infirmier(e)s, m'ont permis d'approfondir mes connaissances sur les thèmes abordés dans mon travail de recherche, il en est également ressorti de nouvelles notions que je n'avais pas approchées dans mon cadre de référence. Ces différents éléments me conduisent à élaborer une nouvelle réflexion qui donnera lieu à une question de recherche.

Tout d'abord, nous allons reprendre ma question de départ qui était « **En quoi la prise en compte des émotions des soignés par les soignants favorise-t-elle la relation soignant-soigné ?** »

En premier lieu, tous les soignants interrogés ont trouvé une situation dans laquelle ils ont pris en compte les émotions d'un patient. Dans ces différentes situations, cette prise en compte a permis aux professionnels d'adapter leurs relations aux besoins spécifiques de ceux-ci. Ils ont tous été unanimes sur l'importance de l'empathie dans les soins, elle permettrait une meilleure compréhension des patients et de leurs besoins. Cette compréhension peut entraîner une adaptation de la relation, notamment de la communication verbale ou non verbale ainsi que du temps passé auprès des patients. En effet, Lors de l'analyse croisée concernant les différentes relations, nous avons pu constater que la prise en compte des émotions des patients influe sur le type de relation mise en place par les soignants. Nous pouvons donc en déduire que la prise en compte des émotions des patients permet la mise en place d'une relation et des soins plus appropriés, augmentant ainsi la satisfaction des patients et leur adhésion aux soins entraînant une prise en soins holistique de ceux-ci. D.Jorland rejoint le point de vue des professionnels en disant « *plus les infirmières font preuve d'empathie, moins les patients sont anxieux, dépressifs ou furieux. Autrement dit, non seulement l'empathie favorise le traitement thérapeutique, mais elle facilite la relation thérapeutique. En faisant l'effort de comprendre leurs patients, les infirmières se facilitent la tâche* » (Formarier, 2007, p. 38).

Les professionnels interrogés ont spécifié que la notion de temporalité influe également sur leurs relations avec les patients, ainsi que sur l'utilisation de l'empathie dans les soins

Concernant la vulnérabilité dans les soins, la plupart des soignants interrogés ont reconnu de façon évidente celle des patients, souvent liée aux disproportions présentes dans la relation soignant-soigné. Néanmoins, certains affirment ne pas se sentir vulnérables dans leurs pratiques, en stipulant que cela pourrait entraîner un trop plein d'émotions, pouvant influencer sur leurs pratiques.

Selon Dominique Friard, la vulnérabilité des patients peut être l'une des sources de leur éventuelle agressivité lors des soins. L'agressivité fut une des nouvelles notions abordées par les soignants. Je n'avais pas approché ce concept dans mon cadre de référence, mais d'après les infirmier(e)s interrogé(e)s, celui-ci impacte directement la relation soignant-soigné et en serait un facteur limitant. En premier lieu, le Larousse Médical définit l'agressivité comme étant

« Une tendance à s'opposer à autrui ou à l'attaquer, de façon réelle ou fantasmée. L'agressivité est en rapport étroit avec la satisfaction des besoins vitaux, la maîtrise du milieu et l'affirmation de soi. Les actes agressifs sont ceux qui retiennent le plus l'attention en raison de leur caractère spectaculaire et potentiellement dangereux, mais l'agressivité peut prendre bien d'autres formes : attitudes, paroles ou fantasmes » (Wainsten, 2022). L'agressivité dans les soins provoquerait des réactions émotionnelles chez les professionnels. En effet certains soignants stipulent que dans ces moments-là, ils mettent leurs émotions de côté pour éviter d'être submergés par celles-ci.

Comme évoqué précédemment, les entretiens ont souligné l'importance de la prise en compte des émotions des patients dans nos relations et nos soins. Les professionnels de santé interrogés ont mis en avant un éventuel lien entre les émotions des patients et leurs propres émotions ainsi que leurs répercussions dans leur pratique. En effet, lorsque les émotions des patients ont été abordées certains infirmiers ont évoqué directement les leurs, mettant en évidence dans le domaine des émotions l'étroitesse de la frontière soignant / soigné ainsi que les interactions entre les deux. Une des soignantes a confirmé ce constat en révélant que la tristesse des proches lors des décès impacte directement son propre état émotionnel, cette émotion étant ressentie par elle-même.

Ceci met en avant la notion de distance et son lien direct avec les émotions comme nous avons pu l'aborder précédemment. En effet, nous pouvons supposer que la souffrance est partagée dans cette situation, ce que l'on peut apparenter à de la compassion. L'implication des émotions dans cette notion de distance dans les soins peut expliquer la complexité pour certains soignants de trouver la juste mesure de celle-ci. En effet, Pascal Prayez a affirmé qu'il peut être délicat de parvenir à trouver cette juste distance au vue des différents éléments présents dans la relation. Il affirme « *Prétendre qu'il est possible de trouver d'emblée une posture professionnelle maîtrisée est en fait une illusion. Pour comprendre et chercher la distance juste, il est préférable de ne jamais oublier cette donnée toute simple: le soin met au contact deux corps vivants, qui perçoivent des sensations, qui ressentent des émotions, et qui pensent.* » (Pétermann, 2016, p. 179).

Les émotions des soignants ont pu être abordées également lorsque le concept d'intelligence émotionnelle s'est présenté. Aucun des soignants interrogés ne connaissaient ce terme. Cependant certains disent la pratiquer, mais avoir du mal à exprimer leurs émotions.

Une des infirmières estime qu'il est essentiel de laisser de côté ses émotions pendant son temps de travail afin de ne pas être submergée par celles-ci. Selon elle, cela pourrait avoir un impact négatif sur ses prises en charge et risquerait de compromettre ses compétences professionnelles. Ce point de vue rejoint en quelque sorte la pensée que pouvait avoir Platon, philosophe de la Grèce antique concernant les émotions. En effet Olivier Luminet, directeur de recherche et professeur en université, relève dans un de ses ouvrages « *la vision platonicienne de l'émotion est fort négative puisque, selon lui, elle ne fait que pervertir la raison et l'empêche de se développer de manière fructueuse* » (Luminet, 2008, p. 17).

J'ai également constaté que certains soignants sont conscients des situations qui peuvent provoquer en eux certaines réactions émotionnelles. Cette prise de conscience peut leur permettre d'anticiper leur survenue, de les comprendre et éventuellement de les exprimer. En portant de l'intérêt à leurs propres émotions, les professionnels de santé améliorent leur connaissance de soi, ce qui, selon eux, leur permet de mieux prendre en soin leurs patients. Selon Margot Phaneuf, cette approche favorise également une meilleure compréhension des émotions des autres. En reconnaissant leurs propres émotions, les soignants peuvent également mettre en place des mécanismes de défense pour faire face à des situations difficiles, comme nous avons pu l'aborder précédemment avec l'agressivité.

Pour ma part, je pense qu'il est essentiel de tenir compte des émotions des patients. Ce travail m'a permis de réaliser l'importance de celles-ci dans nos relations et dans la qualité des soins prodigués aux patients.

Toutefois je me rends compte que tous les sujets traités dans ce travail sont liés, en effet les émotions sont au cœur de notre métier, ce métier où l'humain est le centre d'intérêt principal et tout être humain est pourvu d'émotions.

Ce travail m'a fait prendre conscience de la délicate frontière entre les émotions des patients et celles des soignants. J'ai pu réaliser également l'importance de prêter attention à nos propres émotions ainsi que leurs effets sur la juste distance dans nos relations de soins.

Tous ces éléments me poussent vers de nouvelles réflexions, donnant lieu à une question de recherche portant sur les émotions des soignants et la notion de juste distance dans la relation soignant-soigné.

7 Question de recherche

« En quoi les émotions des soignants influencent-elles la juste distance dans la relation soignant-soigné ? »

8 Conclusion

Mon travail de fin d'étude touche à sa fin. Il marque la fin de ses trois années de formation qui ont été intenses mais également enrichissantes. Tant sur un plan professionnel que personnel. Ce travail ne fût pas évident à réaliser pour ma part et m'a demandé beaucoup d'investissement. Cependant j'ai pu prendre plaisir dans sa conception. Les sujets abordés dans ce travail me passionnent particulièrement, notamment les émotions et la relation soignant-soigné qui, à mes yeux, sont essentiels. D'autant plus qu'ils sont issus d'une situation qui m'a particulièrement interpellé.

Cette situation m'a semblé être le point de départ évident de ce mémoire. Cependant la retranscrire sans émettre de jugement et en reflétant au maximum la réalité ne fut pas sans peine. Suite à quoi, j'ai pu construire un questionnement relevant plusieurs sujets qui me semblaient pertinents à travailler. Néanmoins, avec l'aide de ma directrice de mémoire, j'ai pu élaborer ma question de départ :

« En quoi la prise en compte des émotions des soignés par les soignants favorise-t-elle la relation soignant-soigné ? »

Par la suite, j'ai pu confectionner mon cadre de référence de façon à orienter mes lectures pour tenter de trouver des réponses à mon interrogation. Cette partie a été pour moi la plus passionnante de par les connaissances que j'ai pu acquérir, ainsi que par le plaisir que j'ai pu prendre à découvrir certains auteurs, exprimant leurs opinions concernant les émotions et la relation soignant-soigné. A la fin de l'élaboration de mon cadre de référence, j'ai pu préparer mes entretiens avec les professionnels en mettant en place un guide d'entretien en lien avec ce dernier et ma question de départ. Ces rencontres ont été riches en savoir et m'ont permis de mettre en tension les connaissances théoriques et la pratique sur le terrain. Cette mise en tension

m'a permis de constater des similitudes mais aussi des points de divergences, ainsi que découvrir de nouvelles notions. Notamment l'interaction des émotions entre les patients et les soignants, la distance dans la relation de soins ainsi que la potentielle place des émotions des soignants dans la relation ainsi que dans les soins. Ces différents constats ont enrichi ma réflexion et ont soulevé une nouvelle problématique conduisant à la formulation de la question de recherche suivante :

« En quoi les émotions des soignants influencent-elles la juste distance dans la relation soignant-soigné ? »

Ce travail m'a apporté une réflexion approfondie concernant les émotions, notamment celles des patients et la nécessité de les prendre en considération. J'ai également approfondi ma compréhension de l'importance de la relation avec les patients et de son impact positif tant pour les soignés que pour les soignants.

Lors de l'écriture de ce mémoire, j'ai réalisé que pendant mon parcours professionnel j'ai été régulièrement confronté aux émotions des patients, en leur portant de l'attention mais sans réellement en mesurer les effets. Cependant j'ai toujours accordé de l'importance à la relation que l'on peut développer avec les patients.

Dorénavant, je me rends compte que ma vision concernant les émotions et la relation soignant-soigné a évolué. Aussi bien d'un point de vue théorique que pratique. Selon moi les émotions peuvent être considérées comme un tremplin pour adapter nos relations et nos soins aux besoins spécifiques des patients. Je rejoins également le point de vue des soignants interrogés concernant l'importance de l'empathie dans notre métier. En effet, selon moi, celle-ci est primordiale car elle permet une compréhension approfondie des patients ainsi que de leurs besoins.

Mes trois années d'études à l'IFSI et les connaissances acquises durant ce travail m'ont aidé à renforcer mon identité professionnelle.

En effet, dans les mois à venir, je serai à nouveau soignant et je souhaite que les émotions soient une de mes préoccupations de façon à comprendre au mieux les patients et à pouvoir être le plus authentique possible dans cette relation qui, à mon sens est primordiale dans mon quotidien.

9 Bibliographie

- (2023). Récupéré sur Thadéo: <https://www.thadeo.fr/comment-gerer-ses-emotions-quand-on-est-soignant/>
- (2024, Janvier 21). Récupéré sur Larousse.fr: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sollicitude/73347>
- Alves Tassinari, M. (2008). la dimension politique des relations d'aide : la contribution de Carl Rogers. 230.
- Bourdeaut, F. (2006, septembre). les émotions dans la relation de soin : des racines de leur répression aux enjeux de leur expression. *éthique et santé*, p. 133.
- Ebbesmeyer, S. (2010). conduire ou séduire la raison. *revue de métaphysique et de morale*, 234-235.
- Ekman, P., & Journet, N. (2002). le langage naturel des émotions. *Sciences Humaines*, 33.
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concept et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 33.
- Friard, D. (2012). L'agressivité. Dans M. Formarier, *les concepts en sciences infirmières* (p. 56). toulouse.
- Goleman, D. (2014). *L'intelligence émotionnelle*. Paris: J'ai lu.
- Hesbeen, W. (1999). Le caring est-il prendre soin ? *Perspective soignante*, 8.
- Hesbeen, W. (2023). *Relation d'aide en soins infirmiers*. Paris: Elsevier Masson.
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 24.
- Jousset, D., & Boles, J. (2011). *Parcours de la vulnérabilité en réanimation adulte*. Laennec.
- Larousse.fr. (2024, Février 6). Récupéré sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9motion/28829#:~:text=sensations%20tr%C3%A8s%20vives%20caus%C3%A9s%20par%20un%20spectacle%20ou%20une%20action>.

- Levinas, E. (1990). *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*. livre de poche.
- Liendle, M. (2012). Vulnérabilité. Dans M. Formarier, *Les concepts en sciences infirmières* (p. 304). Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers.
- Luminet, O. (2008). *Psychologie des émotions*. Bruxelles: De Boeck.
- Maeker, E., & Maeker-Poquet, B. (2020). L'empathie peut elle être enseignée aux soignants. *Soins gériatrie*, 30-33.
- Manoukian, A. (2014). *La relation soignant-soigné*. Paris: Lamarre.
- Pacherie, E. (2004). *L'empathie et ses degrés*. Paris: Odile Jacob.
- Paillard, C., & Pierre Poulet, N. (2013). *Dictionnaire humaniste infirmier : approche et concepts de la relation soignant-soigné*. Noisy-le-grand: Setes.
- Pétermann, M. (2016). La juste distance professionnelle en soins palliatifs. *Revue Internationale de soins palliatifs*, 178.
- Phaneuf, M. (2010). Les intelligences émotionnelle et sociale des outils pour la relation. *Santé mentale*, 3.
- Phaneuf, M. (2013). l'intelligence émotionnelle un outil du soin. *santé mentale*.
- Potier, M. (2002). *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers*. Rueil-Malmaison: Lamarre.
- Pouget, R. (2023). le soin, lieu d'affectivité et d'émotions. *la revue de l'infirmière*.
- Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Seuil.
- Rossi, R., Lauzol, C., & Noyé, D. (2020). *Les pouvoirs de l'intelligence émotionnelle*. Paris: Eyrolles.
- Rullac, S. (2015). *Dictionnaire pratique du travail social*. Paris: Dunod.
- Sautereau, C. (2013). Subjectivités et vulnérabilité chez Ricoeur et Levinas. *Etudes Ricoeuriennes*, 8-9.
- Van Hoorebeke, D. (2008). L'émotion et la prise de décision. *revue française de gestion*, 37.
- Vernay, C. (2018). L'empathie, un élément clé de la relation de soin. *SOINS*, 47.

Wainsten, J.-P. (2022). *Larousse Médical*. Paris: Larousse.

Zielinski, A. (2011). La vulnérabilité dans la relation de soin. *cahiers philosophiques*, 90.

Zielinski, A. (2019). *Reconnaissance de la vulnérabilité : vers une éthique de la sollicitude*.
Toulouse: Eres.

10 Table des annexes

Annexe I : Grille d'entretien.....	I
Annexe II : Demande pour les entretiens	II
Annexe III : Réponses pour les entretiens	III
Annexe IV : Retranscription entretien Alexis.....	IV
Annexe V : Retranscription entretien Rose	XI
Annexe VI : Retranscription entretien Manu.....	XIX
Annexe VII : Retranscription entretien Emy	XXX
Annexe VIII : Grille d'analyse : les émotions.....	XXXIX
Annexe IX : Grille d'analyse : la relation soignant-soigné	XLIV
Annexe X : Autorisation de diffusion du travail de fin d'études.....	LVI

Annexe I : Grille d'entretien

Grille d'entretien

Question inaugurale : « **Pouvez-vous me décrire une situation où vous avez pris en compte les émotions d'un patient ?** ».

Question de relance :

Thèmes	Ce que je cherche à savoir	Les questions
Emotions	L'utilité que peuvent trouver les soignants au repérage et à la compréhension des émotions du patient.	le fait de repérer les émotions de vos patients vous sert-il dans votre pratique et vos relations ?
<i>Empathie</i>	Si les soignants ont connaissance de ce concept et quel intérêt ils trouvent à le pratiquer	Dans votre pratique quotidienne, quels intérêt trouvez-vous à la pratique de l'empathie ?
<i>Intelligence émotionnelle</i>	Si certains soignants ont des difficultés dans leurs quotidien pour mettre en place une prise en soin empathique.	Cette pratique est-elle facile à mettre en œuvre au quotidien ?
	Connaissance du concept et voir s'il est utilisé dans les services de soin, et comment il est utilisé	Pensez-vous pratiquer l'intelligence émotionnelle ? et en quelle mesure ?
Relation soignant-soigné	Ce que représente la relation soignant-soigné dans le quotidien des soignants	Dans votre pratique quotidienne que représente la relation soignant-soigné ?
<i>Les différentes relations</i>	Si les soignants ont des contraintes ou au contraire des éléments favorisant, pour mener une relation de soin effective avec leurs patients	Dans votre pratique quels éléments favorisant ou limitant la relation de soin pouvez-vous rencontrer ?
<i>Vulnérabilité</i>	Ce que représente la vulnérabilité dans les soins pour les soignants	Qu'évoque pour vous la vulnérabilité dans les soins ?
	Si les soignants ont conscience de leurs vulnérabilité et si ils ont déjà vécu ce genre de situations.	Avez-vous déjà ressenti de la vulnérabilité dans votre pratique ? si ce n'est pas le cas, pensez-vous que cela pourrait arriver un jour ?

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Annexe II : Demande pour les entretiens

M. Riviere Anthony
Étudiant en soins infirmiers

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Adresse : 90 Avenue de Provence
84300 Cavaillon

Téléphone : 06.34.44.37.14

Mail : anthony.riviere84@gmail.com

Avignon, le 06/02/2024

Madame, Monsieur,

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

Auprès des infirmiers, infirmières ou aides-soignants, aides-soignantes dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est : **l'effet des émotions sur la relation soignant-soigné**

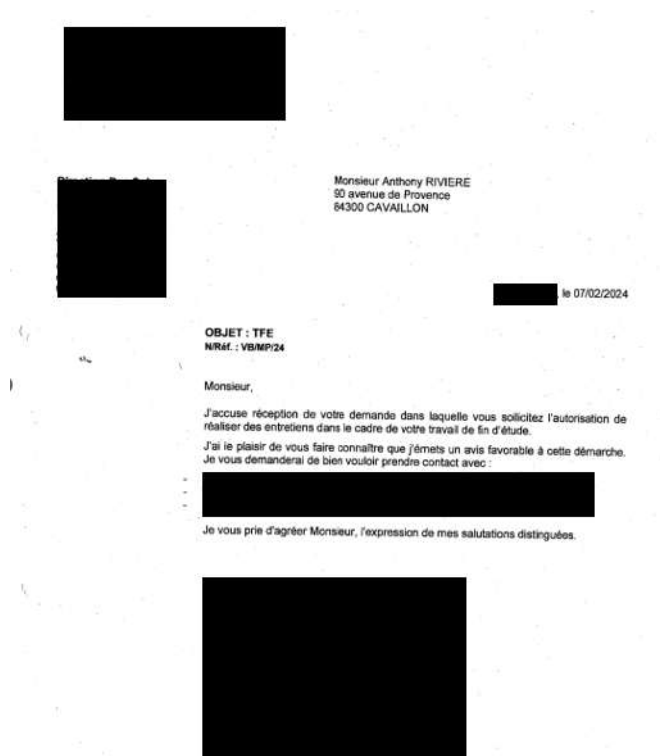
Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

- Pouvez-vous m'expliquer dans votre pratique quotidienne la place que vous laissez aux émotions ?
- Selon vous les émotions ont-elles une influence sur la relation soignant-soigné ?
- Connaissez-vous le terme d'intelligence émotionnelle ?
- Qu'évoque pour vous la relation soignant-soigné ?

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

Anthony Riviere

Annexe III : Réponses pour les entretiens



Monsieur RIVIERE Anthony
90 avenue de Provence
84300 CAVAILLON

le 14/02/2024

OBJET : TFE
N/Réf. : VBMP/24

Monsieur,

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 :

[Redacted]

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

LE CADRE SUPERIEUR DE SANTE
Chargée de missions à la direction des soins



Annexe IV : Retranscription entretien Alexis

- 1 **Moi** : Ok, donc peux-tu te présenter sur le plan professionnel ?
- 2 Alexis : Ben. Je suis Alexis, euh je suis infirmier depuis 2020, j'ai exercé en intérim pendant 2
3 ans et après je suis arrivé ici en pneumologie du coup, au 1^{er} janvier 2022 donc ça fait un peu
4 plus de 2 ans maintenant que je suis là.
- 5 **Moi** : Ok d'accord, juste quel âge tu as ?
- 6 Alexis : Euh je vais avoir 27 la semaine prochaine.
- 7 **Moi** : Ok, d'accord. Donc on va attaquer si tu veux bien ? Est-ce que tu pourrais me décrire une
8 situation où tu as pris en compte les émotions d'un patient ? Est-ce que tu as une situation qui
9 te viens ?
- 10 Alexis : Euh beh rien que ce matin j'ai une patiente, ça fait 7 semaines qu'elle est chez nous
11 alors que on est en médecine aigüe donc durée moyenne de séjour normalement d'une semaine.
12 Et elle appréhendait énormément son retour à la maison qui se fait aujourd'hui, et en plus ce
13 n'est pas vraiment à sa maison parce qu'elle a pour son retour à domicile, elle emménage dans
14 un nouvel appartement.
- 15 **Moi** : D'accord
- 16 Alexis : à cause de ses problèmes physiques et tout, donc elle était très angoissée, euh, stressée
17 à l'idée de rentrer dans ce nouvel appartement. Donc, voilà, c'était pour les soins d'hygiène,
18 notamment, je l'ai accompagné pour la douche et très angoissée, et il faut la rassurer.
- 19 **Moi** : Et toi ça a été, euh ça t'a été utile quelque part de recueillir les émotions de cette patiente ?
- 20 Alexis : Ah beh, il faut toujours faire en fonction des émotions des patients, sinon c'est, c'est un
21 tout, faut prendre le patient dans sa globalité, euh dans le terme globalité veut tout dire, c'est
22 absolument tout, son état psychique, physique, mais aussi beaucoup ses émotions. Si on peut se
23 retrouver avec des patients qui sont dans le refus de soins qui peut être expliqué par des
24 situations qui impactent ses émotions et qui impactent du coup, son adhésion aux soins. Donc
25 il faut forcément prendre en compte tout ça.

26 **Moi** : Ok. Donc le fait de repérer les émotions du patient si je comprends bien, t'est utile dans
27 ta pratique et potentiellement dans les relations ?

28 Alexis : Oui toujours au quotidien, on le fait peut-être inconsciemment sans avoir forcément de
29 de trame ou de méthodes particulières, mais on le fait.

30 **Moi** : Et dans ta pratique quotidienne, quel intérêt tu trouves à la pratique de l'empathie ?

31 Alexis : Bah euh déjà c'est impératif, d'avoir de l'empathie pour notre métier, sinon si on n'est
32 pas capable de se mettre à la place des autres, je pense que le métier n'est pas forcément fait
33 pour nous. Euh ensuite ça me permet de mieux comprendre ce que, ce que peut ressentir déjà
34 le patient c'est le but de l'empathie, euh mais aussi de mieux comprendre aussi ses attentes s'il
35 en a, euh ou ses craintes, euh on peut mieux le cerner et du coup mieux adapter le soin et
36 l'accompagnement ou le parcours à sa situation.

37 **Moi** : D'accord merci, et cette pratique pour toi elle est facile à mettre en place au quotidien ?

38 Alexis : Euh, d'un point de vue personnel, je trouve que oui ça va, ça se fait facilement, après
39 je pense qu'on est tous différents les uns des autres et on a une empathie propre à soi et de mon
40 côté ça se passe plutôt bien, j'arrive rapidement et ça c'est avec l'expérience aussi à cerner
41 quand un patient ne va pas très bien ou quoi, ça peut se remarquer assez vite, après il y en a qui
42 sont plus renfermés et dans ce cas c'est plus dur de comprendre ce qu'ils attendent mais bon.

43 **Moi** : D'accord et penses-tu pratiquer l'intelligence émotionnelle dans ton travail et en quelle
44 mesure ?

45 Alexis : Alors qu'est-ce que c'est ?

46 **Moi** : T'aurais une idée de ce que ça peut être ou pas ?

47 Alexis : Beh les deux mots séparés ça va, mais ensemble hum hum

48 **Moi** : Donc l'intelligence émotionnelle si tu veux, je peux t'expliquer avec mes mots ce que
49 j'en ai compris

50 Alexis : oui

51 **Moi** : Donc en quelque sorte, c'est être capable de ressentir, de comprendre, d'analyser et
52 d'exprimer tes propres émotions, et d'arriver à repérer et comprendre les émotions d'autrui

53 Alexis : Ok, après ça oui, enfin pour moi c'est une forme d'empathie du coup si je comprends
54 bien, donc oui c'était quoi déjà la question ?

55 **Moi** : c'est : est-ce que tu penses pratiquer l'intelligence émotionnelle, donc incluant tes propres
56 émotions en plus de l'empathie ?

57 Alexis : Euh, quand elles sont positives oui on peut s'en servir, mais des fois, des patients qui
58 sont dans le refus de soin, qui sont déments ou qui relèvent de la psychiatrie alors qu'on est un
59 service où on n'est pas habitués à faire ce genre de soins, là c'est plus difficile et il faut mettre
60 de côté nos émotions, des fois faut réussir à rester assez neutre et ne pas s'investir
61 émotionnellement dans une situation, sinon ça peut être compliqué.

62 **Moi** : Par rapport à quoi ça risque d'être compliqué ?

63 Alexis : Des fois certains patients, peuvent être agressifs, nous insulter professionnellement
64 mais pas forcément personnellement euh, donc des fois il faut réussir à mettre des barrières et
65 à s'éloigner, se dire que c'est pas nous mais c'est l'infirmier qu'on est ou l'infirmière qu'on est
66 qui prend enfin c'est pas toujours évident de se soustraire à ses émotions, mais dans l'autre sens
67 aussi, des patients, nous, on fait beaucoup de fin de vie dans notre service, des patients à qui on
68 tient beaucoup parce qu'avec les jours qui passent, on peut créer des liens avec eux tout ça et le
69 jour où ils décèdent, ça peut être aussi compliqué.

70 **Moi** : D'accord, et dans ta pratique quotidienne que représente la relation soignant-soigné ?

71 Alexis : Beh c'est le nerf de la guerre on va dire, c'est réussir et pour le coup en pneumologie,
72 c'est plus difficile parce qu'on travaille beaucoup et disons que rester au chevet du patient et
73 de faire de la clinique, c'est de plus en plus difficile et c'est quelque chose qui peut manquer
74 dans beaucoup de services de médecine aigue, mais c'est essentiel déjà pour rassurer le patient,
75 on se rend compte que pour beaucoup de patients ne savent même pas où ils en sont, ni sur leur
76 examens ni sur leur parcours de soins, qu'est-ce qu'on a prévu pour eux, est-ce qu'ils ont des
77 diagnostics, parce que l'on arrive plus à être aussi à leurs côtés qu'avant et du coup ça fait que
78 l'on s'éloigne de nos patients et la relation soignant-soigné elle en pâtit beaucoup

79 **Moi** : Du coup il y aurait des facteurs favorisants tu penses et limitants à cette relation ?

80 Alexis : Beh ça c'est très actuel, euh c'est la surcharge de travail, quand il faut être de partout,
81 là ce matin j'ai fait sur 10 patients, j'ai fait 10 prises de sang plus l'administration des

82 traitements plus les antibiotiques, plus les cathéters à reposer parce qu'ils ne marchent pas, euh
83 je suis sensé faire 10 patients en une heure, c'est-à-dire 6 minutes par patient avec la mise des
84 traitements, mise en place des antibiotiques, des hydratations, essayer de faire une discussion
85 avec lui fin ce n'est pas possible, enfin c'est possible mais elle est pas bénéfique, elle est
86 superficielle et on va jamais rentrer dans le détail parce que ça va être des questions oui : vous
87 allez bien ? mais est ce qu'on va avoir une vraie réponse derrière et est-ce qu'on aura même le
88 temps d'écouter le patient derrière ça c'est encore autre chose.

89 **Moi** : c'est beaucoup axé sur la charge de travail du coup en terme de contrainte ?

90 Alexis : oui actuellement, de mon point de vue et actuellement en 2024 oui j'ai l'impression
91 que c'est surtout ça, après c'est aussi dépendant du service dans lequel on est donc là on est en
92 pneumo euh dans d'autres services je sais que de temps en temps ça m'arrive d'aller dans
93 d'autres services comme des centres de rééducation euh il y a plus de patients en charge mais
94 il y a moins de soins mais ça me permet quand même de passer plus de temps avec les patients
95 donc je sais que je peux passer 5 à 10 minutes avec eux même durant l'après-midi si on n'a pas
96 fini la conversation du matin, j'y retourne et puis si ils ont des choses à me dire, des craintes ou
97 autres on est plus enclin à être à leur écoute.

98 **Moi** : D'accord. Qu'est-ce que ça évoque pour toi la vulnérabilité dans les soins ?

99 Alexis : Euh, les premiers mots qui me viennent, c'est l'intimité déjà, la pudeur, tout ça c'est
100 des choses qui vont gêner le patient, encore la patiente de ce matin qui est censée rentrer à la
101 maison, enfin dans son nouvel appartement, c'est une femme de 55 ans, étant un garçon ça la
102 gênait beaucoup déjà, donc là elle se sentait très vulnérable, après je pense il y a aussi beh le
103 fait d'être tout simplement à l'hôpital, on est en général malade, il y a une pathologie derrière,
104 le patient en lui-même est vulnérable dans ces situations-là, et il découvre un nouvel univers,
105 il est même pas chez lui, on le range dans une case dans un lit, il voit des gens passer, allez 10-
106 15 minutes dans sa chambre ou peut être parfois un peu plus , sans vraiment avoir
107 d'informations donc là moi je les trouve très vulnérables dans ces moments-là et il faut réussir
108 à être à leur chevet et à écouter leurs émotions, ce qui peut vraiment les frustrer ou les perdre
109 complètement.

110 **Moi** : Ok est-ce que toi ça t'est déjà arrivé de ressentir de la vulnérabilité dans ta pratique ?

111 Alexis : Euh ouais, pour reprendre les deux situations, soit les patients qui relèvent de la
112 psychiatrie, le nombre de fois où j'ai dû appeler les urgences pour contentionner quelqu'un qui
113 se met en danger et met en danger d'autres patients, là on se sent vulnérable parce qu'on peut
114 sortir de ses gonds, j'ai déjà attrapé un patient qui allait frapper une collègue, donc la forcément,
115 la tenue d'infirmier ou la casquette d'infirmier elle disparaît et là c'est, faut réussir à se contenir
116 aussi, et après je trouve qu'on est vulnérable quand on s'occupe de gens qui sont vraiment dans
117 des situations qui nous touchent personnellement qui font écho à des situations personnelles où
118 moi je sais que les personnes en fin de vie on en fait beaucoup, j'ai beaucoup d'empathie pour
119 ce genre de situations, pour ce genre de personnes et c'est vrai que c'est là où on est le plus
120 vulnérable, parce qu'il suffit qu'il y ait quelque chose qui se passe mal ou quoi ça peut, on peut
121 vite être frustré de la prise en charge que l'on peut faire auprès d'un patient, encore une fois beh
122 c'était vendredi, donc c'était il y a trois jours un patient que je prends en charge pour la première
123 fois que je connais pas, on dit patient en fin de vie et puis il a pas d'Hypnovel, il a pas de
124 morphine, il suffit de passer 10 secondes dans sa chambre pour le voir souffrir et ne pas être
125 confortable alors qu'il a 91 ou 92 ans je sais plus de mémoire, on sait que c'est un patient en
126 fin de vie que l'on ne pourra pas traiter, et pourtant il y a même pas en place des soins de confort,
127 euh dans ces situations là c'est difficile de gérer ses émotions parce que ça fait trois jours qu'il
128 est déjà là, apparemment ça fait trois jours qu'il est comme ça, et on va voir les médecins, on
129 leur demande de mettre des traitements en place et puis beh oui ça va être de l'Hypnovel 0.3
130 milligramme heure et puis on retourne à la charge à 15 heures, il faudrait vraiment que tu
131 augmentes l'Hypnovel, ça passe à 0.5 donc c'est toujours pas assez parce qu'il est toujours
132 inconfortable, c'est du pipi de chat 0.5 milligramme heure et en fin de journée 0.8 ce qui est
133 toujours pas assez enfin, des fois on se sent parfois pas écouté, ça c'est un autre aspect, enfin
134 après c'est gérer ses émotions aussi mais c'est parfois ne pas être écoutés par les médecins qui
135 font une prescription qui impacte directement la situation du patient là ces situations sont un
136 peu plus délicates à gérer pour nous parce que on est pris entre le marteau et l'enclume, on est
137 directement au chevet du patient mais on a pas de pouvoir de prescription non plus on le voit
138 pas bien et on est obligé d'attendre l'avis du médecin pour dire c'est bon on peut mettre
139 quelque chose en place.

140 **Moi** : Ok

141 Alexis : Là c'est difficile

142 **Moi** : Si on revient sur la vulnérabilité que tu peux avoir toi auprès des patients, que tu parlais
143 tout à l'heure, c'est surtout lié au fait de la souffrance si j'ai bien compris ce que tu voulais
144 dire ?

145 Alexis : Dans ces situations-là ouais, c'est de ne pas pouvoir gérer ça alors qu'on a tous les
146 outils d'analyse pour voir que ça ne va pas mais qu'on a aucun moyen d'agir dessus directement,
147 même l'ergonomie tout ça on va le mettre en place, on va lui faire une toilette de chat, ça va
148 être l'alimentation plaisir, tout ça on peut le gérer, mais la souffrance et la douleur qui sont pour
149 le coup dépendants de la prescription médicale, quand on a aucun impact dessus malgré nos
150 sollicitations, c'est très frustrant et là on se sent démunis soit on fait tout ce qu'on peut mais ça
151 ne change rien.

152 **Moi** : Ok est ce que tu souhaites ajouter quelque chose sur tous les thèmes que l'on vient
153 d'aborder ? quelque chose qui te reviens ?

154 Alexis : Après on peut être aussi vulnérable sur les situations de décès, même bien
155 accompagnés, des fois c'est les familles qui vont nous toucher, ou des fois des décès inattendus
156 où l'on va devoir masser ou quoi et se dire beh m.... Qu'est-ce qu'on n'a pas bien fait, est-ce
157 que beh c'était il y pas si longtemps un patient qui a fait une hémorragie interne beh m....
158 pourquoi il a fait une hémorragie, il y avait aucun signe qui montrait une hémorragie, qu'est-ce
159 qu'on a mal fait, des fois ça va être une remise en question de notre pratique, euh parce que
160 c'est un chamboulement un patient qui fait une hémorragie alors qu'il est sous Lovenox curatif
161 deux fois par jour, beh pourquoi je lui ai fait ce matin, et pourquoi j'ai pas vu qu'il faisait une
162 hémorragie, est-ce que c'est moi qui ait provoqué cette hémorragie, des fois il y a des remises
163 en question comme ça où c'est difficile de savoir ce que l'on a bien fait.

164 **Moi** : D'accord, une forme de culpabilité on peut dire ?

165 Alexis : On peut oui, je pense qu'au niveau paramédical on a cette grande pathologie de la
166 culpabilité, je pense on se remet beaucoup en question et on souffre beaucoup des fois de la
167 prise en charge des patients à la fois médicale et paramédicale, des fois on peut passer à côté de
168 quelque chose, à cause de différents facteurs, la surcharge de travail ou des fois juste un manque
169 d'attention, enfin on a beaucoup de responsabilités et des fois on peut passer à côté d'un détail
170 et des fois c'est fatal et ça peut reprendre un peu la vulnérabilité, les émotions.

171 **Moi** : D'accord, tu vois autre chose à ajouter ?

172 Alexis : Je crois que ça va

173 **Moi** : C'est bon je te remercie en tout cas

174 **Lorsque j'ai stoppé l'enregistrement il a voulu re aborder les émotions de ce fait je lui ai**
 175 **dit que j'allais re enregistré si cela lui convenait**

176 **Moi** : Du coup tu voulais rajouter quelque chose concernant les émotions, du coup je t'écoute

177 Alexis : Ouais Beh du coup sur les émotions, c'est vrai que nous à cause de la surcharge de
 178 travail euh quand on voit un patient qui va mal, parfois c'est dur de prendre 5 ou 10 minutes
 179 avec lui et de s'asseoir avec lui et de lui dire qu'est ce qui va pas, vous voulez qu'on parle de
 180 quoi, et généralement en fait on va tout simplement lui demander est-ce que vous voulez faire
 181 appel à une psychologue, et c'est vrai que c'est un peu limite comme présentation, parce que
 182 ça peut vraiment donner l'impression, bon je me fou un peu de ce que vous dites mais je peux
 183 appeler quelqu'un qui est prêt à vous écouter, et on se dédouane un peu de cette charge qui
 184 pourrait être la nôtre, c'est un peu délicat.

185 **Moi** : après le fait de donner en quelque sorte le relai à quelqu'un, ce n'est pas non plus comme
 186 si vous n'agissiez pas mais c'est frustrant pour vous de ne pas pouvoir agir plus ?

187 Alexis : Beh oui parce que ça fait partie aussi de notre rôle propre, l'écoute active, tout ce qu'on
 188 apprend à l'école, mais dans la pratique c'est vrai qu'en fonction du service dans lequel on
 189 évolue, je pense qu'aux urgences c'est pareil, mais un patient qui va mal prendre 10 minutes
 190 pour parler avec lui, beh ce n'est pas toujours possible, donc des fois on dit beh si vous voulez
 191 on peut faire appel à la psychologue, mais bon généralement c'est quelqu'un qu'ils n'ont jamais
 192 vu. Et puis là c'est une psychologue donc ça fait presque beh j'ai des problèmes psychologiques,
 193 est-ce que je suis prêt à en parler ou tout simplement mais non mais je n'ai pas besoin d'une
 194 psychologue. Donc du coup on se retrouve avec des patients qui vont généralement répondre
 195 non alors qu'objectivement ils auraient besoin de parler à quelqu'un, mais le simple fait que ce
 196 soit une psychologue, ça peut poser un frein, enfin il y a un mur quoi directement, alors que
 197 nous on est infirmier, on les voit au quotidien c'est peut-être plus facile.

198 **Moi** : D'accord, donc la surcharge de travail serait vraiment un facteur limitant.

199 Alexis : oui

200 **Moi** : Merci

Annexe V : Retranscription entretien Rose

- 1 **Moi** : C'est bon, donc est-ce que tu peux te présenter au niveau professionnel s'il te plaît ?
- 2 Rose : Alors donc je m'appelle rose, j'ai 35 ans, je suis infirmière depuis 2011 donc ça fait 14
3 ans, Et je suis sur l'hôpital de ..., et dans le service de chirurgie digestive, orl et hôpital de
4 semaine de gastro depuis 3 ans et demi, juillet 2020 et avant j'ai beaucoup travaillé en chirurgie
5 en orthopédie notamment c'est dans notre région et j'ai fait un peu de médecine, voilà.
- 6 **Moi** : Très bien merci. Est-ce que tu pourrais décrire une situation où tu as pris en compte les
7 émotions d'un patient s'il te plait.
- 8 Rose : Euh. Alors ça c'est assez difficile parce que c'est vrai que des émotions on en perçoit tous
9 les jours avec tous les patients, même si ce n'est pas toujours les mêmes émotions mais... Mais
10 euh c'est vrai que c'est tous les jours, ça arrive tous les jours. Ce matin par exemple j'ai une
11 dame d'une soixantaine d'années, qui est en vacances en France chez son fils donc elle n'est
12 pas originaire d'ici et en fait elle a été admise dans le week-end pour une occlusion et donc elle
13 a eu une chirurgie, une colostomie de décharge. Donc on lui a annoncé dans le week-end et on
14 lui a redit ce matin qu'elle avait probablement une tumeur, qu'on savait pas encore si c'était
15 cancéreux et donc là elle est très inquiète parce que son visa se termine début du mois de mars
16 et en fait nous on lui a dit clairement qu'il fallait qu'elle passe d'autres examens pour avoir la
17 suite de la prise en charge et avoir un projet thérapeutique pour elle. Donc la dame est un peu
18 angoissée, à chaque fois que je passe dans la chambre elle me demande si on a des nouvelles
19 pour le scanner, la coloscopie, fin les examens complémentaires et beh nous on est encore dans
20 l'attente, on attend d'avoir les dates des examens quoi.
- 21 **Moi** : D'accord
- 22 Rose : voilà
- 23 **Moi** : Et pour toi le fait de repérer les émotions de tes patients, du coup ça te sert dans ta pratique
24 et dans les relations ?
- 25 Rose : Alors, euh oui parce que je pense qu'on a, euh on communique pas de la même façon
26 avec un patient qui est, enfin je prends l'exemple de cette dame-là, qui est stressée ou un qui
27 l'est un peu moins euh après c'est difficile euh enfin moi j'ai du mal à prendre enfin j'ai du mal

28 dans la pratique de tous les jours, j'essaie de prendre plus le temps avec les patients qui en ont
29 besoin enfin en tout cas que je repère qu'ils en ont besoin, mais dans la pratique de tous les
30 jours, clairement c'est compliqué de se poser un quart d'heure, 20 minutes auprès du patient
31 enfin c'est toujours le même, enfin je pense que c'est toujours le même discours. Mais voilà,
32 donc cette dame-là en plus j'ai vu qu'il y avait la famille donc j'ai interpellé le mari. Enfin on a
33 essayé de discuter ensemble. Mais c'est vrai que, pardon je me rappelle plus de la question
34 précédente, c'est quoi la question déjà ?

35 **Moi** : si le fait de repérer les émotions te servait dans ta pratique et dans tes relations ?

36 Rose : Oui, oui ça me sert, parce que j'essaie de prendre plus le temps avec les gens qui en ont
37 besoin, enfin avec qui on ressent en tout cas, je veux dire j'essaye de prendre plus de temps
38 avec les patients dont je ressens qu'eux ils en ont besoin, je sais pas si c'est clair, je suis en train
39 de me mélanger les pinceaux ahah

40 **Moi** : Oui, ahah, et toi dans ta pratique quotidienne quel intérêt tu trouves à la pratique de
41 l'empathie ?

42 Rose : Eh Beh quand on se met à la place des gens, on essaie de savoir ce qu'ils ressentent et
43 moi en fait j'essaye de me mettre à la place des gens, j'essaye de me visualiser dans un lit et de
44 me mettre à leur place et de savoir comment j'aimerais que le soignant soit, tu vois ? pour
45 essayer moi de mon côté de faire ce que le patient imaginerait que, euh enfin tu comprends ce
46 que je veux dire ?

47 **Moi** : Oui tu essayes de te mettre à la place du patient

48 Rose : J'ai du mal à expliquer ce que je veux dire, en fait je me mets à la place du patient, je me
49 dis que si moi j'étais dans le lit avec une stomie par exemple, je sais pas tu fais un soin ça sent
50 mauvais, tu dis comment t'aimerais ou comment t'aimerais pas que le soignant réagisse, genre
51 le soignant qui se fait comme ça (elle mime de mettre sa main devant son nez), ou tu vois il y
52 a des choses qui se pardon, il se met le bras devant le nez pour odeurs, il y a des choses qu'il
53 faut faire et pas faire et j'essaye de me mettre à la place du patient pour savoir comment réagir
54 en fait.

55 **Moi** : D'accord,

56 Rose : c'est clair ?

57 **Moi** : oui c'est très clair. Cette pratique pour toi, donc on en reparlant de l'empathie, elle est
58 facile à mettre en œuvre au quotidien ?

59 Rose : Euh oui, je pense que c'est assez facile de mettre en œuvre cette pratique. Oui Je pense
60 que je c'est facile. Tu veux peut-être que je détaille ?

61 **Moi** : Si tu peux expliquer pourquoi pour toi c'est facile ?

62 Rose : Oui, oui moi enfin j'arrive à me mettre, après cette situation. C'est un, enfin j'avoue
63 qu'une annonce de cancer c'est un peu plus compliqué parce que c'est vrai, qu'on n'est pas, on
64 n'est pas euh. Enfin moi je trouve que pour ma part j'ai fait l'école il y a 14 ans, je trouve qu'on
65 est pas du tout formés à parler de ça au patient, enfin c'est hyper compliqué, même si bon, c'est
66 vrai que c'est un cancer, je pense que ça va bien évoluer parce qu'il a été pris en charge de
67 bonne heure, etcétera. Mais bon moi j'ai toujours eu un peu de mal avec tout ce qui est cancéro,
68 c'est compliqué je trouve.

69 **Moi** : Au niveau de la communication tu veux dire ?

70 Rose : Au niveau de la communication avec le patient oui pardon au niveau de la
71 communication ouais.

72 **Moi** : Ok, est-ce que tu penses pratiquer l'intelligence émotionnelle et en quelle mesure ?

73 Rose : Je sais même pas ce que c'est

74 **Moi** : Est-ce que tu veux que j'essaie d'expliquer ce que j'en ai compris avec mes mots ?

75 Rose : oui, oui vas-y

76 **Moi** : en quelque sorte, c'est la capacité à reconnaître tes émotions, les interpréter, les
77 comprendre, et savoir les exprimer et être capable de repérer et comprendre les émotions
78 d'autrui, enfin d'autres personnes ?

79 Rose : Alors je ne savais pas que ça s'appelait comme ça, mais je pense que oui. Tu peux juste
80 me répéter la question du coup ?

81 **Moi** : Est-ce que tu penses pratiquer l'intelligence émotionnelle et en quelle mesure ?

82 Rose : En fait, Malgré moi je pense qu'on le fait tous, malgré nous enfin je pense. Et en quelle
83 mesure c'est-à-dire ?

84 **Moi** : Beh à quel moment tu la pratiquerais plus ? Est-ce que c'est du quotidien pour toi de le
 85 faire ?

86 Rose : Je pense que je pense que je le pratique plus quand les patients euh. Parce qu'après Il y
 87 a quand même des temps où les patients, fin voilà on rentre on demande s'ils ont mal etcétera
 88 des fois c'est très rapide et quand on a le temps de plus parler avec les patients, je pense que
 89 c'est peut-être à ce moment-là que je la pratique plus je pense.

90 **Moi** : Ok, et dans la pratique quotidienne que représente la relation soignant soigné ?

91 Rose : Que représente la pratique soignant soigné ?

92 **Moi** : La relation soignant-soigné

93 Rose : la relation pardon, j'en sais rien franchement je sais pas. C'est ce qu'on fait tous les
 94 jours hein mais...

95 **Moi** : quelle place elle aurait dans les soins ? Quelle utilité ?

96 Rose : Beh je pense qu'il y a une relation de confiance déjà qui s'installe entre le patient par
 97 rapport aux soignants. C'est vrai que quand on se présente et quand on connaît le patient depuis
 98 quelques jours ils sont contents de nous retrouver après nos jours de repos, ils nous disent ah
 99 vous êtes là, vous vous êtes bien reposé etcétera. Enfin ça fait plaisir à entendre et donc la
 100 relation de confiance qui s'installe entre le soignant et le soigné et c'est déjà pas mal.

101 **Moi** : D'accord, dans ta pratique quel élément tu peux retrouver qui sont favorisants ou limitants
 102 justement cette relation de soin ?

103 Rose : Tu peux répéter ?

104 **Moi** : Quel élément favorisant ou limitant la relation soignant-soigné tu peux rencontrer dans
 105 ton quotidien.

106 Rose : Alors moi je trouve que la barrière de la langue des fois ça limite un peu la relation
 107 soignant-soigné. Le fait que les gens soient agressifs aussi, moi j'ai du mal à avoir des
 108 conversations soignant-soigné avec des gens qui sont agressifs ou qui euh oui qui sont agressifs,
 109 parce que ça nous arrive quand même quelques fois. Après je pense que c'est des gens qui sont
 110 dans le déni, qui sont en colère, enfin il y a plein de choses hein, mais nous du coup on n'y est
 111 pour rien et ça nous retombe dessus. Euh qu'est ce qui serait limitant ? Peut-être le niveau de

112 euh, je veux dire si le patient à des troubles cognitifs, peut-être, c'est ça que tu attends comme
113 réponse ou pas ?

114 **Moi** : Ah moi je n'attends rien comme réponse, je veux juste savoir la pratique, après quand tu
115 me disais les patients par exemple qui sont agressifs tout ça du coup qu'est-ce que ça impacte
116 toi sur la relation tu disais que c'était plus limitant du coup ?

117 Rose : En fait, fin moi après moi je suis peut-être un peu, moi j'ai du mal avec les gens qui sont
118 agressifs, donc quand je me sens agressée en fait je me braque et je euh..., fin limite je ne
119 m'occuperais plus du patient en fait, j'ai du mal alors je fais une fois l'effort, mais si ça
120 recommence une deuxième fois c'est bon je laisse tomber quoi, même si je sais que beh il faudra
121 que je revienne donner les traitements etcétera, mais enfin on a déjà eu le cas d'un patient je
122 peux en parler du coup ou pas ?

123 **Moi** : Oui

124 Rose : On a eu le cas d'un patient qu'avait une stomie, et qu'avait des drains et des perfusions,
125 bref il voulait absolument prendre une douche. Sauf que bon avec une stomie, enfin c'est
126 jouable mais c'est qu'il y avait les drains, les pansements, il y avait plein d'autres choses à coté
127 et il faisait une fixette sur la douche le mec, le patient pardon, donc je lui ai dit beh écoutez, la
128 douche, vous prendrez la douche le jour du pansement, en fait le pansement c'était pas prévu
129 qu'on le refasse tous les jours, donc si vous faites une douche tous les jours en fait nous on s'en
130 sort pas, on a des pansements à faire tous les jours, parce qu'il y avait quand même un peu de
131 boulot ce jour-là. Et donc tout de suite, il était agacé parce qu'il ne pouvait pas prendre sa
132 douche donc il a été très virulent dans ses propos, enfin il m'a insultée de tous les noms, voilà
133 et en fait il voulait pas que ..., moi je lui avais expliqué qu'il pouvait faire son soin de stomie
134 seul, parce qu'il y avait ça aussi qui rentrait en ligne de compte, c'était aussi problématique, je
135 lui ai dit euh en fait on lui avait montré comment faire son soin et il m'a dit mais moi je sais
136 faire, sauf qu'il l'avait jamais fait mais il me maintenait qu'il savait le faire et je lui ai dit beh
137 allez y si vous savez le faire, faites le mais montrez-moi, moi je veux juste rester là pour vous
138 accompagner, pas pour, pas pour vous faire le soin quoi et en fait, le fait que je lui dise que
139 j'allais l'accompagner pour faire le soin, il l'a mal pris, il s'est dit en fait elle veut surveiller
140 comment je fais mon soin et en fait bref il l'a mal pris, il s'est emporté, il a dit mais moi j'ai
141 pas besoin de vous, j'ai dit beh écoutez si vous avez pas besoin, et là il a commencé à monter
142 sur ses grands chevaux, je lui ai dit beh écoutez si vous avez pas besoin de moi, je vous laisse

143 faire le soin tout seul, il me dit mais c'est bon je le ferai tout seul et cetera et en fait une heure
144 après il a rappelé pour qu'on lui fasse son soin enfin le mec était pas cohérent du tout, donc
145 moi, et encore il a été très agressif dans ses propos, il m'a dit des choses euh, et voilà donc une
146 fois je suis revenue vers lui et après beh voilà ça passait plus et je l'ai revu, il est revenu dans
147 le service là pour euh..., parce qu'il allait se faire rétablir du coup ils allaient lui enlever sa
148 stomie et il m'a parlé comme si de rien n'était quoi Bonjour, ça va vous allez bien, je vais
149 bientôt revenir machin, fin voilà bon après moi j'ai oublié, je m'en fiche hein, je me dis après
150 sur le coup après il avait ses raisons sûrement d'être en colère mais ses propos n'étaient pas
151 cohérents. Donc voilà, donc les gens agressifs, et ouais voilà, j'ai dit quoi la barrière de la
152 langue, troubles cognitifs et voilà ce que j'ai en tête là tout de suite c'est ça après euh...

153 **Moi** : Pas de problème, c'est très bien et qu'est-ce que ça évoque pour toi la vulnérabilité dans
154 les soins ?

155 Rose : Euh par rapport aux patients du coup ?

156 **Moi** : Peu importe

157 Rose : Tu peux répéter la question ?

158 **Moi** : Qu'est-ce que ça évoque pour toi la vulnérabilité dans les soins ?

159 Rose : Alors déjà moi j'avais fait une formation il y a un moment et je trouvais que déjà quand
160 ne serait-ce que quand on parlait au patient, qu'on était debout et que le patient était allongé
161 tout comme ça qui nous regardait de bas là, je trouve que déjà le patient doit se sentir vulnérable
162 dans cette position-là, donc j'essaye de soit de l'asseoir dans son lit, bon pas tout le temps hein
163 j'avoue que je le fais pas à chaque fois pour tous les patients, mais de les asseoir dans leur lit, ou
164 alors de monter un peu le lit ou alors de me baisser à leur niveau, déjà je trouve que rien que ça
165 je trouve que les patients doivent se sentir un peu moins vulnérables. Euh parce que je me mets
166 à leur place en fait moi j'ai déjà été hospitalisée et c'est là qu'on voit en fait que des fois c'est
167 bien quand on passe de l'autre côté du lit, parce que du coup on peut se mettre à la place des
168 patients plus facilement et en fait quand toi t'es allongé au fond de ton lit, t'es hyper bas, eux
169 ils te parlent ils sont hyper haut, avec les bras croisés comme ça au bout du lit, je trouve ça juste
170 horrible comme situation, franchement donc rien que déjà ça je pense c'est une bonne manière
171 que les patients soient un peu moins vulnérables et je pense que peut être que les gens qui ne
172 posent pas de question sur leur pathologie, pourquoi ils sont là, enfin il y a des gens à qui on

173 fait des soins mais honnêtement il ne savent même pas pourquoi ils sont là, enfin ils savent
174 qu'ils ont été en occlusion par exemple mais je veux dire ils ne s'intéressent pas à comment
175 c'est fait à l'intérieur, pourquoi il y a une poche qu'est-ce qui, comment la poche est faite,
176 comment ça va se passer dans le futur, alors après il y a les stomathérapeutes, même nous
177 l'équipe infirmière qui leur donne conseils mais je pense que le manque de connaissance chez
178 les patients, je pense que ça peut les rendre vulnérables aussi.

179 **Moi** : D'accord. Très bien, est ce que toi ça t'est déjà arrivé de te sentir vulnérable dans ta
180 pratique ?

181 Rose : Me sentir vulnérable, peut être un soin que je ne maîtrisais pas peut-être, mais euh, il y
182 a des soins que je ne maîtrise pas hein, qu'on n'a pas souvent dans le service et oui je me sens
183 un peu vulnérable mais quand c'est comme ça je demande aux collègues quoi

184 **Moi** : D'accord, Donc ça serait plus sur la pratique, sur le côté technique.

185 Rose : Ah et sur le coté des émotions, donc la pratique ok, émotion ce que je gère pas non plus
186 c'est tout ce qui est décès j'ai un peu de mal aussi donc ça c'est plus dans l'émotion du coup
187 fin moi c'est compliqué pour moi de parler, enfin le patient lui-même quand ça va pas, ça va
188 pas mais c'est rare qu'on puisse communiquer avec eux mais c'est plutôt la famille, moi que
189 j'ai du mal à comment euh avec qui communiquer en fait, franchement la famille, surtout quand
190 c'est des patients qu'on a depuis quelques jours c'est compliqué. Ça m'est déjà arrivé parce que
191 en fait en gros en 14 ans de métier mon premier décès ça s'est passé ici donc c'était quand
192 même tard euh voilà et enfin c'était juste l'horreur et j'avais demandé à une collègue si elle ne
193 pouvait pas aller voir la famille à ma place en fait par exemple. Je me sentais pas par rapport à
194 mes émotions à moi, je me sentais pas d'aller voir la famille quoi, ils étaient tous entrain de
195 pleurer dans la chambre, alors que le patient n'était même pas encore décédé, fin c'était juste
196 l'horreur quoi, donc voilà et encore maintenant je suis encore pas à l'aise avec les décès.

197 **Moi** : Donc tu te sentiras plus vulnérable, par rapport à la tristesse ?

198 Rose : En fait-moi si les gens pleurent pour un décès j'ai envie de pleurer avec eux quoi, ça me
199 renvoi plein de choses et voilà.

200 **Moi** : Ok est-ce que tu souhaites ajouter quelque chose sur les thèmes qu'on a déjà abordé, est-
201 ce que tu as des choses qui te reviennent ?

202 Rose : Beh c'est vrai que j'essaye d'être empathique hein mais c'est vrai que des fois avec la
203 course, le temps, on n'a pas le choix, enfin c'est c** de parler de ça, parce que en fait l'empathie
204 c'est un truc, c'est une émotion, mais c'est vrai que des fois j'ai pas le temps d'être empathique,
205 donc je mets mes émotions de côté et je fais mon taf quoi mais, parce que si on prenait, si on
206 devait tout faire avec émotions franchement on passerait des heures à faire les tours en fait je
207 pense et puis si il y a un truc auquel je pense là c'est que quand j'étais jeune diplômée je
208 ramenait tout à la maison, enfin je me disais ah j'ai oublié de faire ça, untel il était comme ça
209 et j'aurai du faire ça et machin et je pense que plus ça va et plus, une fois que ça s'est passé au
210 boulot beh j'essaye de laisser les émotions au boulot enfin tout ce qui s'est passé au boulot je
211 laisse ça ici et je fais la part des choses entre le boulot et chez moi sinon je euh, en fait j'ai ma
212 deuxième vie à la maison donc j'essaye que ça empiète pas sur ma vie personnelle quoi.

213 Moi : Ok, tu veux ajouter autres choses ?

214 Rose : Non

215 Moi : Parfait, je te remercie.

Annexe VI : Retranscription entretien Manu

- 1 Moi : C'est parti. Donc je vais te demander de te présenter succinctement avec ton parcours
2 professionnel, s'il te plaît.
- 3 Manu : Alors je m'appelle Manu donc je suis diplômée moi depuis septembre 2013. J'ai attaqué
4 euh non je suis diplômée pardon depuis juillet 2013 et j'ai attaqué donc à l'hôpital de
5 depuis septembre 2013 dans le service de neurologie. A présent beh du coup j'y suis toujours
6 donc ça fait bientôt 11 ans que je travaille dans ce service-là, j'ai 33 ans.
- 7 Moi : Ok, super. Alors on va attaquer si tu veux bien ?
- 8 Manu : Oui
- 9 Moi : Alors peux-tu me décrire une situation où tu as pris en compte les émotions d'un patient
10 ?
- 11 Manu : Oui alors il y en a plusieurs, il y en a une qui me vient en tête. C'est donc nous dans le
12 service de neurologie, on a une partie où on fait les urgences AVC donc on descend à l'IRM, et
13 on reçoit les patients directement donc soit c'est le SAMU, soit c'est les pompiers qui nous le
14 ramènent. Donc la priorité c'est d'essayer de faire en sorte que le patient soit déjà rassuré et au
15 mieux pour qu'il puisse passer l'IRM. Donc nous on a des choses vraiment à faire en urgence
16 pour voir si par la suite il y a un AVC ou pas qui est vu, et du coup j'avais eu une dame qui était
17 arrivée donc par la filière UNV donc l'Unité Neuro Vasculaire, qui était très angoissée à l'idée
18 de passer donc l'IRM, puisqu'elle était claustrophobe. C'était une dame qui était hémiplegique
19 de mémoire à droite et qui n'avait pas de trouble de compréhension et pas de souci au niveau
20 de l'expression. Donc c'était vraiment que le déficit moteur qui était présent, et donc cette dame
21 quand on a dû lui expliquer qu'il fallait à tout prix passer l'IRM puisque c'était l'examen le plus
22 précis pour voir s'il y avait un AVC ou pas, elle a refusé catégoriquement. Elle était très
23 angoissée, euh c'était vraiment, elle s'est mise dans une panique assez importante où elle
24 refusait. On avait beau essayer de lui expliquer au maximum que c'était vraiment cet examen
25 qui nous permettait de voir et de faire le diagnostic euh que malgré tout elle refusait. Donc moi
26 c'est vrai que j'étais tombée avec un médecin qui généralement prend pas trop de pincette, il y
27 va, il explique, il est très dans il faut faire ça, il faut aller au plus vite et c'est vrai que cette
28 dame, j'ai vu qu'elle était apeurée totalement donc je me suis permise de, euh d'essayer de la

29 rassurer au maximum. J'ai fait avec ce que je pensais être le mieux euh, donc j'ai pris le temps
30 de lui expliquer que ça allait aller, que c'était des nouvelles IRM, qu'il y avait maintenant à
31 l'intérieur des euh, des images, des choses qui permettaient d'essayer au maximum de la relaxer.
32 On lui avait fait un traitement, mais ça n'a pas été si efficace non plus. Et finalement au vu du
33 refus, c'est moi qui suis rentrée avec elle, c'était la dernière proposition et l'hypothèse, ce que
34 j'ai eu à l'idée c'est que je me suis dit Bah si le médecin il est d'accord je rentre avec elle dans
35 l'IRM donc après concertation ils ont été ok puisqu'elle était vraiment très, très paniquée et ça
36 l'a rassurée et elle a été d'accord pour tenter l'expérience donc j'avais tout retiré, je suis rentrée
37 avec elle, je lui tenais la main et finalement l'IRM elle a pu se faire

38 Moi : Ok et elle était plus rassurée du coup ?

39 Manu : Elle était plus rassurée alors on voyait qu'elle était, enfin moi j'avais le ressenti quand
40 même, qu'elle était très anxieuse parce qu'évidemment quand elle me tenait la main très très
41 fort, euh il y avait beaucoup de bruit en plus. Donc c'est vrai que c'est un examen qui n'est pas
42 facile quand on est claustrophobe, mais au final ça a pu se faire voilà donc y a c'est cette
43 première expérience un peu et ça me fait penser à ça. Et puis après c'est vrai que dans le service
44 on en côtoie pas mal, puisque on a des personnes qui font, euh... qui font beaucoup de euh
45 enfin il y a pas mal d'AVC dont des gens qui sont atteints au niveau de la parole, et du coup qui
46 sont plus en capacité de s'exprimer. Et c'est vraiment dans des jeux de regards, dans des fois la
47 gestuelle qu'ils essaient d'exprimer leurs sentiments. Enfin du moins qu'on essaie de
48 comprendre ce qui veulent nous transmettre quoi.

49 Moi : D'accord

50 Manu : Voilà

51 Moi : Ok merci. Est-ce que donc selon toi le fait de repérer les émotions de tes patients, ça te
52 sert dans ta pratique et tes relations ?

53 Manu : Oui, C'est en fait ça, ça me permet moi. Comment expliquer ? Est-ce que tu peux me la
54 redire s'il te plaît ?

55 Moi : Est-ce que le fait de repérer les émotions de tes patients, ça te sert dans ta pratique auprès
56 d'eux et dans les relations ?

57 Manu : Oui, ça me sert donc déjà auprès du patient. (Sonnerie de téléphone) excuse-moi, je suis
58 désolée.

59 Moi : Pas de problème.

60 Manu : Je vais le mettre en silencieux, ça enregistre ?

61 Moi : Oui

62 Manu : je suis désolée.

63 Moi : Pas de problème, tu veux que je te repose la question du coup ?

64 Manu : donc c'était est ce que ces émotions là quand j'avais repéré ? Est-ce que ça m'aide dans
65 ma pratique professionnelle ? et mes relations ?

66 Moi : oui

67 Manu : Mes relations au travail ?

68 Moi : Tes relations oui avec les patients.

69 Manu : Oui bien sûr. Donc en fait c'est vrai que quand on arrive, enfin moi je pense que quand
70 on arrive à repérer un petit peu ce que le patient a du mal à exprimer, des fois les émotions. Bah
71 moi, je suis touchée, assez rapidement, par ça et c'est essayer de se mettre un peu à la place de
72 l'autre. Donc on essaie, enfin moi j'essaie, du moins d'adapter ma prise en charge en fonction
73 de tel ou tel patient. Il y a des personnes qui arrivent plus ou moins à accepter facilement, On
74 va dire enfin facilement à prendre les choses un peu plus avec légèreté sur le diagnostic qu'on
75 leur a appris, sur la euh, sur la maladie et d'autres où c'est beaucoup plus difficile. Et du coup
76 c'est vrai que ces personnes-là. On va avoir enfin moi du moins, je vais essayer d'adapter soit
77 mon discours, ou au niveau de la gestuelle également. J'essaie de prendre beaucoup plus de
78 temps et de comprendre vraiment là où ça pêche, là où il y a le problème et qu'est ce qui le
79 touche au maximum pour, essayer d'avoir une prise en charge la plus adaptée, le mieux pour le
80 patient. Voilà et c'est vrai qu'après on en parle également avec l'équipe pluridisciplinaire lors
81 des transmissions. Et des fois, les médecins ils passent beaucoup moins de temps, la visite se
82 fait beaucoup plus rapidement. Et le fait nous qu'on apporte un peu Beh ce, euh cette parenthèse-
83 là, ces informations pareilles, ça permet de rajouter des traitements s'il le faut. Et puis voir aussi

84 voilà qu'ils comprennent que le patient des fois c'est pas si facile que ça pour lui quoi, parce que
 85 des fois on peut l'omettre malheureusement.

86 Moi : OK je te remercie et est-ce que dans ta pratique quotidienne tu trouves un intérêt à la
 87 pratique de l'empathie ?

88 Manu : Ben oui, c'est une remise en question perpétuelle. Euh Est-ce que je me remets euh redis
 89 moi la ?

90 Moi : Dans ta pratique quotidienne, quel intérêt tu trouves à la pratique de l'empathie ?

91 Manu : Beh oui, c'est oui, c'est une remise en question. C'est ça ce que j'allais dire perpétuelle
 92 parce que des fois on est dans un quotidien, on est quand même assez stressé au travail, on a
 93 beaucoup d'informations qui nous viennent donc on ne prend pas toujours le temps
 94 malheureusement de rester trop longtemps avec le patient. Et oui, quand on a cette empathie là
 95 on arrive à, euh on essaie du moins de passer déjà un peu plus de temps, d'avoir une meilleure
 96 prise en charge parce que je pense qu'il faut pas oublier le patient, oublier ce qu'il est, que ça
 97 reste quand même un humain avec des émotions, et c'est vrai qu'on peu des fois euh beh nous
 98 on est dans notre travail et on oublie des fois peut-être un petit peu ce côté relation humaine.
 99 Donc oui ça nous permet de nous remettre en question, de nous dire beh finalement là j'ai peut-
 100 être été un petit peu trop rapide, un peu trop dans mon métier je lui donne mes médicaments, je
 101 fais mes soins et c'est fini et voilà et se remettre en question au quotidien c'est le plus important.
 102 Enfin je pense.

103 Moi : L'intérêt principal pour toi de l'empathie, du coup ça serait ta remise en question au
 104 niveau professionnel ?

105 Manu : Oui je pense ça et oui je pense que ça permet de garder quand même les pieds ancrés et
 106 de se dire que voilà on est des humains donc ça permet d'adapter au mieux la prise en charge je
 107 pense auprès du patient

108 Moi : Ok, et est-ce que c'est facile pour moi de mettre euh pour toi, Pardon de mettre en place
 109 cette pratique au quotidien ?

110 Manu : Pas tout le temps, puisqu'encore une fois on est un service qui est très lourd, donc on a
 111 beaucoup, beaucoup de choses, on travaille énormément on est beaucoup pris, soit c'est les
 112 médecins qui viennent nous voir, les aides-soignants. Enfin il y a beaucoup de choses. Moi

113 j'essaie de faire au mieux au quotidien, de toujours penser que on a quand même des humains
114 en face de nous et que on pourrait d'ailleurs être à leur place euh même notre famille hein. Ça
115 peut toucher tout le monde la maladie, donc c'est ça qui me permet de prendre le temps et
116 d'essayer de faire au mieux. Mais c'est vrai que je pense que malheureusement je pourrais faire
117 plus que ce que j'essaie de faire déjà de base et que oui il y a des journées où on est tellement
118 pris par notre travail et par la pression aussi au niveau moral, psychologique que beh on peut
119 de temps en temps pas toujours y faire attention et passer au-delà quoi.

120 Moi : Ok, donc ça serait on va dire plus facile avec une charge de travail moins lourde ? Si je
121 comprends bien ce que tu veux dire ?

122 Manu : oui, je pense que ça permettrait de prendre un peu plus le temps,

123 Moi : Ok d'accord. Est-ce que tu penses pratiquer l'intelligence émotionnelle et en quelle mesure
124 ?

125 Manu : euh L'intelligence émotionnelle. Donc ça veut dire euh, qu'est-ce que tu entends par
126 l'intelligence émotionnelle ?

127 Moi : Est-ce que tu penses savoir ce que c'est ? sinon moi je t'explique ce que j'en ai compris
128 avec mes mots ?

129 Manu : L'intelligence émotionnelle, ça serait plutôt les émotions qui euh, j'ai du mal à dire.

130 Moi : Tu veux que j'essaie de dire ce que j'en ai compris ? en quelque sorte c'est être capable
131 d'analyser, de comprendre et de savoir exprimer tes propres émotions,

132 Manu : d'accord

133 Moi : et ensuite de pouvoir repérer et comprendre les émotions d'un patient ou de quelqu'un
134 d'autre

135 Manu : D'accord, et la question là c'était ?

136 Moi : est-ce que tu penses la pratiquer ? et en quelle mesure ?

137 Manu : Oui, je pense la pratiquer à la prise en charge du patient. Encore une fois, je pense que.
138 J'essaie de trouver...

139 Moi : bien sûr prend ton temps

140 Manu : Oui, je pense la pratiquer parce que, déjà quand je rentre auprès de chaque patient, je
141 leur demande toujours ma première question, moi c'est : comment allez-vous ? puisque je suis
142 de jour donc avez-vous passé une bonne nuit ? Comment ces derniers jours se sont passés ?
143 comment vous sentez vous ? Donc je pense, quand même y faire attention, un minimum, quand
144 il y a des patients qui arrivent à s'exprimer un petit peu plus. Je prends, j'essaie de prendre le
145 temps au moins. Je me dis au moins 5 à 10 minutes par patient pour ça, beh quand j'ai le temps
146 encore, mais j'essaie de faire ça quand même régulièrement. Mais la question du Comment
147 allez-vous ça je la pose tout le temps et quand je sens c'est des gens, donc si ils arrivent à
148 s'exprimer et qu'on arrive à avoir une relation donc c'est tant mieux, ils arrivent, on arrive euh
149 enfin si ils arrivent à transmettre leurs émotions et ce qu'il ressentent, c'est plus facile pour nous
150 maintenant, il y a des gens qui sont très introvertis, des gens qui ont pas la capacité dans notre
151 service aussi, euh dû aux AVC souvent de s'exprimer ou de parler, donc dans ce cas c'est
152 beaucoup la gestuelle auquel j'essaie de faire attention. Donc moi je suis très tactile donc j'essaie
153 de me présenter, je leur touche les mains, j'essaie de repérer aussi dans le regard s'il y a des
154 émotions qui passent s'il y a des gens qui pleurent, il y a des gens qui arrivent à nous regarder
155 avec un regard fixe où on sent qu'ils veulent nous exprimer quelque chose. Donc j'essaie de
156 faire des questions assez fermées pour voir si justement ils me serrent la main. S'ils arrivent à
157 communiquer comme ça un petit peu cette communication non-verbale. Mais oui je pense
158 quand même y faire attention, j'essaye du moins de faire au mieux quoi.

159 Moi : Ok et dans l'intelligence émotionnelle du coup, t'as le côté aussi de tes propres émotions,
160 est-ce que tu penses arriver à les comprendre, les analyser, les exprimer ?

161 Manu : Oui, euh il y a des gens, enfin il y a des personnes qui sont, euh... par qui je pense qu'on
162 est plus touchés par rapport à d'autres. C'est je pense dans les relations, c'est comme ça, on a
163 plus d'accroche avec d'autres et les malades c'est pareil. Mais il y a des gens qui je pense que je
164 peux faire des fois des transferts avec peut-être moi aussi dans mes expériences personnelles,
165 auprès de ma famille ce qu'ils ont vécu. Donc évidemment que oui ça me touche aussi, j'arrive
166 à me remettre en question quand j'ai fini mon travail, ma journée, des fois je me sens touchée
167 donc même souvent par ça. Donc j'essaie de, de comment dire, de me dire que ça reste mon
168 travail et que voilà, il faut donner le meilleur de soi et que ça soit dans la relation, dans le travail
169 plus professionnel, mais dans ces relations humaines, je pense que c'est hyper important. Et ce
170 que je ressens, oui, j'ai du mal à les exprimer. Mais par contre je pense avoir quand même la
171 capacité de me dire beh la manu cette personne elle t'a plus touchée que d'autres parce que je

172 pense inconsciemment, je fais un transfert sur ce que moi j'ai vécu personnellement, mais
173 oui, oui, bien sûr j'essaye d'y faire attention et je pense que ça aide aussi pour aller de
174 l'avant et pour aussi prendre en charge encore une fois le patient au mieux. Voilà

175 Moi : Merci. Est-ce que tu pourrais me dire ce que ça représente dans ta pratique
176 quotidienne la relation soignant-soigné ?

177 Manu : Euh, beh c'est un échange, la relation soignant-soigné je pense que voilà c'est
178 vraiment un échange humain, c'est ce que nous on peut apporter, beh sur le plan de la
179 connaissance, au niveau pathologie, traitement enfin toutes ces choses-là, on essaye de
180 rassurer aussi quand on sent que les personnes vont mal, ou on sait que quand on apprend
181 que la santé est touchée généralement on est pas là euh, enfin les personnes ne peuvent
182 être que touchées et se remettre beaucoup en question, et je pense que voilà, c'est
183 vraiment un échange nous on apporte ça et eux derrière ils nous amènent une prise de
184 conscience, quand même sur beh voilà ce qu'est la vie, puisque on est peut-être pas
185 touchés personnellement mais on voit que c'est très compliqué pour eux et que nous on
186 peut être un jour touchés par cela, je pense qu'ils nous amènent à travers leurs émotions,
187 leur je sais pas comment, vraiment c'est dur d'y mettre des mots dans ça mais je pense
188 que c'est un échange, si vraiment j'avais un mot à dire c'est l'échange humain quoi, c'est
189 ce que deux personnes, que ça soit le malade ou la personne enfin le soignant je pense que
190 c'est vraiment l'échange humain et on s'apporte tous les deux mutuellement quelque
191 chose les mots sont durs à poser mais je pense que c'est un échange c'est oui, c'est
192 vraiment un échange humain. Je sais pas si c'est clair ?

193 Moi : Oui, oui je comprends ce que tu veux dire, et est-ce que dans ta pratique il y a des
194 éléments qui limiteraient ou qui favoriseraient la relation soignant-soigné ?

195 Manu : qui favoriserait dans ma pratique euh...

196 Moi : Oui dans ta pratique quels éléments favorisant ou limitant la relation soignant-
197 soigné peux-tu rencontrer ?

198 Manu : Euh, favorisant ou limitant, les éléments qui pourraient faire en sorte que je ne
199 sois pas dans cette relation ?

200 Moi : Qu'est ce qui dans ta journée favoriserait ou limiterait la relation soignant-soigné ?

201 Manu : Je pense que c'est le manque par moment de temps, ça limite parce que encore une fois
202 je pense que c'est un métier dans lequel il faut qu'on arrive à prendre un peu plus le temps
203 auprès des personnes et on a pas toujours ce temps-là, ça nous manque et ça, sa limite
204 énormément puisqu'on est, euh les personnes, les soignants même si, pas les soignants pardon,
205 les patients même si ils essayent des fois de communiquer, on doit couper des fois un petit peu
206 la conversation malheureusement, parce qu'on est pris par justement notre travail qu'on a à tel
207 horaire euh, on a une heure pour faire un tour on a après les transmissions à avoir, enfin on a
208 tout un protocole, un petit peu de la journée qui est mis en place, et c'est vrai que ça, c'est ce
209 manque de temps-là, fait que je pense que ça n'aide pas pour la personne elle doit pas se sentir
210 cent pour cent entendue, et écoutée donc ça peut chez certaines personnes justement limiter
211 après, si elles se renferment et ne plus avoir trop de discussion et ne plus transmettre justement
212 ce qu'il ressentent et leurs émotions donc ça pour moi je dirais que la limite ça serait vraiment
213 ça le manque de temps dans notre travail, on a beaucoup de pression, on a beaucoup de choses
214 à faire et des fois on en manque, voilà je dirais que c'est ça.

215 Moi : Ok et il y aurait des facteurs favorisants ?

216 Manu : Et les facteurs favorisants, euh moi je les prends beaucoup aussi quand j'ai des soins à
217 leur faire, je pense que pendant le soin, euh que ça soit beh la toilette, que ça soit rien que même
218 aller poser un cathéter pour un examen on a quand même des minutes à accorder aux patients
219 et c'est ces moments-là qui sont priorisés pour moi, donc je dirais plutôt, voilà lors des soins et
220 le matin moi c'est beaucoup le matin, lors des prises de sang aussi, comme je disais tout à
221 l'heure j'essaie de prendre le temps de, au moins 5-10 minutes de discuter avec chaque patient
222 et de savoir un petit peu comment il vont, voilà chaque jour.

223 Moi : Ok, merci. Qu'est-ce que ça évoque pour toi la vulnérabilité dans les soins ?

224 Manu : Hum, être vulnérable, c'est euh

225 Moi : Prend ton temps, il n'y a pas de problème

226 Manu : Euh la vulnérabilité dans les soins, c'est euh, j'ai du mal à mettre des mots là sur ça.
227 (Période de réflexion). Qu'est-ce que ça serait la vulnérabilité, ah là je pêche.

228 Moi : Du côté des soignants, des soignés

229 Manu : (réflexion)

230 Moi : si je te dis vulnérabilité dans les soins tu vas penser à quoi en premier ?

231 Manu : La vulnérabilité dans les soins euh, j'ai pas de, je cherche être vulnérable c'est euh, la
232 définition

233 Moi : après ce n'est pas la définition, vraiment ma demande, c'est ce que ça évoque vraiment
234 pour toi la vulnérabilité dans les soins, ça te fait penser à quoi ?

235 Manu : J'ai du mal, la vulnérabilité dans les soins, je cherche juste le, être vulnérable.

236 Moi : ah, en quelque sorte quand tu es vulnérable, t'est un peu plus enclin à être blessé, peut
237 être un petit peu plus faible.

238 Manu : Euh, oui donc, qu'est ce qui me euh

239 Moi : Oui qu'est-ce que ça évoque pour toi la vulnérabilité dans les soins ?

240 Manu : J'ai vraiment, je suis désolée, j'ai pas de euh, j'ai rien qui me vient

241 Moi : La vulnérabilité voilà c'est ça, c'est d'être dans une situation peut être un petit peu
242 délicate, et qu'on soit un peu plus en capacité d'être blessé ou d'être peut-être un petit peu plus
243 faible.

244 Manu : Euh c'est-à-dire si par exemple, s'il y a un patient qui euh, qui peut avoir des propos,
245 qui peut être lui émotionnellement peut être touché et auprès du soignant qui soit assez dur dans
246 ses propos qu'il essaie de reprocher quelque chose ou c'est pas ça, j'arrive pas à ...

247 Moi : Je voulais savoir ce que ça évoque pour toi la vulnérabilité dans les soins, mais si tu ne
248 vois pas c'est pas grave.

249 Manu : Je suis désolée.

250 Moi : Par exemple, toi est ce que tu t'es déjà senti vulnérable dans ta pratique ?

251 Manu : oui, oui beh euh c'est-à-dire faible euh pas faible, faible émotionnellement peut-être
252 c'est ça ou ?

253 Moi : Est- ce que tu as pu te sentir vulnérable à un moment ?

254 Manu : Touchée, pas blessée mais touchée plutôt dans ce que je rencontre comme situation ou
255 auprès de certains patients qui justement me marque plus, ça peut être ça ?

256 Moi : Oui, ça peut être ça.

257 Manu : beh ça fait un peu ce que je disais tout à l'heure, mais je sais pas si je vais répondre trop
258 à la question mais tout à l'heure à un moment je disais qu'il pouvait arriver que l'on fasse des
259 transferts inconscients euh au vu de nous notre parcours personnel, hein le parcours de la vie et
260 que donc il y avait des patients qui arrivaient à nous toucher, un petit peu plus. Je pense, enfin
261 je sais pas si c'est ça, mais la vulnérabilité oui peut être qu'à ce moment-là je peux me sentir
262 un petit peu plus vulnérable.

263 Moi : Ok, super, est-ce que tu veux ajouter quelque chose sur tous les thèmes qu'on a abordés ?
264 il y a quelque chose qui te revient ?

265 Manu : Si c'est vraiment, tout ce qui est les émotions, l'empathie je pense que l'empathie c'est
266 un ressenti, je pense que c'est quelque chose, c'est un peu la capacité à essayer de comprendre
267 ce que l'autre veut nous transmettre à travers ses émotions, à travers des choses. Que ce soit un
268 discours verbal ou même un comportement du non verbal. Mais je pense que ça ça reste quand
269 même une des qualités qui faut avoir, qui faut garder en tête. Il faut savoir je dirais, toujours se
270 mettre à la place de l'autre essayer du moins de comprendre ce qui ressent, essayer de se dire
271 que beh nous, c'est pas parce qu'on est du côté des soignants qu'on ne peut pas être touchés un
272 jour personnellement par tout ça et donc à partir de là une fois que cette relation humaine elle
273 est mise en place, je pense qu'on peut que essayer de euh, on est dans un travail voilà vachement
274 humain et je pense qu'on peut que essayer, enfin ça va que nous aider à apporter aux soins une
275 qualité supérieure, voilà pas que dans la pratique, la technique mais vraiment dans la prise en
276 charge globale du patient, je pense que c'est hyper important et il faut que nous en tant que
277 soignant on garde ça vraiment à l'esprit parce que ça permet une remise en question constante
278 et puis ça permet je pense une prise en charge, euh une meilleure prise en charge du patient et
279 nous aussi personnellement de nous dire que beh voilà on est des humains et que c'est important
280 de savoir essayer de comprendre l'autre et se dire qu'à tout moment ça peut être nous, je pense
281 que si il y avait une chose que je devrais relever c'est ça c'est les émotions sont hyper
282 importantes que ce soit nous ce qu'on ressent, mais surtout ce que ressent le patient pour l'aider
283 au mieux, pour essayer de répondre au maximum à ses besoins et qu'il ait une hospitalisation
284 des plus apaisante entre guillemets, voilà puisque c'est pas un moment facile, c'est pas une
285 période facile de la vie. Et même les familles, également il faut pas les oublier puisque les
286 familles sont autant touchées et atteintes par ce que vivent beh leurs membres de la famille donc

287 les patients. Donc oui ça il faut pas les oublier, je sais que les après-midis quand ils viennent je
288 prends le temps aussi de leur parler, ça c'est quelque chose qu'il je pense qu'il faut pas les
289 oublier c'est important ça fait partie aussi le fait de rassurer, d'être là, de répondre à leurs
290 questions, à leurs interrogations, ça leur permet au maximum euh au moins essayer de les
291 rassurer. Donc oui voilà je dirais que l'empathie c'est hyper important dans notre quotidien.

292 Moi : Ok, super je te remercie, c'est bon pour toi ?

293 Manu : C'est bon

294 Moi : merci beaucoup.

Annexe VII : Retranscription entretien Emy

1 Moi : Est-ce que ça marche ? oui C'est bon. Donc bonjour, je vais vous demander de vous
2 présenter s'il vous plaît, ainsi que votre parcours professionnel.

3 Emy : Je me prénomme Emy. Je suis infirmière depuis 2010, diplômée en 2010. J'ai travaillé
4 pendant six ans en Gériatrie, en SSR plus précisément. Et là, ça fait un peu plus de six ans que
5 je suis sous la chirurgie thoracique-vasculaire.

6 Moi : D'accord. Est-ce que c'est bon ? On peut y aller ?

7 Emy : Oui

8 Moi : D'accord alors je vais vous poser une question, ça va être : pouvez-vous me décrire une
9 situation où vous avez pris en compte les émotions d'un patient ?

10 Emy : C'est une situation que les émotions du patient m'ont beaucoup touchée. Alors forcément,
11 j'en ai pris compte. Et c'était une patiente qu'on avait reçue il y a trois ans à peu près. Une
12 patiente de thoracique, pour un épanchement pleural sur un cancer bronchique. Une dame assez
13 jeune, une cinquantaine d'années, qui avait deux garçons, qui avaient à peu près la vingtaine.
14 Et en fait, elle a été drainée chez nous, mais son état s'est dégradé très rapidement. Et cette dame
15 a beaucoup, au début, comment dire, elle a beaucoup montré de combativité et elle était un petit
16 peu dans, pas dans le déni, mais dans le refus. Dans le refus de ce qui allait suivre, parce qu'elle
17 était passée en soins palliatifs très rapidement chez nous, parce qu'on n'était pas très au courant
18 de son dossier. Et qu'elle était à un taux d'apport d'oxygène très, très haut. Et par rapport à ses
19 enfants, en fait, ce sont ses enfants et ce qui m'avait beaucoup, beaucoup touchée, c'est cette
20 faculté qu'elle a eue de, de rassurer ses deux garçons. Son visage exprimait toutes les émotions
21 qu'elle pouvait avoir. Beaucoup de reconnaissance au niveau des soignants. Et c'est vrai que je
22 m'en suis euh, je m'en étais occupée plusieurs jours d'affilée. À l'époque, on n'était pas en douze
23 heures, on était en 7h36, donc ça en faisait quatre jours d'affilée, je m'en étais occupée
24 énormément. Et en fait, il y a eu un petit peu, une petite connexion et, et elle me demandait de
25 lui tenir la main. Et c'est vrai qu'en chirurgie, on n'a vraiment pas beaucoup le temps de ça, mais
26 là, je l'ai pris le temps pour cette dame parce que on voyait, qu'elle était touchée qu'on soit
27 auprès d'elle et, euh et qu'on puisse s'occuper de ses garçons, de les accompagner dans ce
28 processus enfin processus de fin quoi, parce qu'elle est décédée chez nous. Elle est décédée

29 chez nous et la veille de son décès, j'étais là et j'ai été là le lendemain matin, donc elle était
30 décédée dans la nuit. Et en fait, les émotions qu'elle avait de reconnaissance, de comment dire,
31 de remerciements, parce que malgré qu'elle n'était pas très bien, elle était toujours dans
32 l'acceptation. Après, elle était dans l'acceptation. Et cette émotion-là de reconnaissance, je l'ai
33 retrouvée dans ses fils, parce que le lendemain de son décès, puisqu'elle est décédée aux
34 alentours de 5h du matin et nous on prenait notre poste à 6h30. Ces enfants, ces deux garçons
35 m'ont prise dans leurs bras. Donc, ça m'a beaucoup touchée. Et voilà. Je sais pas, si j'ai répondu
36 ou pas ?

37 Moi : Oui

38 Emy : Je sais pas sincèrement, En fait, j'ai beaucoup de mal avec les émotions des patients,
39 parce que je suis quelqu'un d'assez rapide. Moi, je suis déjà quelqu'un qui a du mal à exprimer
40 mes propres émotions. Donc, encore plus au travail. Donc, j'ai beaucoup de difficultés. Donc,
41 quelquefois, ça passe ou ça passe pas. Et en général, je fais en sorte que ça passe. Mais je reste,
42 comment dire, je reste bien (signe de la main d'avant en arrière pour dire droite). J'essaye de
43 rester professionnelle et de ne pas faire jouer mon côté émotionnel. Parce que quelquefois, je
44 me dis, quand on fait jouer trop le côté émotionnel, on se perd dans ce qu'on fait. Et quelquefois,
45 ça joue sur notre prise en charge. Ça, c'est ma façon de voir.

46 Moi : D'accord,

47 Emy : Voilà. Donc, après, ça dépend dans les services qu'on travaille. Parce que moi,
48 j'accepterais jamais de travailler, par exemple, dans des unités comme le soin palliatif euh,
49 comme en pédiatrie. Parce que je pense qu'il y a une charge émotionnelle très importante envers
50 le patient. Mais, je suis en chirurgie par choix, parce que j'aime tout ce qui est la chirurgie. Je
51 sais que c'est des périodes d'hospitalisation assez courtes. J'étais en gériatrie où c'était des
52 périodes d'hospitalisation très longues. Donc, on voyait les patients et on s'attachait par le
53 processus de la personne âgée, de la démence. Voilà. Donc, c'est autre chose. C'est une autre
54 prise en charge. Mais là, j'avais envie de changer complètement de cap. Et la chirurgie, pour
55 moi, c'était justement des courts séjours et pas trop d'attachement. Mais on ne peut pas ne pas
56 s'attacher. Parce qu'on a des patients comme cette dame. Et on a eu des patients à qui on s'attache
57 facilement et avec d'autres, ça ne passe pas non plus. D'autres, il y a plutôt des conflits.

58 Moi : D'accord, pour vous, il y aurait euh le fait de repérer, par exemple, les émotions de vos
59 patients. Est-ce que ça vous sert dans votre pratique et dans vos relations ? Ça pourrait vous
60 servir, vous pensez ?

61 Emy : Si, ça me sert. Parce que s'ils expriment des émotions positives, ça veut dire qu'ils ont
62 confiance. Et c'est ce qu'on recherche dans le soin. On recherche le consentement, la confiance
63 aussi. Un patient qui est sur le qui-vive, qui fait des sursauts à chaque soin, c'est ni confortable
64 pour lui ni confortable pour nous. On se demande s'il y a quelque chose qui ne va pas ou on se
65 remet en question. Il y a quelque chose qu'on a fait que le patient peut-être l'a mal perçu. Et un
66 patient qui est dans un lit ne va forcément pas tout dire parce qu'il est en situation de faiblesse.
67 Et il va se dire si je me plains de tel ou tel soignant. Et c'est vrai, il ne faut pas se leurrer. Il se
68 dit si je me plains de tel ou tel soignant, peut-être qu'on ne va pas s'occuper bien de moi. Alors
69 que ce n'est pas vrai. Mais euh voilà, donc si moi je pose souvent la question, quelquefois
70 j'arrive, je suis souvent un peu fermée et souvent les patients, beh ils m'observent. J'observe
71 aussi les patients. Et après il y a petit à petit un climat de confiance qui s'installe. Donc dans
72 mes soins, j'arrive quelquefois, j'ai l'impression d'être rapide, enfin je suis rapide dans mes soins
73 et tout ça. Et les gens quelquefois, beh ils se sentent peut-être un petit peu pris de court. Mais
74 après mes soins en soi, et souvent on me le dit, on me dit ouais vous arrivez très rapide et tout
75 ça. Mais en soi, vos soins ils sont doux. Donc ça me fait plaisir. Donc voilà, mais bon c'est euh
76 Oui, ça joue. Je pense que ça instaure un climat de confiance où ça peut ne pas passer du tout.
77 Parce que le patient il est dans le déni de sa pathologie, dans le déni de ce qui lui a été annoncé.
78 Et quelquefois après dans la colère. Dans la colère de ce qui lui a été annoncé. Ici on est dans
79 la chirurgie aussi vasculaire. Et souvent des gens subissent des amputations. Donc que ce soit
80 en jambes, voire en cuisse. Et malheureusement, malgré ce qu'on croit, on en fait régulièrement
81 et beaucoup. Donc, il y a le processus, il y a la colère, il y a le déni, il y a la colère, il y a
82 l'acceptation. Mais après, ce moment où ils sont en colère et tout ça, beh c'est qui qu'ils ont en
83 face de nous ? C'est les soignants. En face d'eux de pardon, c'est les soignants. Donc souvent,
84 quelquefois, ils nous prennent un petit peu pour les responsables. Après, on passe la main.
85 Quand ça passe pas bien, on passe la main, c'est tout.

86 Moi : Et vous, d'arriver à repérer donc cette colère, comme vous dites, ou cette peur, est-ce que
87 ça vous est utile dans votre pratique et dans vos relations ou non ?

88 Emy : Dans ma pratique, ça peut me servir peut-être pour me questionner, pour me dire
 89 pourquoi il y a cette peur. Mais si on connaît déjà le euh, en amont le diagnostic qui a été donné
 90 et tout ça, on peut faire le lien. Mais après, un patient qui vient d'arriver, qui est stressé, qui est
 91 dans l'agressivité parce qu'il a peur, beh on essaye de comprendre pourquoi. Et quelquefois, beh
 92 ça passe pas forcément avec euh... Ça peut pas passer avec moi, mais passer avec ma collègue.
 93 Donc, on passe la main. Et sincèrement, quelquefois, en chirurgie, on court tellement qu'on
 94 cherche pas trop à savoir pourquoi, beh pourquoi il est en colère contre moi. Donc, je me dis
 95 que ça va lui passer.

96 Moi : D'accord. Dans votre pratique quotidienne, quel intérêt vous trouvez à la pratique de
 97 l'empathie ?

98 Emy : Dans ma pratique quotidienne, quel intérêt à l'empathie ? Je pense que l'empathie, elle y
 99 est tout le temps. Donc, après eux. L'empathie, c'est un grand mot. C'est un grand mot,
 100 l'empathie. Euh... Je sais pas. Sincèrement, je... Dans ma... Non.

101 Moi : Vous m'avez dit qu'elle y est tout le temps, c'est ça ?

102 Emy : Elle y est en quelque sorte tout le temps. Après, elle y est à différents degrés et selon les
 103 caractères. J'ai des collègues qui sont vraiment très, très euh plutôt très psychologues, très dans
 104 le discours, de parler et tout ça. Et d'autres personnes, moi, je suis plus dans l'écoute. Quand le
 105 patient veut me parler, je suis dans l'écoute. C'est vrai que j'ai pas forcément des réponses et
 106 quelquefois, il y a des patients qui ont besoin juste qu'on les écoute et qui n'ont pas forcément
 107 besoin de réponses. Donc, ouais, ça peut passer par là, l'empathie. Je pense que l'empathie, elle
 108 y est tous les jours. Si on n'est pas empathique, je pense qu'on n'a plus rien à faire ici ahah

109 Moi : Et quel intérêt vous y trouvez, vous, du coup, à l'empathie ? Dans votre pratique
 110 quotidienne ?

111 Emy : Je pense que ça facilite déjà les relations humaines. Ça facilite les relations humaines, ça
 112 facilite les soins, ça crée un climat peut-être de confiance entre le soignant et le soigné. On est
 113 aussi, comment dire, on est euh comment dire en lien entre les médecins et les chirurgiens qui
 114 passent très, très rapidement et les patients. Les patients nous disent beaucoup plus de choses,
 115 expriment beaucoup plus de choses auprès de nous qu'auprès des médecins. Donc, nous, on fait
 116 ce lien-là. Donc, oui.

117 Moi : D'accord. Et est-ce que cette pratique, donc l'empathie, elle est facile à mettre en œuvre
118 pour vous au quotidien ?

119 Emy : Sincèrement, je ne la contrôle pas quoi. Il faut demander à mes collègues si je suis
120 empathique ou à mes patients ahah. Ouais, non je fais les choses spontanément. Je ne me dis
121 pas que j'étais empathique plus avec un tel patient ou avec un autre. Je sors d'une chambre, je
122 vais être pareille avec l'un et l'autre. Je vais peut-être adapter quelquefois un peu plus mon
123 discours, ma façon d'être avec telle ou telle personne parce que peut-être que j'ai une patiente
124 actuellement qui est très âgée, qui est sourde, qui est un peu démente. Donc, elle me raconte
125 toujours la même chose et tout ça, mais je l'écoute avec plaisir et chaque fois, je lui dis la même
126 chose, chaque fois, je lui pose les mêmes questions et ça lui fait plaisir parce qu'elle voit que ça
127 m'intéresse. Mais tous les jours où je lui fais le pansement, elle me raconte la même histoire.
128 Donc, je la connais, son histoire. Mais on a toujours ce petit échange et ça lui fait plaisir. Et
129 moi, ça me permet de la voir sourire et de ne pas penser à son pansement qui lui fait mal. Donc,
130 oui, c'est de l'empathie, voilà ça en est.

131 Moi : Donc, en quelque sorte, si je résume ce que vous venez de dire, c'est qu'avec l'empathie,
132 vous adaptez en quelque sorte vos relations avec vos patients ?

133 Emy : J'adapte mes relations avec les patients. J'adapte beaucoup mes relations. Mon
134 comportement s'adapte avec les patients parce qu'il y a certains patients qui n'ont pas forcément
135 besoin et qui ont plutôt besoin juste de l'infirmière on va dire, l'infirmière technicienne
136 professionnelle. Euh, ils ont besoin des antalgiques parce qu'ils sont entourés, et ils ne
137 demandent pas plus. Et même si on essaie un peu de on va dire de gratter et de voir, ils ont pas
138 d'autre demande et on a d'autres patients qui sont dans la solitude ou qui sont... voilà, qui ont
139 besoin de parler. Oui, oui, notre comportement évolue d'un patient à l'autre et selon sa demande.

140 Moi : D'accord. Est-ce que vous pensez pratiquer l'intelligence émotionnelle et en quelle mesure
141 ?

142 Emy : Qu'est-ce que vous entendez par l'intelligence émotionnelle ?

143 Moi : Alors, si vous voulez, je peux vous l'expliquer avec ce que j'en ai compris moi. Donc c'est
144 la capacité à ressentir et à comprendre nos propres émotions et à savoir les exprimer et être
145 capable de repérer et comprendre les émotions de quelqu'un d'autre, donc en l'occurrence des
146 patients.

147 Emy : D'accord. Mes émotions à moi, j'ai du mal à les exprimer. Au milieu du travail, je suis un
 148 petit peu euh, pas fermée mais c'est vrai que j'essaie au minimum mes émotions je, euh voilà,
 149 ne sont pas très visibles on va dire mais je pense que j'essaie de tenir compte des émotions des
 150 patients. Je pense à mon niveau et je l'espère.

151 Moi : D'accord. Dans votre pratique quotidienne, que représente la relation soignant-soigné ?

152 Emy : Une relation de confiance. Pour moi, c'est important la confiance.

153 Moi : Et quelle place elle aurait dans la journée, cette relation ?

154 Dans tout ce qu'on fait, dans mes paroles, dans ce que je vais lui rapporter, dans mes soins, euh
 155 dans tout quoi. Donc, moi je vais faire confiance aux patients parce qu'on a souvent des patients
 156 qui sont un peu jeunes, qui sont drainés, qui vont descendre et tout ça. Donc je leur dis, je vous
 157 fais confiance, vous faites pas voilà, vous faites pas n'importe quoi en bas, vous fumez pas,
 158 vous prenez pas euh, surtout qu'ils ont un drain thoracique donc c'est pas très top pour eux. Moi,
 159 il y a une relation de confiance et surtout leur confiance à eux. Moi, j'ai besoin de leur confiance
 160 à eux pour justement avancer avec eux dans leurs soins et dans leur prise en charge quoi. Après,
 161 c'est vrai qu'en chirurgie, les temps de séjour sauf quand ils ne sont pas bien, bien mais les
 162 temps de séjour sont courts mais j'essaie en tout cas d'établir cette relation de confiance. On est
 163 là, souvent quand ils sont opérés et qu'ils remontent la première question c'est est-ce que je vais
 164 avoir mal ? Donc on les rassure en leur disant qu'on met tout en place et que voilà, et qu'on est
 165 là pour eux. Donc, voilà moi je veux qu'ils aient confiance dans ce que je leur fais et dans ce
 166 que je leur dis voilà. Donc, si je leur dis que le médecin viendra les voir, beh s'il faut que j'aille
 167 chercher le médecin pour qu'il vienne les voir j'irai les chercher pour qu'ils viennent les voir.
 168 Donc, c'est pas juste des paroles en l'air et ensuite les laisser en attente avec leurs questions. Je
 169 me dis que moi, si j'étais à leur place, je voudrais qu'on me traite comme ça.

170 Moi : Et dans votre pratique, quels éléments favorisants ou limitants la relation de soins vous
 171 pouvez rencontrer ?

172 Emy : Favorisant ou limitant ?

173 Moi : oui

174 Emy : Limitant c'est le temps. On est en 12 heures pourtant mais sincèrement, quelques fois on
 175 n'a pas le temps de rester un peu plus avec eux, de les écouter peut-être un peu plus ou de

176 prendre juste le temps de faire le soin de comment dire d'une manière un peu plus posée de leur
177 poser un peu plus des questions et tout ça. Les après-midis ils ont les familles et quelques fois
178 les familles ils ont beaucoup de questions aussi. Donc, ouais le facteur limitant quelques fois
179 c'est le temps. On n'arrête pas de courir à droite, à gauche et après ils le voient, ils nous le disent
180 ils nous disent oh vous arrêtez pas de courir, mais voilà ça c'est euh, le facteur pour moi limitant,
181 c'est le temps et après nous en chirurgie c'est des chirurgiens donc c'est des chirurgiens, ils
182 opèrent donc quelques fois beh on est obligé un petit peu de leur forcer la main de venir voir le
183 patient, de lui expliquer ou alors voilà un médecin va utiliser que des termes médicaux et
184 forcément le patient quelques fois beh, il n'a pas forcément envie de dire au chirurgien vous
185 pouvez m'expliquer autrement donc moi j'aime bien qu'à la visite d'être là pour dire au
186 chirurgien il voudrait savoir ça, parce qu'il m'a déjà posé les questions au préalable, il voudrait
187 savoir ça et voilà. Non après limitant, après on a des internes qui sont très disponibles.

188 Moi : mais vous particulièrement dans votre relation avec les soignants, enfin avec les soignés
189 pardon donc qu'est-ce qui pourrait favoriser ou limiter la relation ?

190 Emy : Limiter c'est le temps, pour moi c'est le temps Sincèrement, malgré qu'on soit en douze
191 heures quelques fois on a l'impression que le temps nous est euh... passe très vite, nous est
192 compté.

193 Moi : d'accord

194 Emy : et favoriser je sais pas, je vois pas.

195 Moi : qu'est-ce que ça évoque pour vous la vulnérabilité dans les soins ?

196 Emy : Pour le patient ?

197 Moi : ce que ça évoque pour vous ?

198 Emy : Pour moi du moment que c'est un patient du moment qu'il est patient, il est vulnérable,
199 il est dans un lit, il est aux mains quand même de personnes étrangères qui vont venir lui faire
200 des actes invasifs, prise de sang, pose de cathéter et tout ça donc tout ça pour moi c'est de la
201 vulnérabilité donc ils sont opérés quelques fois ils sont limités cantonnés à leur lit pendant 48
202 heures. Donc ils peuvent rien faire c'est beaucoup, ouais c'est de la vulnérabilité, je pense ouais
203 ils sont vulnérables. Ils sont vulnérables dans le fait même dans leurs soins d'hygiène et de

204 confort quotidien, ils dépendent de nous donc juste le fait de faire ses besoins ils dépendent de
 205 nous donc moi je considère que voilà c'est une vulnérabilité en soi.

206 Moi : Ok, et est-ce que vous vous avez déjà ressenti de la vulnérabilité dans votre pratique ?

207 Emy : Non, non

208 Moi : Et est-ce que vous pensez que cela peut arriver un jour de vous sentir vulnérable dans
 209 votre pratique ?

210 Emy : oui ça m'arrivera peut-être, si ça m'arrive je quitterai le service.

211 Moi : pourquoi ?

212 Emy : parce que je pense que du moment qu'on fait rentrer la vulnérabilité ça veut dire, euh je
 213 sais pas. Être vulnérable ça veut dire c'est une porte ouverte, c'est une porte d'ouverte à
 214 beaucoup d'émotions et ces émotions moi je pense qu'on va les transmettre aux patients ça peut
 215 être des émotions un peu négatives. Et être vulnérable euh en tant que soignant hein ? pas
 216 soigné ?

217 Moi : Oui, vous vraiment, dans votre pratique.

218 Emy : alors pour moi si j'en arrive à être vulnérable émotionnellement et psychologiquement.
 219 Pour moi c'est que je suis peut-être plus apte, c'est mon avis, c'est mon avis personnel parce que
 220 si je rentre tout ce qui est mon côté émotionnel et psychologique dans le soin et dans ma pratique
 221 je pense que je pourrais pas gérer ma pratique justement et mon côté professionnel.

222 Moi : Si je peux me permettre, donc vous avez peur en quelque sorte d'être submergé par vos
 223 émotions dans votre pratique ?

224 Emy : C'est ça, c'est ça, moi à l'école on me disait souvent, j'sais pas si on vous le dit encore,
 225 mais bon c'est la vieille école. On nous disait que quand on se changeait au vestiaire on laissait
 226 ses émotions, euh pas ses émotions, mais ses problèmes au vestiaire. Donc tout ce qui était
 227 problème à l'extérieur, beh ça venait pas avec nous parce que justement on va penser au
 228 problème mais le côté humain il l'emporte ça c'est que des paroles mais souvent quelques fois
 229 beh on essaye de faire abstraction de nos problèmes familiaux et tout ça à l'extérieur et qu'ils
 230 vont jouer sur le psychisme pour être des professionnels après on n'est pas des robots non plus
 231 mais moi le jour où je me sentirais trop vulnérable et que mes émotions et mon état

232 psychologique l'emporterait. Voilà et que ça s'exprimerait trop je pense que je voilà, pour moi
233 ce serait la fin il faudrait que je vois autre chose.

234 Moi : D'accord j'ai fini les questions pour moi est-ce que vous voulez rajouter quelque chose
235 sur les différents thèmes qu'on a pu aborder durant l'entretien ? est-ce qu'il y a quelque chose
236 qui vous revient ?

237 Emy : C'est la question de l'empathie moi qui m'a enquisiné

238 Moi : pourquoi ? dites-moi

239 Emy : est-ce qu'il y a une empathie dans le soin, je me suis dit oui c'est vrai peut-être qu'on
240 pratique l'empathie sans faire attention, sans la calculer quoi j'espère qu'on la pratique
241 spontanément j'espère sinon pareil si on n'est pas empathique dans ce milieu-là, là aussi on n'a
242 rien à faire dans les services de soins. Ahah

243 Moi : D'accord.

244 Emy : j'espère que j'ai répondu.

245 Moi : Oui merci.

Annexe VIII : Grille d'analyse : les émotions

Sous Thèmes	Alexis	Rose	Manu	Emy	Cadre de référence
Repérer et prendre en compte Les émotions du patient.	L 10 « Rien que ce matin » L 20 « Ils faut toujours faire en fonction des émotions des patients » L 21-22 « faut prendre le patient dans sa globalité, euh le terme globalité veut tout dire, c'est absolument tout, son état psychique, physique, mais aussi beaucoup les émotions » L 23-24 « le refus de soins qui peut être expliqué par des situations qui impactent ses émotions et qui impacte du coup, son adhésion aux soins, donc il faut forcément prendre en compte tout ça » L 28 « oui toujours au quotidien »	L 8-9 « Des émotions on en perçoit tous les jours, avec tous les patients, même si ce n'est pas toujours les mêmes émotions » L 10 « ce matin par exemple »	L 26-27 « J'ai vu qu'elle était apeurée totalement, donc je me suis permise de, euh d'essayer de la rassurer au maximum » L 28 « Donc, j'ai pris le temps de lui expliquer que ça allait aller » L 33-34 « Je me suis dit, beh si le médecin il est d'accord je rentre avec elle dans l'IRM, donc après concertation ils ont été ok puisqu'elle était vraiment très paniquée et ça l'a rassuré, et elle a été d'accord pour tenter l'expérience » L 45 « c'est vraiment dans des jeux de regards, dans des fois la gestuelle qu'ils essaient d'exprimer leurs sentiments » L 69 « on arrive à repérer un petit peu ce que le patient a du mal à exprimer, des fois les émotions » L 95 « Il ne faut pas oublier le patient, oublier ce qu'il est, que ça reste quand même un humain avec des émotions » L 153 « J'essaie de repérer aussi dans le regard s'il y a des émotions qui passent »	L 20-21 « Son visage exprimait toutes les émotions qu'elle pouvait avoir » L 25-26-27 « on n'a vraiment pas beaucoup le temps de ça mais là je l'ai pris le temps pour cette dame, parce qu'on voyait qu'elle était touchée qu'on soit auprès d'elle » L 38-39 « J'ai beaucoup de mal avec les émotions des patients, parce que je suis quelqu'un d'assez rapide » L 42-43 « J'essaie de rester professionnelle et de ne pas faire jouer mon côté émotionnel. » L 44-45 « quand on fait jouer trop le côté émotionnel, on se perd dans ce qu'on fait, et quelques fois ça joue sur notre prise en charge » L 48-49 « j'accepterais jamais de travailler, par exemple dans des unités comme les soins palliatifs, comme en pédiatrie parce que je pense qu'il y a une charge émotionnelle très importante envers les patients » L 61 « s'ils expriment des émotions positives »	Paul Ekman a mené ses recherches dans différentes civilisations, ce qui lui a permis de constater une certaine universalité dans le langage facial de nos émotions. Il affirme également que les émotions sont pratiquement impossibles à dissimuler « <i>Toute émotion tend à se faire connaître, que ce soit sur le visage, par les gestes, la voix ou la posture</i> »

			L 282-283-284 « Les émotions sont hyper importantes, que ce soit nous ce qu'on ressent, mais surtout ce que ressent le patient pour l'aider aux mieux, pour essayer de répondre au maximum, à ses besoins et qu'il ait une hospitalisation des plus apaisante.	c'est qu'ils ont confiance » L 93-94 « quelques fois en chirurgie, on court tellement qu'on cherche pas trop à savoir pourquoi il est en colère » L 150-151 « j'essaie de tenir compte des émotions des patients »	
L'empathie, ses intérêts, et facilité à mettre en place.	L 31-32 « c'est impératif d'avoir de l'empathie pour notre métier, sinon si on est pas capable de se mettre à la place des autres, je pense que le métier n'est pas forcément fait pour nous. » L 33-34-35-36 « ça me permet de mieux comprendre déjà le patient, c'est le but de l'empathie, euh mais aussi de mieux comprendre aussi ces attentes s'il en a, ou ses craintes, on peut mieux le cerner et du coup mieux adapter le soin et l'accompagnement ou le parcours à sa situation » L 38-39 « d'un point de vue personnel, je trouve que oui ça va, ça se fait facilement, après je pense qu'on est tous différents les uns des autres et on a une empathie propre à soi » L 117-118-119 « J'ai beaucoup d'empathie pour ce genre de situations, pour ce genre de personnes et c'est vrai que c'est là où on est le plus vulnérable »	L 42 « on se met à la place des gens, on essaie de savoir ce qu'ils ressentent » L 43-44 « J'essaie de me visualiser dans un lit et de me mettre à leur place et de savoir comment j'aimerais que le soignant soit » L 52-53 « il y a des choses qui faut faire et pas faire et j'essaie de me mettre à la place du patient pour savoir comment réagir » L 37-38 « J'essaie de prendre plus le temps avec les patients dont je ressens qu'ils en ont besoin » L 59 « oui, je pense que c'est assez facile de mettre en œuvre cette pratique » L 204 « c'est vrai que des fois, j'ai pas le temps d'être empathique »	L 70-71-72 « c'est essayer de se mettre un peu à la place de l'autre, donc moi j'essaie, du moins d'adapter ma prise en charge en fonction de tel ou tel patient » L 75-76-77-78-79 « Je vais essayer d'adapter soit mon discours, ou au niveau de la gestuelle également. J'essaie de prendre beaucoup plus de temps et de comprendre là où ça pêche, là où il y a le problème et qu'est ce qui le touche au maximum pour essayer d'avoir une prise en charge la plus adaptée, le mieux pour le patient » L 87 « c'est une remise en question perpétuelle » L 266-267-268 « c'est un peu la capacité à essayer de comprendre ce que l'autre veut nous transmettre à travers ses émotions, à travers des choses. Que ce soit un discours verbal ou même un	L 98-99 « Je pense que l'empathie elle y est tout le temps » L 102-103 « Après elle y est à différents degrés et selon les caractères » L 108 « si on n'est pas empathique, je pense qu'on n'a plus rien à faire ici » L 111-112 « ça facilite les relations humaines, ça facilite les soins, ça crée un climat peut-être de confiance entre le soignant et le soigné » L 119 « Sincèrement je ne la contrôle pas » L 120-121-122-123 « Je fais les choses spontanément, je ne me dis pas que j'ai été empathique plus avec un tel patient ou avec un autre. Je sors d'une chambre je vais être pareille avec l'un et l'autre, je vais peut-être adapter quelques fois un peu plus mon discours, ma façon d'être avec telle ou telle personne » L 133-134-135-136-137-138-139-140 « J'adapte mes relations avec les	-Elisabeth Pacherie, philosophe Française, décrit l'empathie comme étant « la capacité à se mettre à la place d'autrui afin de comprendre ce qu'il éprouve » (Pacherie, 2004, p. 149). En effet l'empathie est la capacité de percevoir et de comprendre les émotions d'une autre personne. -Carl Rogers, psychologue Américain a défini l'empathie comme étant le fait « de percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du » « comme si » » -Mme Pacherie dit que l'empathie nécessite « la mise en œuvre de nos propres ressources cognitives à des

			comportement du non verbal » L 92-93-94-95 « on ne prend pas toujours le temps malheureusement de rester trop longtemps avec le patient, et quand on a cette empathie là on arrive, on essaie du moins de passer un peu plus de temps, d'avoir une meilleure prise en charge, parce que je pense qu'il ne faut pas oublier le patient » L 104-105-106 « ça permet de garder quand même les pieds ancrés et de se dire que voilà on est des humains, donc ça permet d'adapter au mieux la prise en charge je pense » L 109-110 « Pas tout le temps puisqu'encore une fois on est un service qui est très lourd » L 116-117-118-119 « je pense que malheureusement je pourrais faire plus que ce que j'essaie de faire déjà de base et que oui il y a des journées où on est tellement pris par notre travail et par la pression aussi au niveau moral, psychologique que beh on peut de temps en temps pas toujours y faire attention et passer au-delà quoi » L 269 « ça reste quand même une des qualités qui faut avoir, qui faut garder en tête »	patients, j'adapte beaucoup mes relations. Mon comportement s'adapte avec les patients parce qu'il y a certains patients qui n'ont pas forcément besoins et qui ont plutôt besoin juste de l'infirmière on va dire l'infirmière technicienne professionnelle, ils ont besoin des antalgiques parce qu'ils sont entourés, et ils ne demandent pas plus. Et même si on essaie un peu de on va dire de gratter et de voir, ils ont pas d'autres demandes et on a d'autres patients qui sont dans la solitude ou qui sont... voilà, qui ont besoin de parler. Oui, oui, notre comportement évolue d'un patient à l'autre et selon sa demande. » L 150-151 « j'essaie de tenir compte des émotions des patients » L 169-170 « Je me dis que moi, si j'étais à leur place, je voudrais qu'on me traite comme ça » L 239-240-241-242 « Peut-être qu'on pratique l'empathie sans faire attention, sans la calculer quoi j'espère qu'on la pratique spontanément, j'espère sinon pareil, si on n'est pas empathique dans ce milieu-là, la	<i>fin de compréhension d'autrui ».</i> (Pacherie, 2004, p. 150). Ce qui peut nous laisser entendre qu'il faut être disposé à pouvoir être empathique envers les patients. -Effets de l'empathie : « <i>L'amélioration de la satisfaction des usagers, leur adhésion au traitement, l'acceptation des soins, le renforcement des résultats positifs des médications entreprises et favorise l'adhésion aux programmes d'éducation thérapeutique</i> » -L'empathie aurait également un effet sur la diminution de la perception de la douleur, une réduction de la potentielle anxiété que l'on peut retrouver dans les soins et aussi elle limiterai le nombre de dépression aussi bien du soignant que du soigné. Elle favoriserait également la communication, la relation et la coopération entre les protagonistes du soin. Effectivement Selon Jean Decety, professeur de psychologie et de psychiatrie « <i>L'empathie est un puissant moyen de communication interindividuelle et également l'un des</i>
--	--	--	--	---	---

			L270 « toujours se mettre à la place de l'autre essayer du moins de comprendre ce qu'il ressent » L 274-275-276 « ça va que nous aider à apporter aux soins une qualité supérieure, voilà pas que dans la pratique, la technique mais vraiment dans la prise en charge globale du patient » L 291 « l'empathie, c'est hyper important dans notre quotidien » L 278-279 « c'est important de savoir essayer de comprendre l'autre »	aussi on n'a rien à faire dans les services de soins »	<i>éléments clés dans la relation thérapeutique »</i> - L'utilisation de l'empathie par les soignants serait également un élément protecteur contre l'épuisement professionnel - « <i>L'excès d'empathie peut aussi être couteux pour les soignants, exposés à de vives émotions négatives au sein d'environnements stressants. Les soignants peuvent développer une fatigue de compassion et un épuisement psychoaffectif grave qui risquent d'entraver la prestation de soins médicaux de qualité et de majorer les risques d'erreurs</i> ». Ils en concluent qu'une notion d'équilibre est importante entre attitude empathique et désintérêt - Le degré d'empathie du soignant a également été souligné par Elisabeth Pacherie, elle en définit trois différent. Le premier correspondrait à la simple compréhension du type d'émotion que peut ressentir autrui, le second à sa compréhension et à la détection de l'objet déclencheur et le troisième à la
--	--	--	--	---	--

					compréhension des émotions, la détection de l'objet et à la compréhension du lien entre eux.
L'intelligence émotionnelle	L 45 « alors, qu'est-ce que c'est ? » L 47 « beh les deux mots séparés ça va, mais ensemble hum hum » L 57 « Euh, quand elles sont positives, oui on peut s'en servir » L 57-58-59-60-61 « mais des fois, des patients qui sont dans le refus de soin, qui sont déments ou qui relèvent de la psychiatrie alors qu'on est un service, où on n'est pas habitués à faire ce genre de soins là c'est plus difficile et il faut mettre de côté nos émotions, des fois faut réussir à rester assez neutres et ne pas s'investir émotionnellement dans une situation, sinon ça peut être compliqué » L 66 « c'est pas toujours évident de se soustraire à ses émotions » L67-68-69 « des patients à qui on tient beaucoup parce qu'avec les jours qui passent on peut créer des liens avec eux, tout ça et le jour où il décède, ça peut être aussi compliqué »	L 73 « Je sais même pas ce que c'est » L 79 « Alors je savais pas que ça s'appeler comme ça, mais je pense que oui » L 82 « En fait, malgré moi je pense qu'on le fait tous, malgré nous enfin je pense » L 88-89 « quand on a le temps de plus parler avec les patients, je pense que c'est peut-être à ce moment-là que je la pratique le plus »	L 125-126 « qu'est-ce que tu entends par l'intelligence émotionnelle » L 137 « oui, je pense la pratiquer à la prise en charge du patient » L 169-170-171-172-173-174 « Et ce que je ressens, oui, j'ai du mal à les exprimer. Mais par contre je pense avoir quand même la capacité de me dire beh la manu cette personne elle t'a plus touchées que d'autres parce que je pense inconsciemment, je fais un transfert sur ce que moi j'ai vécu personnellement, mais oui, oui bien sûr j'essaie d'y faire attention et je pense que ça aide aussi pour aller de l'avant et pour aussi prendre en charge encore une fois le patient au mieux. Voilà »	L 143 « qu'est-ce que vous entendez par l'intelligence émotionnelle » L 148-149-150-151 « Mes émotions à moi j'ai du mal à les exprimer. Au milieu du travail, je suis un petit peu euh, pas fermée mais c'est vrai que j'essaie au minimum mes émotions je, euh voilà, ne sont pas très visibles on va dire mais je pense que j'essaie de tenir compte des émotions des patients. Je pense à mon niveau et je l'espère »	-En 1990 Peter Salovey et John Mayer ont été les premiers à définir l'intelligence émotionnelle comme étant « <i>une forme d'intelligence qui suppose la capacité à gérer ses sentiments et émotions, et ceux des autres, à faire la distinction entre eux et à utiliser cette information pour orienter ses pensées et des actions</i> » -les 5 composantes de l'intelligence émotionnelle « <i>la conscience de soi, la maîtrise de soi, la motivation, l'empathie et les aptitudes humaines</i> » -Margot Phaneuf : « <i>c'est l'intelligence émotionnelle qui permet d'humaniser les soins</i> » « <i>L'intelligence émotionnelle tient une place importante dans nos comportements face à nous-mêmes et face aux autres : c'est celle qui nous permet de reconnaître nos propres émotions, de les comprendre et de les accepter. Elle nous aide à les utiliser de manière</i> »

					<i>pertinente en fonction des situations et à nous y adapter. Elle nous permet aussi de reconnaître les émotions et les souffrances des autres, capacités particulièrement importante en soins infirmiers »</i> Elle relève dans le même ouvrage, que de tenir compte de nos émotions est fondamental dans la communication et les relations avec nos patients car elles permettent d'« harmoniser la tête et le cœur »
--	--	--	--	--	---

Annexe IX : Grille d'analyse : la relation soignant-soigné

Sous Thèmes	Alexis	Rose	Manu	Emy	Cadre de référence
Représentation et utilités	L 71 « c'est le nerf de la guerre » L72-73 « c'est plus difficile parce qu'on travaille beaucoup et disons que rester au chevet du patient et faire de la clinique, c'est de plus en plus difficile et c'est quelque chose qui peut manquer » L 74-75-76-77-78 « c'est essentiel déjà pour rassurer le patient, on se rend compte que pour beaucoup de patient, ne savent même pas ou ils en sont, ni sur leurs examens, ni sur leurs parcours de soins, qu'est-ce qu'on a prévu pour eux, est-ce qu'ils ont	L 93-94 « c'est ce qu'on fait tous les jours » L 25-26-27 « on communique pas de la même façon avec un patient qui est, enfin je prends l'exemple de cette dame-là, qui est stressée ou un qui l'est un peu moins » L 28-29-30 « j'essaie de prendre plus le temps avec les gens qui en ont besoins en tout cas que je repère qu'ils en ont besoins, mais dans la pratique de tous les jours, clairement c'est	L 177-178-179 « la relation soignant-soigné je pense que voilà c'est vraiment un échange humain, c'est ce que nous on peut apporter, beh sur le plan de la connaissance, au niveau pathologie, traitement, enfin toutes ces choses-là, on essaye de rassurer aussi quand on sent que les personnes vont mal » L 182-183 « c'est vraiment un échange nous on apporte ça et eux derrière ils nous amène une prise de conscience »	L 153 « une relation de confiance, pour moi c'est important la confiance » L 155-156 « Dans tous ce qu'on fait, dans mes paroles, dans ce que je vais lui rapporter, dans mes soins euh dans tout quoi. Donc moi je vais faire confiance aux patients » L 160-161 « il y a une relation de confiance et surtout leur confiance à eux. Moi, j'ai besoin de leur confiance à eux pour justement avancer avec eux dans leurs soins et dans leur prise en charge » L 162-163 « Mais les temps de séjour sont	. Cette relation est définie par le dictionnaire humaniste infirmier comme une « <i>Activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale, non verbale. Le soignant intervient en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens, dans le but de favoriser un soin,</i>

des diagnostics, parce que l'on arrive plus à être aussi à leurs côtés qu'avant et du coup, ça fait que l'on s'éloigne de nos patients et la relation soignant-soigné elle en pâtit beaucoup » L 95-96-97 « je sais que je peux passer 5 à 10 minutes avec eux même durant l'après-midi si on n'a pas fini la conversation du matin, j'y retourne et puis s'ils ont des choses à me dire, des craintes ou autres on est plus enclin à être à leurs écoute » L 176-177-178-179-180-181-182-183 « à cause de la surcharge de travail euh quand on voit un patient qui va mal, parfois c'est dur de prendre 5 ou 10 minutes avec lui et de s'asseoir avec lui et de lui dire qu'est ce qui va pas, vous voulez qu'on parle de quoi, et généralement en fait on va tout simplement lui demander est-ce que vous voulez faire appel à une psychologue, et c'est vrai que c'est un peu limite comme présentation, parce que ça peut vraiment donner l'impression, bon je me fou un peu de ce que vous dites mais je peux appeler quelqu'un qui est prêt à vous écouter, et on se dédouane un peu de cette charge	compliqué de se poser un quart d'heure, 20 minutes auprès du patient » L 106-107-108 « la barrière de la langue des fois ça limite un peu la relation soignant-soigné. Le fait que les gens soient agressifs aussi, moi j'ai du mal à avoir des conversations soignant-soigné avec des gens qui sont agressifs » L 112 « si le patient a des troubles cognitifs » L 96-97 « Il y a une relation de confiance déjà qui s'installe entre le patient par rapport aux soignants » L 52-53-54 « il y a des choses qui faut faire et pas faire et j'essaye de me mettre à la place du patient pour savoir comment réagir en fait. »	L 190 « on s'apporte tous les deux mutuellement quelque chose » L 27-28-29 « elle était apeurée totalement donc je me suis permise de, euh d'essayer de la rassurer au maximum. J'ai fait avec ce que je pensais être le mieux euh, donc j'ai pris le temps de lui expliquer que ça allait aller » L 30-31-32-33-34 « On lui avait fait un traitement, mais ça n'a pas été si efficace non plus. Et finalement au vu du refus, c'est moi qui suis rentré avec elle, c'était la dernière proposition et l'hypothèse, ce que j'ai eu à l'idée c'est que je me suis dit Bah si le médecin il est d'accord je rentre avec elle dans l'IRM donc après concertation ils ont été ok puisqu'elle était vraiment très, très paniquée et ça l'a rassurée » L 36 « et finalement l'IRM elle a pu se faire » L 96-97 « Nous on est dans notre travail et on oublie des fois peut-être un petit peu ce côté relation humaine » L 202-203-204 « il faut qu'on arrive à prendre un peu plus le temps auprès des personnes et on n'a pas toujours ce temps-là, ça nous manque et ça, sa	courts mais j'essaie en tout cas d'établir cette relation de confiance » L 165 « on les rassure en disant qu'on met tout en place et que voilà, et qu'on est là pour eux » L 24-25-26-27 « il y a eu un petit peu, une petite connexion et, et elle me demandait de lui tenir la main. Et c'est vrai qu'en chirurgie, on n'a vraiment pas beaucoup le temps de ça, mais là, je l'ai pris le temps pour cette dame parce que on voyait, qu'elle était touchée qu'on soit auprès d'elle » L 51-52-53-54-55-56 « J'étais en gériatrie où c'était des périodes d'hospitalisation très longues. Donc, on voyait les patients et on s'attachait par le processus de la personne âgée, de la démence. Voilà. Donc, c'est autre chose. C'est une autre prise en charge. Mais là, j'avais envie de changer complètement de cap. Et la chirurgie, pour moi, c'était justement des courts séjours et pas trop d'attachement. Mais on ne peut pas ne pas s'attacher » L 62-63 « On recherche le consentement, la confiance » L 70-71 « je suis souvent un peu fermée et les patients, beh ils m'observent, j'observe aussi les patients et après il y a un petit climat de	<i>un dialogue mature, une prise de conscience »</i> Monique Formarier, formatrice à l'Arsi (Association de recherche en soins infirmiers) en disant « <i>Personne, aujourd'hui, ne peut plus contester l'importance de l'attitude relationnelle des soignants dans les activités de soins</i> » (Formarier, 2007, p. 33). Manoukian lui, dit que certaines relations avec les patients « <i>redonnent au travail l'aspect humain que la technique et les procédures réglementaires ont parfois tendance à évacuer</i> » Il souligne également dans ce même ouvrage que nous entrons en relation par différents supports « <i>tels que les mots, les gestes, les mimiques, les positions du corps, les attitudes</i> » Cette relation serait omniprésente dans les soins « <i>tout acte, tout geste technique ou de confort se situe au sein d'une relation soignant-soigné</i> ». (Manoukian, 2014, p. 3) Dans ce livre il est révélé également
---	--	---	--	---

	qui pourrait être la nôtre, c'est un peu délicat. L 186-187-188-189 « ça fait partie aussi de notre rôle propre, l'écoute active tout ce qu'on apprend à l'école, mais dans la pratique c'est vrai qu'en fonction du service dans lequel on évolue, je pense qu'aux urgences c'est pareil, mais un patient qui va mal prendre 10 minutes pour parler avec lui, beh ce n'est pas toujours possible » L 194-195-196 « mais le simple fait que ce soit une psychologue, ça peut poser un frein, enfin il y a un mur quoi directement, alors que nous on est infirmier, on les voit au quotidien c'est peut-être plus facile »		limite énormément » L 204-205-206-207 « même s'ils essayent des fois de communiquer, on doit couper des fois un petit peu la conversation malheureusement, parce qu'on est pris par justement notre travail qu'on a à tel horaire euh, on a une heure pour faire un tour on a après les transmissions à avoir, enfin on a tout un protocole, un petit peu de la journée qui est mis en place »	confiance qui s'installe » L 85 « quand ça passe pas bien on passe la main c'est tout » L 103-104-105-106-107 « J'ai des collègues qui sont vraiment très, très euh plutôt très psychologues, très dans le discours, de parler et tout ça. Et d'autres personnes, moi, je suis plus dans l'écoute. Quand le patient veut me parler, je suis dans l'écoute. C'est vrai que j'ai pas forcément des réponses et quelquefois, il y a des patients qui ont besoin juste qu'on les écoute et qui n'ont pas forcément besoin de réponses. » L 114-115-116 « Les patients nous disent beaucoup plus de choses, expriment beaucoup plus de choses auprès de nous qu'auprès des médecins, donc nous on fait ce lien-là » L 121-122-123 « Je sors d'une chambre, je vais être pareille avec l'un et l'autre. Je vais peut-être adapter quelquefois un peu plus mon discours, ma façon d'être avec telle ou telle personne » L 128-129 « on a toujours ce petit échange et ça lui fait plaisir, et moi ça me permet de la voir sourire et de ne pas penser à son pansement qui lui fait mal » L 133-134-135-136-137-138-139-140 « J'adapte mes	la place centrale de l'empathie dans cette relation qui permet une relation adaptée et une prise en compte des émotions du patient. « <i>Les sentiments et émotions ont une place prépondérante dans la relation de soins, les distinguer permet d'ajuster sa position vis-à-vis des patients</i> » selon Manoukian, cette pratique fait face à plusieurs obstacles actuellement, qui sont : « <i>d'une part la durée des hospitalisations s'est raccourcie sous l'effet des progrès techniques, ce qui rend les rencontres plus rares, d'autre part, la relative pénurie d'infirmières dans beaucoup de service pousse à l'exécution des tâches techniques avant tout et parfois au détriment des relations et enfin, une certaine résistance du monde médical devant un rôle nouveau qui lui échappe et fait que les infirmières peuvent légitimement proclamer un savoir propre et, par-là, abandonner</i>
--	---	--	--	---	--

				relations avec les patients. J'adapte beaucoup mes relations. Mon comportement s'adapte avec les patients parce qu'il y a certains patients qui n'ont pas forcément besoin et qui ont plutôt besoin juste de l'infirmière on va dire, l'infirmière technicienne professionnelle. Euh, ils ont besoin des antalgiques parce qu'ils sont entourés, et ils ne demandent pas plus. Et même si on essaie un peu de on vas dire de gratter et de voir, ils ont pas d'autres demandes et on a d'autres patients qui sont dans la solitude ou qui sont... voilà, qui ont besoin de parler. Oui, oui, notre comportement évolue d'un patient à l'autre et selon sa demande » L 175 « limitant c'est le temps »	<i>partiellement leur rôle délégué »</i> (Manoukian, 2014, p. 53)
Les différentes relations	L 33-34-35-36 « ça me permet de mieux comprendre ce que, ce que peut ressentir déjà le patient c'est le but de l'empathie, euh mais aussi de mieux comprendre aussi ces attentess'il en a, euh ou ses craintes, euh on peut mieux le cerner et du coup mieux adapter le soin et l'accompagnement ou le parcours à sa situation » L 74-75-76-77-78 « mais c'est essentiel déjà pour rassurer le patient, on se rend compte que pour beaucoup	L 96-97 « Il y a une relation de confiance déjà qui s'installe entre le patient par rapport aux soignants » L 25-26-27-28-29-30 « on communique pas de la même façon avec un patient qui est, enfin je prends l'exemple de cette dame-là, qui est stressé ou un qui l'est un peu moins euh après c'est difficile euh enfin moi j'ai du mal à prendre enfin j'ai du mal dans la pratique	L 13-14 « essayer de faire en sorte que le patient soit rassuré et au mieux pour qu'il puisse passer l'IRM » L 26-27-28-29 « j'ai vu qu'elle été apeurée totalement donc je me suis permise de, euh d'essayer de la rassurer au maximum. J'ai fait avec ce que je pensais être le mieux euh, donc j'ai pris le temps de lui expliquer que ça allait aller » L 30-31-32-33-34-35-36 « On lui avait fait un	L 24-25-26-27 « il y a eu un petit peu, une petite connexion et, et elle me demandait de lui tenir la main. Et c'est vrai qu'en chirurgie, on n'a vraiment pas beaucoup le temps de ça, mais là, je l'ai pris le temps pour cette dame parce que on voyait, qu'elle était touchée qu'on soit auprès d'elle » L 38-39 « j'ai beaucoup de mal avec les émotions des patients, parce que je suis quelqu'un d'assez rapide » L 42-43-44-45 « J'essaye de rester	Walter Hesbeen infirmier et docteur en santé publique, définit la relation de confiance comme <i>« la relation qui conduit une personne à accepter tacitement ce qu'énonce une autre personne comme étant a priori vrai, et toute proposition émanant d'elle comme bénéfique et proposée à priori dans l'intérêt de la personne »</i> (Hesbeen, 2023, p.

de patient ne savent même pas où ils en sont, ni sur leurs examens ni sur leurs parcours de soins, qu'est qu'on a prévu pour eux, est-ce qu'ils ont des diagnostics, parce que l'on arrive plus à être aussi à leurs côtés qu'avant et du coup ça fait que l'on s'éloigne de nos patients et la relation soignant-soigné elle en pâtit beaucoup » L 82-83-84-85-86-87-88 « je suis sensé faire 10 patients en une heure, c'est-à-dire 6 minutes par patient avec la mise des traitements, mise en place des antibiotiques, des hydratations, essayer de faire une discussion avec lui fin c'est pas possible, enfin c'est possible mais elle est pas bénéfique, elle est superficielle et on va jamais rentrer dans le détail parce que ça va être des questions oui : vous allez bien ? mais est-ce qu'on va avoir une vraie réponse derrière et est-ce qu'on aura même le temps d'écouter le patient derrière » L 95-96-97 « si on n'a pas fini la conversation du matin, j'y retourne et puis s'ils ont des choses à me dire, des craintes ou autres on est plus enclin à être à leur écoute. » L 107-108 « il faut réussir à être à leurs	de tous les jours, j'essaie de prendre plus le temps avec les patients qui en ont besoin enfin en tout cas que je repère qu'ils en ont besoin, mais dans la pratique de tous les jours, clairement c'est compliqué de se poser un quart d'heure, 20 minutes auprès du patient » L 48-49-50-51-52-53-54 « , en fait je me mets à la place du patient, je me dis que si moi j'étais dans le lit avec une stomie par exemple, je sais pas tu fais un soins ça sent mauvais, tu dis comment t'aimerais ou comment t'aimerais pas que le soignant réagisse, genre le soignant qui se fait comme ça (elle mime le fait de mettre sa main devant son nez), où tu vois il y a des choses qui se pardon, il se met le bras devant le nez pour odeurs, il y a des choses qui faut faire et pas faire et j'essaie de me mettre à la place du patient pour savoir comment réagir en fait » L 88-89 « des fois c'est très rapide et quand on a le temp de plus parler avec les	traitement, mais ça a pas été si efficace non plus. Et finalement au vu du refus, c'est moi qui suis rentrée avec elle, c'était la dernière proposition et l'hypothèse, ce que j'ai eu à l'idée c'est que je me suis dit Bah si le médecin il est d'accord je rentre avec elle dans l'IRM donc après concertation ils ont été ok puisqu'elle était vraiment très, très paniquée et ça l'a rassurée et elle a été d'accord pour tenter l'expérience donc j'avais tout retiré, je suis rentrée avec elle, je lui tenais la main et finalement l'IRM elle a pu se faire » L 38-39 « Elle était plus rassurée alors on voyait qu'elle était, enfin moi j'avais le ressenti quand même, qu'elle était très anxieuse » L 68-69-70-71-72 « quand on arrive à repérer un petit peu ce que le patient a du mal à exprimer, des fois les émotions. Bah moi, je suis touchée, assez rapidement, par ça et c'est essayer de se mettre un peu à la place de l'autre. Donc on essaie, enfin moi j'essaie, du moins d'adapter ma prise en charge en fonction de tel ou tel patient »	professionnelle et de ne pas faire jouer mon côté émotionnel. Parce que quelquefois, je me dis, quand on fait jouer trop le côté émotionnel, on se perd dans ce qu'on fait. Et quelquefois, ça joue sur notre prise en charge » L 54-55-56 « Et la chirurgie, pour moi, c'était justement des courts séjours et pas trop d'attachement. Mais on ne peut pas ne pas s'attacher » L 70-71 « je suis souvent un peu fermée et souvent les patients, beh ils m'observent. J'observe aussi les patients. Et après il y a petit à petit un climat de confiance qui s'installe » L 93-94 « quelquefois, en chirurgie, on court tellement qu'on cherche pas trop à savoir pourquoi, beh pourquoi il est en colère » L 103-104-105-106-107 « J'ai des collègues qui sont vraiment très, très euh plutôt très psychologues, très dans le discours, de parler et tout ça. Et d'autres personnes, moi, je suis plus dans l'écoute. Quand le patient veut me parler, je suis dans l'écoute. C'est vrai que j'ai pas forcément des réponses et quelquefois, il y a des patients qui ont besoin juste qu'on les écoute et qui n'ont	73). D'après cette définition, nous pouvons supposer que la mise en place de cette relation de confiance, peut favoriser l'adhésion aux soins, et le bien être des patients. Pour continuer la « relation d'empathie » (Formarier, 2007, p. 37): L'empathie que nous avons décrit précédemment, nous permet de dire que cette relation prend plus en compte les besoins et souhaits du patient, grâce à la compréhension de ses émotions. Dans la relation de soin l'empathie permet de comprendre la situation du patient et de pouvoir réagir de façon adéquate. Toutefois, il est important de souligner que pour la mise en place et le maintien de cette relation, une attention soutenue est nécessaire, car elle repose sur l'écoute et plus précisément une écoute active et compréhensive de la part du soignant. L'importance de cette écoute est soulignée par Monique Formarier en disant « c'est dans
--	--	--	---	---

	chevet et à écouter leurs émotions » L 186-187-188-189 « ça fait partie aussi de notre rôle propre, l'écoute active, tout ce qu'on apprend à l'école, mais dans la pratique c'est vrai qu'en fonction du service dans lequel on évolue, je pense qu'aux urgences c'est pareil, mais un patient qui va mal prendre 10 minutes pour parler avec lui, beh ce n'est pas toujours possible »	patients, je pense que c'est peut-être à ce moment-là que je la pratique plus je pense » L 107-108 « moi j'ai du mal à avoir des conversations soignants soignés avec des gens qui sont agressifs » L 118-119 « quand je me sens agressée en fait je me braque et je euh, limite je m'occuperais plus du patient » L 204-205-206 « c'est vrai que des fois j'ai pas le temps d'être empathique, donc je mets mes émotions de côté et je fais mon taf quoi mais, parce que si on prenait, si on devait tous faire avec émotions franchement on passerait des heures à faire les tours	L 75-76-77-78-79 « Je vais essayer d'adapter soi mon discours, ou au niveau de la gestuelle également. J'essaie de prendre beaucoup plus de temps et de comprendre vraiment là où ça pêche, là où il y a le problème et qu'est ce qui le touche au maximum pour, essayer d'avoir une prise en charge la plus adaptée, le mieux pour le patient » L 93-94-95-96-97-98-99-100 « quand on a cette empathie là on arrive à, euh on essaie du moins de passer déjà un peu plus de temps, d'avoir une meilleure prise en charge parce que je pense qu'il faut pas oublier le patient, oublier ce qu'il est, que ça reste quand même un humain avec des émotions, et c'est vrai qu'on peu des fois euh beh nous on est dans notre travail et on oublie des fois peut-être un petit peu ce côté relation humaine. Donc oui ça nous permet de nous remettre en question, de nous dire beh finalement là j'ai peut-être été un petit peu trop rapide, un peu trop dans mon métier je lui donne mes médicaments, je	pas forcément besoin de réponses. » L 111-112 « Je pense que ça facilite déjà les relations humaines. Ça facilite les relations humaines, ça facilite les soins, ça crée un climat peut-être de confiance entre le soignant et le soigné » L 128-129 « Mais on a toujours ce petit échange et ça lui fait plaisir. Et moi, ça me permet de la voir sourire et de ne pas penser à son pansement qui lui fait mal » L 121-122-123 « Je sors d'une chambre, je vais être pareille avec l'un et l'autre. Je vais peut-être adapter quelquefois un peu plus mon discours, ma façon d'être avec telle ou telle personne » L 133-134-135-136-137-138-139-140 « J'adapte mes relations avec les patients. J'adapte beaucoup mes relations. Mon comportement s'adapte avec les patients parce qu'il y a certains patients qui n'ont pas forcément besoin et qui ont plutôt besoin juste de l'infirmière on va dire, l'infirmière technicienne professionnelle. Euh, ils ont besoin des antalgiques parce qu'ils sont entourés, et ils ne demandent pas plus. Et même si on essaie un peu de on vas dire de gratter et de voir, ils ont pas	<i>les situations où les individus se sentent réellement écoutés qu'ils s'expriment le plus et le mieux, c'est-à-dire le plus authentiquement possible »</i> (Formarier, 2007, p. 37). Ainsi, cette relation implique une démarche consciente et active de la part du professionnel de santé. L'empathie joue donc un rôle essentiel dans la relation soignant-soigné, en mettant l'accent sur la personnalisation des soins. Comme nous avons pu le décrire précédemment l'empathie a de nombreuses qualités dans les soins, D. Jorland, directeur de recherche au CNRS (centre national de la recherche scientifique) affirme que la relation empathique « favorise le traitement thérapeutique, et la relation thérapeutique. En faisant l'effort de comprendre leurs patients, les infirmières se facilitent la tâche. » (Formarier, 2007, p. 38)
--	---	--	--	--	---

			fais mes soins et c'est fini et voilà et se remettre en question au quotidien c'est le plus important » L 177-178-179 « c'est vraiment un échange humain, c'est ce que nous on peut apporter, beh sur le plan de la connaissance, au niveau pathologie, traitement enfin toutes ces choses-là, on essaye de rassurer aussi quand on sent que les personnes vont mal » L 183 « et eux derrière ils nous amènent une prise de conscience » L 185 « je pense qu'ils nous amènent à travers leurs émotions » L 202-203-204 « il faut qu'on arrive à prendre un peu plus le temps auprès des personnes et on n'a pas toujours ce temps là, ça nous manque et ça, sa limite énormément » L 204-205 « même s'ils essayent des fois de communiquer, on doit couper des fois un petit peu la conversation malheureusement » L 207-208-209-210-211-212 « c'est ce manque de temps-là, fait que je pense que ça n'aide pas pour la personne elle doit pas se sentir cent pour cent entendue, et écoutée donc ça	d'autres demandes et on a d'autres patients qui sont dans la solitude ou qui sont... voilà, qui ont besoin de parler. Oui, oui, notre comportement évolue d'un patient à l'autre et selon sa demande » L 153 « relation de confiance, pour moi c'est important la confiance » L 155-156 « Dans tout ce qu'on fait, dans mes paroles, dans ce que je vais lui rapporter, dans mes soins, euh dans tout quoi. Donc, moi je vais faire confiance aux patients » L 160-161-162-163 « il y a une relation de confiance et surtout leur confiance à eux. Moi, j'ai besoin de leur confiance à eux pour justement avancer avec eux dans leurs soins et dans leur prise en charge quoi. Après, c'est vrai qu'en chirurgie, les temps de séjour sauf quand ils ne sont pas bien, bien mais les temps de séjour sont courts mais j'essaie en tout cas d'établir cette relation de confiance » L 165 « on les rassure » L 169-170 « Je me dis que moi si j'étais à leurs place, je voudrais qu'on me traite comme ça » L 175-176-177-178 « quelques fois on n'a pas le temps de rester un peu plus avec eux, de les écouter peut-être un peu plus ou	
--	--	--	---	--	--

			peut chez certaines personnes justement limiter après, si elles se renferment et ne plus avoir trop de discussion et ne plus transmettre justement ce qu'ils ressentent et leurs émotions donc ça pour moi je dirais que la limite ça serait vraiment ça le manque de temps » 215-216-217-218 « favorisants, euh moi je les prends beaucoup aussi quand j'ai des soins à leurs faire, je pense que pendant le soin, euh que ça soit beh la toilette, que ça soit rien que même aller poser un cathéter pour un examen on a quand même des minutes à accorder aux patients et c'est ces moments-là qui sont priorités pour moi » L 220-221 « j'essaye de prendre le temps de, au moins 5-10 minutes de discuter avec chaque patient et de savoir un petit peu comment ils vont, voilà chaque jour » L 271-272 « une fois que cette relation humaine elle est mise en place » 273-274-275 « ça va que nous aider à apporter aux soins une qualité supérieure, voilà pas que dans la pratique, la	de prendre juste le temps de faire le soin de comment dire d'une manière un peu plus posée de leur poser un peu plus des questions et tout ça »	
--	--	--	---	--	--

			technique mais vraiment dans la prise en charge globale du patient » L 278-279 « c'est important de savoir essayer de comprendre l'autre » L 280-281-282-283 « les émotions sont hyper importantes que ce soit nous ce qu'on ressent, mais surtout ce que ressent le patient pour l'aider au mieux, pour essayer de répondre au maximum à ses besoins et qu'il est une hospitalisation des plus apaisantes »		
Vulnérabilité	L 99-100 « les premiers mots qui me viennent, c'est l'intimité déjà, la pudeur, tout ça c'est des choses qui vont gêner le patient » L-101-102 « étant un garçon ça l'a gêné beaucoup déjà, donc là elle se sentait très vulnérable » L 102-103-104-105-106-107-108 « le fait d'être tout simplement à l'hôpital, on est en général malade, il y a une pathologie derrière, le patient en lui-même est vulnérable dans ces situations-là, et il découvre un nouvel univers, il est même pas chez lui, on le range dans une case dans un lit, il voit des gens passer, aller 10-15 minutes dans sa chambre ou	L 160-161-162-163-164-165 « ne serait-ce que quand on parlait au patient, qu'on était debout et que le patient était allongé tout comme ça qui nous regardais de bas là, je trouve que déjà le patient doit se sentir vulnérable dans cette position-là, donc j'essaie de soit de l'assoir dans son lit, bon pas tout le temps hein j'avoue que je le fais pas à chaque fois pour tous les patients, mais de les assoir dans leur lit, ou alors de monter un peu le lit ou alors de me baisser à leurs niveau, déjà je trouve que rien	L 225 « Euh la vulnérabilité dans les soins, c'est euh, j'ai du mal à mettre des mots là sur ça » L 104-105-106 « ça permet de garder quand même les pieds ancrés et de se dire que voilà on est des humains donc ça permet d'adapter au mieux la prise en charge je pense auprès du patient » L 160-161 « il y a des personnes qui sont, euh ...par qui je pense qu'on est plus touchés par rapport à d'autres » L 162-163-164-165 « il y a des gens qui je pense que je peux faire des fois des transferts avec peut-être moi aussi	L 198-199-200-201-202-203-204-205 « Pour moi du moment que c'est un patient du moment qu'il est patient, il est vulnérable, il est dans un lit, il est aux mains quand même de personnes étrangères qui vont venir lui faire des actes invasifs, prises de sang, pose de cathéter et tout ça donc tout ça pour moi c'est de la vulnérabilité donc ils sont opérés quelques fois ils sont limités cantonnés à leur lit pendant 48 heures. Donc ils peuvent rien faire c'est beaucoup, ouais c'est de la vulnérabilité, je pense ouais ils sont vulnérables. Ils sont vulnérables dans le fait même dans leurs soins d'hygiène et de	Agatha Zielinski, docteur en philosophie, relève certaines disproportions dans la relation qui peuvent expliquer l'asymétrie qui se trouve dans celle-ci. « <i>L'un est debout et l'autre assis ou couché. Celui qui est debout porte une blouse, instituant une forme d'autorité, tandis que l'autre est dénudé, ou dans un vêtement informe. Celui qui est debout, portant une blouse blanche, peut aussi être doté d'un instrument, à savoir un objet par lequel il peut agir sur le corps de l'autre (objet</i>

peut être parfois un peu plus , sans vraiment avoir d'informations donc la moi je les trouve très vulnérables dans ces moments-là et il faut réussir à être à leurs chevet et à écouter leurs émotions » L 112-113 « là on se sent vulnérable parce qu'on peut sortir de ses gonds » L 115-116-117-118-119 « je trouve qu'on est vulnérable quand on s'occupe de gens qui sont vraiment dans des situations qui nous touchent personnellement qui font écho à des situations personnelles ou moi je sais que les personnes en fin de vie on en fait beaucoup, j'ai beaucoup d'empathie pour ce genre de situations, pour ce genre de personnes et c'est vrai que c'est là où on est le plus vulnérable » L 67-68-69 « nous on fait beaucoup de fin de vie dans notre service, des patients à qui on tient beaucoup parce qu'avec les jours qui passent, on peut créer des liens avec eux tout ça et le jour où ils décèdent, ça peut être aussi compliqué » L 144-145 « c'est de ne pas pouvoir gérer ça alors qu'on a tous les outils d'analyse pour voir que ça ne va pas	que ça je trouve que les patients doivent se sentir un peu moins vulnérable » L 168-169-170-171-172-173 « quand toi t'es allongé au fond de ton lit, t'es hyper bas, eux ils te parlent ils sont hyper haut, avec les bras croisés comme ça au bout du lit, je trouve ça juste horrible comme situation, franchement donc rien que déjà ça je pense c'est une bonne manière que les patients soient un peu moins vulnérable et je pense que peut être que les gens qui ne posent pas de questions sur leur pathologie, pourquoi il sont là enfin il y a des gens à qui ont fait des soins mais honnêtement il ne savent même pas pourquoi ils sont là » L 177-178 « je pense que le manque de connaissance chez les patients, je pense que ça peut les rendre vulnérables aussi » L 181 « Me sentir vulnérable, peut être un soin que je ne maîtrisais pas » L 185-186 « ce que je ne gère pas non plus c'est	dans mes expériences personnelles, auprès de ma famille ce qu'ils ont vécu. Donc évidemment que oui ça me touche aussi, j'arrive à me remettre en question. L 180-181 « les personnes ne peuvent être que touchées et se remettre beaucoup en question » L 182-183-184-185 « derrière ils nous amènent une prise de conscience, quand même sur beh voilà ce qu'est la vie, puisque on n'est peut-être pas touchés personnellement mais on voit que c'est très compliqué pour eux et que nous on peut être un jour touchés par cela, je pense qu'ils nous amènent à travers leurs émotions » L 257-258-259-260-261 « il pouvait arriver que l'on fasse des transferts inconscients euh au vu de nous notre parcours personnel, hein le parcours de la vie et que donc il y avait des patients qui arrivait à nous toucher, un petit peu plus. Je pense, enfin je sais pas si c'est ça, mais la vulnérabilité oui peut être qu'à ce moment-là je peux me sentir un petit	confort quotidien, ils dépendent de nous donc juste le fait de faire ses besoins ils dépendent de nous donc moi je considère que voilà c'est une vulnérabilité en soi » L 207 « Non, non (à la question si elle a déjà ressenti de la vulnérabilité dans sa pratique) » L 210 « oui ça m'arrivera peut-être, si ça m'arrive je quitterai le service » L 213-214-215 « Être vulnérable ça veut dire c'est une porte ouverte, c'est une porte d'ouverte à beaucoup d'émotions et ces émotions moi je pense qu'on va les transmettre aux patients ça peut être des émotions un peu négatives » L 218-219-220-221 « alors pour moi si j'en arrive à être vulnérable émotionnellement et psychologiquement. Pour moi c'est que je suis peut-être plus apte, c'est mon avis, c'est mon avis personnel parce que si je rentre tout ce qui est mon côté émotionnel et psychologique dans le soin et dans ma pratique je pense que je pourrais pas gérer ma pratique justement et mon côté professionnel » L 230-231-232-233 « professionnels après on n'est pas des robots non plus mais moi le jour où je me sentirais trop vulnérable et que mes	<i>par conséquent potentiellement menaçant</i>); l'autre, lui, se présente les mains nues. » (Zielinski, 2019, p. 251) Elle souligne d'autres disproportions notamment sur le plan du savoir : le soignant lui possède des connaissances scientifiques, et connaît la situation du patient, notamment son diagnostic, son devenir et le soigné lui est en demande. Ces différentes disproportions mettent en avant une certaine vulnérabilité des patients. - L'autonomie aurait également un impact sur la vulnérabilité ce que souligne Cindye Sautereau, docteur en philosophie en disant que la vulnérabilité serait en quelques sorte le versant négatif de l'agir humain, et que le but à atteindre pour réduire cette vulnérabilité serait l'autonomie. « <i>L'autonomie, comme point d'orgue de l'agir, demeure la visée à atteindre</i> » (Sautereau, 2013, p. 8). Nous pouvons en déduire qu'au plus nous favorisons l'autonomie de
--	--	--	--	--

	mais qu'on a aucun moyen d'agir dessus directement » L 153-154-155 « on peut être aussi vulnérable sur les situations de décès, même bien accompagné, des fois c'est la famille qui va nous toucher, ou des fois des décès inattendu où l'on va devoir masser ou quoi et se dire beh m.... Qu'est-ce qu'on n'a pas bien fait » L 157-158 « qu'est-ce qu'on a mal fait, des fois ça va être une remise en question de notre pratique » L 161-162 « est-ce que c'est moi qui ai provoqué cette hémorragie, des fois il y a des remise en questions comme ça où c'est difficile de savoir ce que l'on a bien fait » L 165-169 « on se remet beaucoup en question et on souffre beaucoup des fois de la prise en charge des patients à la fois médical et paramédical, des fois on peut passer à côté de quelque chose, à cause de différents facteurs, la surcharge de travail ou des fois juste un manque d'attention, enfin on a beaucoup de responsabilités et des fois on peut passer à côté d'un détail et des fois c'est fatal et ça peut reprendre un peu la	tout ce qui est décès » L 193-194-195-196 « Je me sentais pas par rapport à mes émotions à moi, je me sentais pas d'aller voir la famille quoi, ils étaient tous entrain de pleurer dans la chambre, alors que le patient n'était même pas encore décédé, fin c'était juste l'horreur quoi, donc voilà et encore maintenant je suis encore pas à l'aise avec les décès » L 198-199 « si les gens pleurent pour un décès j'ai envie de pleurer avec eux quoi, ça me renvoi plein de choses et voilà »	peu plus vulnérable »	émotions et mon état psychologique l'emporterait. Voilà et que ça s'exprimerait trop je pense que je voilà, pour moi ce serait la fin il faudrait que je voie autre chose. »	nos patients au plus nous réduisons l'asymétrie de la relation. - « la volonté de réduire l'asymétrie passe par le devoir d'informer, qui réduit la disproportion des savoirs » (Zielinski, 2011, p. 101). - Ricoeur introduit la « <i>phénoménologie du soi affecté par l'autre que soi</i> » (Ricoeur, 1990, p. 382). Agatha Zielinski reprend cette citation en disant « <i>le propre de la vulnérabilité du soignant est en effet d'être exposé à la souffrance de l'autre</i> » -reconnaître sa propre vulnérabilité entraine la prise de conscience de la non-toute puissance du soignant. Agata Zielinski relève que la vulnérabilité peut devenir une vertu relationnelle « <i>la réciprocité qui apparaît dans la vulnérabilité reconnue ouvre la porte à la gratitude mutuelle</i> » (Zielinski, 2011, p. 105). Elle souligne également qu'elle peut être bénéfique dans les soins « <i>dans la</i>
--	--	---	------------------------------	---	---

	vulnérabilité, les émotions »				mesure où cette reconnaissance est en même temps une connaissance de soi à sa juste mesure, connaissance de ses capacités et de ses limites, elle est un juste milieu entre deux extrêmes qui empêchent l'action. Juste milieu entre l'impuissance et la toute-puissance » (Zielinski, 2011, p. 105) -Monique Formarier qui le révèle en disant « Un des objectifs des soignants dans la relation de soins, en particulier dans la phase d'accueil, devrait être de restaurer une « relation symétrique » et de permettre au patient de retrouver une autonomie et d'être, avec les soignants, dans des interactions et des relations égalitaires » (Formarier, 2007, p. 35).
--	-------------------------------	--	--	--	---

Annexe X : Autorisation de diffusion du travail de fin d'études



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

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

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

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

Je soussignée (Prénom, NOM) : *Anthony RIVIERE*

Promotion : *2021-2024*

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

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

(Titre du TFE)
"Les émotions au cœur de la relation soignant-soigné : l'impact du vécu émotionnel du patient sur la relation"

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 *28/04/2024* Signature : *[Signature]*

Les émotions au cœur de la relation soignant-soigné : l'impact du vécu émotionnel du patient sur la relation. Ce travail de fin d'étude a été effectué suite à une situation vécue lors d'un stage impliquant les effets de la prise en compte des émotions des patients. Cette situation a soulevé plusieurs interrogations donnant lieu à ma question de départ qui est : En quoi la prise en compte des émotions des soignés par les soignants favorise-t-elle la relation soignant-soigné ? Dans l'intention de trouver des réponses à mon interrogation, j'ai élaboré un cadre de référence m'apportant de nombreuses connaissances théoriques. Par la suite, j'ai effectué quatre entretiens semi-directifs avec des soignants à l'aide de la méthode clinique. Cette enquête exploratoire m'a permis d'effectuer une analyse croisée et ainsi j'ai pu confronter mes apports théoriques et la pratique sur le terrain. Il est apparu essentiel de considérer les émotions des patients afin de les comprendre davantage, nous permettant ainsi d'adapter au mieux nos relations avec eux. Cette analyse m'a également permis de constater une certaine proximité entre les émotions des patients et celles des soignants. Désormais ma réflexion s'oriente vers les émotions des soignants et la notion de juste distance dans la relation de soins. (184 mots) **Mots clés** : Emotion, relation soignant-soigné, patient, soin, empathie.

Emotions at the center of the relationship between the carer and the patient : the impact of the patient's emotional experience on the relationship. This final year assignment was carried out after an experience lived through an internship involving the effects of taking into account the emotions of patients. This experience has raised several questions leading to my starting question which is : To what extent caregivers' awareness about the emotions of patients favors the relationship between the carer and the patient? Intending to find answers to my question, I developed a reference framework providing me theoretical knowledge. Then, I carried out four semi-structured interviews with caregivers using the clinical method. This exploratory survey allowed me to perform a cross-analysis and thus I was able to compare my theoretical contributions and practice in the field. It appeared essential to consider the emotions of patients in order to understand them more, allowing us to better adapt our relationships with them. This analysis also allowed me to notice a certain closeness between the emotions of patients and of caregivers. From now on, my thinking heads towards caregivers' emotions and the notion of right distance in the caregiving relationship.

(170 words) **Keywords** : Emotion, the relationship between the carer and the patient, patient, care, empathy.