

Soigner sans s'oublier.



Unité d'enseignement 5.6 S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date de rendu : 19 mai 2025

Directeur de mémoire : Dorothée BALLOIS

Note aux lecteurs et lectrices :

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

REMERCIEMENTS :

Dans un premier temps, je souhaite remercier l'intégralité des formateurs du Gipes de m'avoir accompagné durant ces 3 années d'études. Chacun a su contribuer à mon évaluation et mon épanouissement au sein de l'établissement.

Ensuite, mon groupe, Daphné, Océane, Zeineb, qui ont été d'un soutien sans faille depuis le début de cette formation. Votre rencontre fut vraiment une récompense.

Mon trio avec Jason et Lucas. Ils ont été présents, ont su m'écouter, m'entendre et me conseiller. Sans eux, jamais je n'aurais pu atteindre mon but.

Et le reste de mon équipe : Célia, Touria, Malika, Lucas bis, Sonia, Aurélie, Chloé. Vous avez su, chacun d'entre vous, jouer un rôle très important dans le développement de ma personne.

A ma famille, qui m'ont supporté durant de longues et compliquées années, grâce à qui j'ai pu évoluer et avoir la chance d'intégrer cette école. Mon père, ma mère, deux personnes plus que formidable. D'un soutien et d'un amour sans faille. D'une patience inconditionnelle. Bon nombre d'évènements auraient pu vous faire fuir, pourtant ...

Mes deux sœurs, mes deux piliers. Votre amour, votre reconnaissance et votre soutien m'ont fait avancer chaque jour.

Un mot particulier à vous, Mme BALLOIS, un merci pour votre bienveillance, votre accessibilité, et votre accompagnement de qualité. Tant sur un versant professionnel, qu'un versant personnel, votre positivité à toute épreuve a su me faire grandir. A votre disponibilité, à nos rires partagés. Aux messages, envoyés un vendredi soir après 23h, au temps passé dans votre bureau. A tous ces échanges, dont le moindre mot résonne encore au fond de ma tête.

« Tache toujours de considérer l'humanité, dans ta personne, comme en celle d'autrui, jamais simplement comme un moyen, mais toujours également comme une fin. » E.Kant

SOMMAIRE :

1. Introduction	2
2. Situation d'appel :	3
1. Description de la situation d'appel :	3
2. Questionnements :	8
3. Question de départ :	12
4. Cadre de référence :	14
1. Le principe de neutralité dans le soin :	14
1.1 Définition :.....	14
1.2 La neutralité et le soin :.....	14
1.3 Le juste soin :.....	17
1.4 L'éthique relationnelle :.....	18
2. L'impact des représentations des soignants dans l'exercice de leurs fonctions :	19
2.1 Définition :.....	19
2.2 L'origine des représentations et leurs impacts :.....	19
2.3 Les stigmates :.....	21
2.4 Préjugés sur les victimes et les auteurs :.....	21
2.5 L'impact du jugement dans la relation de soin :.....	23
3. Les émotions dans le soin :	23
3.1 Généralités des émotions :.....	23
3.2 Le travail émotionnel des soignants :.....	24
3.3 La vulnérabilité du soignant et du soigné :.....	26
3.3.1 Définition de la vulnérabilité :.....	26
3.3.2 La vulnérabilité dans le soin :.....	26
5. Enquête exploratoire :	27
1. Outil utilisé :	27
2. Population choisie :	28
3. Lieux d'investigation :	29
6. Présentations des résultats de l'enquête exploratoire :	30
6.1 Limites des entretiens	30
6.2 Talon sociologique :	30
6.3 Synthèses des entretiens :	33
6.3.1 Entretien de Pluie :.....	33
6.3.2 Entretien d'Orage :.....	35
6.3.3 Entretien de Nuage :.....	37
6.3.4 Entretien de Soleil :.....	39

7.	<i>Analyse des résultats de l'enquête :</i>	41
7.1	La vision du corps soignant sur les représentations :	41
7.1.1	Les questions abordées sur les représentations :	41
7.1.2	Vision des représentations sur le terrain :	41
7.2	Les actes ont des conséquences :	43
7.2.1	Les actes étant considérés comme grave par ces infirmières :	43
7.2.2	Les situations rapportées :	43
7.2.3	La question de l'influence sur la relation Soignant/Soigné :	44
7.3	La neutralité, obligation à respecter ou utopie inventée ?	46
7.3.1	Visions soignantes de la neutralité :	46
7.3.2	Points de vue rapportés :	46
7.3.3	Leviers et freins impactant la neutralité :	47
7.4	Les émotions du soignant :	50
7.4.1	Les questions sur les émotions :	50
7.4.2	Les situations les plus émouvantes pour elles :	50
8.	<i>Problématique et question de recherche :</i>	54
9.	<i>Conclusion :</i>	57
10.	<i>Bibliographie</i>	58

1. Introduction :

Dans le cadre des études en soins infirmiers, il nous est demandé de réaliser un travail écrit de fin d'études. Ce travail se base sur une situation vécue durant l'un de nos stages qui nous a interpellé. Afin de présenter ce travail de réflexion, je vais dans un premier temps vous présenter la situation de départ. Par la suite j'en proposerai une analyse approfondie ainsi qu'un questionnement visant à dégager la problématique principale pour explorer ce qu'elle évoque en moi.

En effet, à travers cette situation, j'ai été confronté à l'un des principes fondamentaux du métier d'infirmier : le devoir de neutralité dans le soin. Ce principe, inscrit dans le code de déontologie des infirmiers, va au-delà d'un simple devoir. Il représente une valeur essentielle et une compétence clé pour les professionnels de santé. Dans le milieu du soin, cette neutralité est souvent perçue comme un idéal à atteindre pour garantir une prise en charge objective et efficace.

A plusieurs reprises, tant dans mon passé professionnel que durant mes études à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), j'ai été confronté à différentes situations où ce devoir de neutralité pouvait être mis à l'épreuve. J'ai constaté, auprès de nombreux acteurs de santé, qu'il peut être délicat de constamment répondre à ce devoir. Au travers de ce travail, je m'interroge notamment sur les différentes raisons qui peuvent l'impacter. Je me questionne sur les raisons et les freins qui peuvent s'opposer ou s'impacter sur le respect de cette obligation tant éthique que morale. En prenant du recul sur toutes les situations menant à cette réflexion, je me demande si les représentations et les émotions des soignants n'étaient pas en jeu dans le respect de cette neutralité.

Ce travail vise à explorer ces dimensions afin de mieux comprendre comment elles peuvent affecter la qualité des soins et le bien-être des patients. En examinant les liens entre représentations, émotions et neutralité, j'espère grâce à cet écrit apporter des pistes de réflexion précieuses sur la pratique infirmière et les défis auxquels sont confrontés les soignants au quotidien.

2. Situation d'appel :

1. Description de la situation d'appel :

Étant actuellement en stage au sein d'un hôpital, je vais ici développer mon analyse de situation.

Mon stage a commencé le 05 septembre 2023, dans un service de soin d'urgence. Ce service est sous-divisé en 5 secteurs : un secteur de médecine, un secteur de traumatologie, l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), la salle de déchocage ainsi que les deux salles d'accueil. J'ai passé les deux premières semaines en UHCD afin de me familiariser au maximum aux soins réalisés dans l'ensemble de l'unité. J'ai ensuite basculé sur la troisième semaine avec l'Infirmier d'Orientation et d'Accueil (IOA) des urgences.

C'est le mardi 19 septembre que se déroule ma situation. Comme la veille, je prends mon poste à 7h00 du matin accompagné de l'infirmière. Elle est la seule IOA à gérer toutes les entrées de 7h00 à 10h00. Ce matin-là, j'arrive en avance, et met tout le nécessaire en place afin de pouvoir prendre notre poste. Quelques minutes plus tard, un camion de pompier vient nous amener la première patiente admise aux urgences ce jour. L'infirmière et moi sommes dans la grande salle d'accueil, et elle me demande, au vu de la journée que nous avons passé ensemble la veille, si je me sens prêt à cadrer en autonomie cette première patiente. Elle m'explique qu'elle juge pédagogue de me laisser plus de responsabilité afin d'évaluer si les apports de la veille ont été assimilés. Je trouve la proposition intéressante, je me sens même valorisé dans la confiance qu'elle place en moi et accepte directement sa proposition. Je suis dans la grande salle d'accueil, et les pompiers attendent dans le couloir avec une jeune femme sur le brancard.

Dès l'arrivée, je repère qu'un des pompiers a le faciès fermé, il semble dans un sentiment de colère. Il s'avance vers moi, accompagné de deux de ses collègues. Je les aide à avancer le brancard jusqu'à l'intérieur de la salle. Je discute brièvement avec eux, ils m'expliquent le contexte : cette dame venait pour une agression, et les sapeurs-pompiers émettaient également une suspicion d'agression sexuelle. Les pompiers m'expliquent que le présumé coupable de cette agression n'est autre que le voisin de cette femme, mais qu'ils n'en savent pas plus. Un des pompiers me précise que l'agresseur s'en était également pris à lui verbalement et physiquement, car ils l'avaient réveillé brutalement et sans raison. Je comprends alors mieux le

ressentis qu'il m'a laissé quelques minutes en amont. Nous avons du mal à comprendre le contexte de cette agression, la situation semble très floue.

Je me dirige vers la salle de soin d'accueil afin de me présenter à la patiente, je suis accompagné par l'infirmière qui m'encadre ce jour. La patiente a le visage ensanglanté et présente de nombreuses contusions. Elle arrive à peine à ouvrir les yeux tellement elle est œdématisée.

Déjà perturbé par l'annonce faite par les pompiers, je suis d'autant plus pris de compassion en la voyant. Je souffle, me recentre et essaie de me conditionner à être au maximum professionnel pour lui apporter une prise en charge de qualité. Je cherche également l'infirmière du regard pour essayer de me rassurer, j'ai besoin à ce moment-là de me reposer sur un cadre dans l'espoir de me mettre en capacité d'assurer la gestion de cette prise en soin. Celle-ci est assise derrière l'ordinateur, il a été convenu que je menais l'entretien d'accueil, et que l'infirmière s'affairait à remplir le dossier informatique, dans le but que je développe mon analyse clinique. Concentré derrière son écran, celle-ci ne perçoit pas mes signes visant à l'alerter de mon besoin de soutien.

L'accueil des urgences est régi par des protocoles : prise de paramètres vitaux, dossier informatique précis, questionnement déjà préétabli. J'engage la conversation, mais n'obtiens aucune réponse concrète. Cette patiente semble sous le choc, elle a le regard figé, larmoyant. J'essaie d'être le plus rassurant possible, et lui explique le but des nombreuses questions que je lui pose. L'infirmière remplit donc le dossier au possible, par les informations rapportées par les pompiers, par la clinique que je visualise, ainsi que par le peu d'éléments que me fournit cette patiente. Je lui demande alors si elle a d'autres blessures que celles visibles sur son visage, elle me répond un léger « non ». Je lui demande si elle est algique sur d'autre partie de son corps, elle me répond que oui, en me montrant le haut de ses cuisses. J'essaie d'évaluer sa douleur en utilisant l'Échelle Numérique (EN) qui consiste à quantifier sa douleur sur une échelle de 1 à 10. La patiente me répond qu'elle est trop sous le choc pour être capable d'établir une réponse correcte à cette question. Je n'insiste pas, je suis un peu déstabilisé par cette situation et ne sait pas trop comment procéder, bien que le protocole m'aide à garder une ligne conductrice pour cet entretien d'accueil.

Je m'éloigne un peu de la patiente, et l'infirmière me suit car elle a compris à mon regard que j'ai besoin de discuter avec elle. Nous allons donc dans le couloir, je commence à la questionner

sur la suspicion d'agression sexuelle émise par les sapeurs-pompiers, et lui demande si elle veut que je quitte la salle afin d'en parler entre femme, ce qui aurait pu libérer la parole pour la patiente d'après moi. Je lui exprime également que je ne me sens pas à l'aise dans cette situation, que cette suspicion m'affecte et me perturbe dans ma prise en soin. L'IDE m'explique que non, que nous établissons un premier bilan afin de l'orienter dans un service adapté aux maux qu'elle nous présente. Elle précise que si cette discussion devait avoir lieu, elle préférerait l'orienter vers un médecin afin d'éviter que la patiente ait à répéter son histoire à de multiples reprises, car s'il y avait un choc post-traumatique, le fait de réitérer les mêmes questions pourraient être d'autant plus déstabilisant pour cette patiente.

Nous terminons de cadrer cette entrée, et je l'accompagne dans un box au niveau du secteur de médecine afin qu'elle puisse patienter pour la venue du médecin.

Les patients défilent, le rythme est très soutenu sur ce poste et indirectement cela m'a permis de ne pas cogiter sur la situation que je venais de vivre, qui m'avait malgré tout bien interpellée. Je gardais toujours dans un coin de ma tête des pensées pour cette patiente, je l'imaginai seule, dans un box de l'hôpital, à me questionner sur les ressentis qu'elle pouvait vivre en cette matinée. J'espérais qu'elle n'était pas seule, mais en étant d'Accueil, je n'avais à ce moment aucun retour quant à sa prise en charge actuelle.

Quelques heures plus tard, ce sont désormais les gendarmes qui arrivent accompagnés d'un homme, menotté. Ils me posent un dossier, et installent le patient sur une chaise dans la salle de soin. Comme d'habitude, je me présente au patient, et commence à feuilleter les papiers déposés devant moi. Il s'agissait d'un examen en amont d'une garde à vue, qui était nécessaire pour une réquisition judiciaire. A ce moment-là, le policier me fait un signe de la tête afin que nous sortions de la salle. Je le laisse sortir, puis prétexte un motif au patient afin de sortir également. Une fois tous les deux dehors, le policier me dit « essayer d'aller vite s'il vous plaît, il doit être entendu pour une suspicion d'agression sexuelle et on ne veut pas perdre une minute pour ce genre d'individu ». J'essaie de ne pas me laisser influencer par ces propos tenus par cet agent des forces de l'ordre, et retourne à mon poste. Je commence donc à cadrer le patient, comme je l'ai toujours fait avec les autres. Je prends les paramètres vitaux, remplis mon dossier informatique, questionne le patient s'il a d'éventuels douleurs. L'infirmière était à côté, elle terminait de cadrer le patient précédent avec l'interne urgentistes car une suspicion d'anévrisme

de l'aorte abdominal été établis pour ce patient. Elle m'a donc demandé de commencer l'entrée du patient suivant pour essayer de ne pas prendre de retard. Celui-ci me dit qu'il a une migraine, je remarque effectivement qu'il a des antécédents connus en service de neurologie pour ce symptôme. Je discute brièvement avec lui, quant d'un coup celui-ci me pose une question : « Vous l'avez vu vous le pompier qui m'a réveillé ? J'étais en train de dormir, je me fais sortir du lit, on m'amène à l'hôpital pour enchaîner sur une garde à vue alors que je n'ai rien fait ».

A ce moment-là, je comprends que j'ai à faire au présumé agresseur de la patiente dont je me suis occupé quelques heures auparavant. Si jusqu'à présent j'étais parvenue à me concentrer sur autre chose pour faire abstraction de la situation vécue quelques heures auparavant, à ce moment précis, je me suis senti pris par un retour en arrière, je revois directement le visage de cette jeune femme, totalement tuméfiés, je visualise de nouveau son regard, et entend à nouveau sa voix nouée. Envahis par mes émotions, je cherche de nouveau l'infirmière du regard, j'ai besoin d'un appui, mais celle-ci est trop concentré sur une urgence pouvant être vitale et ne percuté pas ma détresse. J'essaie de me recentrer tant bien que mal et lui propose de poser cette question au policier qui l'accompagne.

Je sens à ma réponse que mon ton de voix a changé, que je me suis légèrement renfermé et que je suis plus sec au contact avec celui-ci. Je sors de la salle une petite poignée de minutes pour récupérer du matériel manquant, et en profite pour essayer de prendre un peu de distance sur cette situation. Je vais dans le local où est rangé tout le matériel, et prend deux minutes pour moi, debout, stoïque, dans cette grande pièce froide. J'essaie de me décentrer, de souffler et d'encaisser mes émotions ressentis en cette matinée. Je retourne dans la salle, et finit de cadrer ce patient, en m'efforçant d'offrir les soins de façon identique à ce que je faisais pour les autres patients. Me reste en tête ses propos « j'ai mal à la tête » et ne peut empêcher mes pensées de mépriser ses douleurs quand je repense à la patiente que j'ai pu voir auparavant ... Je m'efforce tant bien que mal de rester professionnel, et essaie au possible de garder à l'esprit que je ne suis ni juge, ni avocat, que malgré ce que j'ai vu, entendu, celui-ci reste présumé innocent. Un long processus de réflexion s'établit dans ma tête, toutes les pensées possibles traversent mon esprit. Et puis je fini par me dire, que quand bien même il soit coupable des suspicions, mon rôle à l'heure actuelle est de réaliser sa visite médicale avant la garde à vue, et que je ne peux me permettre d'être dans le jugement de cette personne. Je lui propose donc un antalgique pour ses céphalées, comme le prévoit le protocole en place dans ce service d'urgence, celui-ci le refuse.

Ses paramètres vitaux sont dans les normes, rien d'alarmant n'est à déclarer, le dossier est donc totalement établi.

Je vais vers l'infirmière et lui demande de contrôler le travail réalisé pour l'accueil de ce patient afin de clôturer cet accueil. Les policiers sont assez pressés et me le font clairement comprendre, l'infirmière l'entend et laisse donc l'interne terminer l'autre dossier. C'est à ce moment que l'infirmière comprend qui est le patient que je cadre depuis quelques minutes et voit à mon faciès que je ne suis pas comme je pouvais l'être habituellement. Elle se rappelle mes doutes exprimés le matin face à la jeune femme, et je vois au travers de son regard de la compassion et de la culpabilité. Celle-ci affiche un léger sourire en coin, comme un désir de vouloir s'excuser, sans en dire un mot devant le patient. Elle valide mon dossier, l'imprime et le remet aux policiers pour qu'ils puissent repartir accompagnés du patient afin de le conduire en garde à vue. L'infirmière prend à ce moment-là une poignée de seconde pour me demander comment je me sentais, et me dit également être désolé de m'avoir laissé seul sur cet accueil. Effectivement, elle me laisse sous-entendre qu'elle s'était aperçue que la situation avait pu m'impacter, que ma façon d'être ne semblait pas habituel. Elle est consciente que la situation était peu habituelle, et qu'il n'était peut-être pas aisé de me laisser, moi, l'étudiant, presque seul face à cette prise en soin des moins déconcertantes ...

Au vu de cette situation, et par la réaction de l'infirmière, une grande remise en question s'est alors établie sur moi-même. J'en ai discuté avec un autre membre de l'équipe, un infirmier avec qui j'avais pas mal pu travailler au cours de ce stage, afin de pouvoir me libérer un peu de ce que je considérais comme un fardeau sur cette journée. Il a essayé de me rassurer, a pris le temps de m'expliquer que bon nombre d'événements avaient pu également le toucher. Au point de remettre en question ses valeurs professionnelles, son sentiment d'être « un bon soignant ». Puis il me dit que c'était justement en se rendant compte de ces remises en question, qu'il considérait être à sa place dans ce métier. Étant un peu apaisé par les propos de cet infirmier, j'ai pu finir ma journée tant bien que mal. Malgré tout, des réflexions sur cet événement me sont restées à l'esprit durant quelques jours encore.

2. Questionnements :

Cette situation, qui a pu me déstabiliser, m'a poussé à une grande remise en question sur plusieurs points. Je vais alors ici développer une analyse/questionnement sur les différents points qui ont pu m'interpeller par les événements et réactions qui ont découlé de cette situation.

Je me suis d'abord questionné quant à ma posture professionnelle. En effet, j'ai bien senti que mon comportement n'était pas similaire entre les deux patients dont je parle dans cette situation. J'ai la sensation d'avoir mis bien plus d'affect pour la prise en soin de la présumé victime. J'étais cependant plutôt ferme, sans empathie, avec un manque de considération pour les plaintes du présumé agresseur. Au travers de cette simple question je réalise même que le choix du mot affecte n'est pas peu significatif. Pourquoi l'utilisation de ce mot et pas d'un autre ? Est-il possible et autorisé d'avoir de l'affect pour un patient ?

Je me suis retrouvé face à elle, moi, homme ; elle, femme. Elle avec un lourd vécu le matin même, moi la sentant vulnérable à ce moment précis. Y'a t'il ici un impact du genre sur la relation ? Le fait que ce soit une femme peut me mettre en freins dans cette relation de soin ? N'aurait-elle pas eu plus de faciliter à se livrer si la personne qui réalisait son entretien était du même genre qu'elle ? J'ai tout naturellement porté le jugement de façon inconsciente que le fait de laisser la patiente entre les mains de l'infirmière, du même sexe qu'elle, pouvait faciliter sa prise de parole. Il est alors évident de chercher à comprendre si le genre peut avoir un impact sur les relations de soins auxquels nous sommes quotidiennement confrontées. Ces réflexions me font rendre compte d'un côté protecteur que j'ai toujours eu envers les femmes qui m'entourent. J'ai un côté de moi, de ma personnalité, qui m'a toujours poussé à tenir compte de la vulnérabilité des femmes face à la violence masculine, qu'elle soit verbale ou physique. Vécu comme une injustice, j'ai tendance à vouloir défendre toutes ces situations que je trouve banalisée de plus en plus par bon nombre d'entre nous.

Je me demande aussi naturellement si les à priori que je me suis fait sur ces patients ont pu impacter ma façon d'être ? En effet, je me suis rapidement fait des jugements sur ce patient quand j'ai compris qu'il était le présumé agresseur de la dame dont je m'étais occupé quelques

temps avant. Mon côté protecteur envers ma sphère familiale a pu être transféré sur cette dame lors de cette situation ?

Il est important aussi d'aborder mon passé professionnel. En effet, j'ai été Agent de Service Hospitalier durant des années en psychiatrie, notamment en gérontopsychiatrie. J'ai à de nombreuses reprises été confronté à des personnes coupables d'actes criminels et d'actes de violences physique ou morale.

Pourtant, l'impact sur mon comportement était moindre. Il semble alors intéressant d'analyser en quoi le contexte des prises en charges peut influencer notre façon d'être ?

En parlant ici de contexte, je parle également de posture professionnelle. Effectivement, en tant qu'Agent des Services Hospitaliers, aucune obligation ne m'était imposé face aux patients. Je n'étais pas réellement considéré comme soignant, cette posture me permettait donc peut-être d'avoir une certaine distance qui facilitait mon acceptation des situations que je rencontrais.

Si nous abordons la posture professionnelle, je ne suis que stagiaire lors de cette situation. Tous les apports théoriques du métier ne m'ont pas été fournis, et bien que débrouillard étais-je assez armé pour être efficace face à une telle situation ? Le statut de stagiaire n'aurait-il pas pu même me protéger ? Ne m'aurait-il permis l'évitement de la gestion de cette situation que je pouvais juger comme trop lourde à assumer ? En effet, en tant que stagiaire au cours de cette situation, j'avais la possibilité de profiter de ce statut afin de ne pas me sentir trop impliqué dans cette situation. J'avais la possibilité de faire en sorte que l'infirmière en poste reprenne la main. Mais, ce statut de stagiaire m'a forcé à ne pas montrer mes faiblesses, comme si je n'avais pas le droit de montrer une faille. Peut-être par peur de braquer l'IDE qui m'encadré ce jour, peut-être aussi par un sentiment d'obligation de montrer que j'étais capable, même si ce n'était pas forcément le cas ...

Malgré tout, je pense être rester non maltraitant, bien que je n'aie pas été pour autant bienfaisant. Cela est peut-être justement en lien à mon expérience professionnelle. Par toutes les situations que j'ai pu vivre au sein d'un hôpital psychiatrique, j'avais peut-être commencé à me faire des armes pour ne pas être trop déstabilisé face à des événements comme celui-ci.

Mais le contexte peut aussi s'élargir au lieu dans lequel j'ai vécue ces différentes situations. En fonction du lieu, en découle les pathologies. Les expériences vécues en tant que professionnel de santé s'était toute déroulé dans une structure spécialisée, accueillant uniquement une

population qui présente une pathologie psychiatrique diagnostiquée. La présence de ce diagnostic est peut-être un des critères qui me permettait de façon inconsciente de moins porter de jugement aux personnes dont j'avais la charge. La notion de déresponsabilisation des actes était peut-être un des arguments permettant de me persuader à rester le plus neutre possible et de ne pas fausser mon jugement pour ne pas impacter mes liens envers eux. Je me questionne alors à savoir si la pathologie permet de tout accepter ou d'augmenter son seuil de tolérance.

Par ailleurs, j'ai même l'impression que ce ne sont pas seulement mes valeurs personnelles qui sont bafouées. En effet, les prises en charges des anciens patients dont j'avais le soin auraient été biaisé par leurs condamnations. Pourtant, je savais faire la part des choses et rester professionnel. Si seules mes valeurs personnelles étaient mises en jeu dans mes réactions, je n'aurai probablement jamais pu exercer au sein d'un hôpital psychiatrique. Mais en poussant la réflexion sur cette thématique, je réalise en questionnant cette situation que c'est la première fois que je suis confronté à la personne ayant subis les méchancetés d'autrui. En temps habituel, au cours de toute mon expérience, jamais je ne m'étais rendu compte des conséquences des actes sur l'entourage des personnes dont je m'occupais.

Est alors plus à approfondir qu'est-ce que la confrontation à la présumé victime, à la personne subissant les dommages engendrés par l'acte inhumain d'autrui, a touché chez moi au point de mettre à mal ma capacité à rester professionnel ?

Il est essentiel de savoir gérer ce genre d'évènements afin d'offrir un accompagnement de qualité aux patients dont nous avons la charge. La notion d'accompagnement est essentielle dans les métiers que nous occupons. Il est donc naturel de se questionner régulièrement sur celui que nous apportons aux personnes. Est-il suffisamment bon ? Était-il à la hauteur de ce qu'ils attendaient ? Répondait-il à leurs besoins ? A la fois, nous permet-t'il d'en tirer une satisfaction et une fierté quand nous l'analysons ? Il peut-être délicat de se forcer, pour son propre égo, d'adopter un comportement qui n'est pas naturel chez nous. J'entends par là, par exemple, de démontrer des signes de gentillesse ou de bienveillance envers des personnes qui, pour nous, ne le mérite pas forcément. N'est-ce pas frustrant voir rabaisant que de sentir forcer à sourire à quelqu'un qui nous donne envie de faire l'inverse ? Comment rester fier de soi, et en accord avec soi-même quand notre devoir de soignant nous impose d'aller vers un comportement qui n'est pas naturel chez nous à ce moment-là ?

D'autre part, je m'interroge quant à notre obligation de soins de qualité égale pour tous patients dont nous avons la charge, l'importance de la neutralité dans le soin. Mais face à de telle situation est-il réellement possible de rester impartial ? Comment ne pas laisser nos valeurs personnelles nous envahir pour ainsi nous permettre de garder un comportement professionnel adapté et de qualité ?

Ce sentiment d'injustice face à cette présumé victime ma retourné, je me sentais dans l'incapacité d'y faire face. Et pourtant, si c'est une présumé victime, l'autre patient n'en demeure pas moins un présumé coupable. Même si la loi le reconnaissait coupable, je ne ni plus ni moins qu'un soignant, avec un devoir de neutralité. Pourquoi je m'autoriserais à dispenser des soins de qualités différentes sous prétexte que telle personne ne semble pas partager mes valeurs et mes normes ?

A la fois, le sentiment d'injustice me revient un peu à ce moment-là. Je trouve ça injuste, quand je repense à tristesse de cette patiente, de devoir accorder autant d'importance aux souffrances qu'elle a ressenti qu'à celles que ce patient me rapporte. Pourquoi je devrais être bienveillant à une hauteur égale ? N'est-ce pas possible d'apporter les soins, au strict nécessaire, sans pour autant lui apporter un accompagnement aussi bienveillant ? Je ne sais pas si cela respect justement cette fameuse obligation de soins de qualités égale.

J'ai également pu me questionner sur la gestion de mes émotions. Elles ont ici commencé a occupé une place importante, au point où j'ai dû arrêter mon entretien, m'absenter, afin d'essayer de me recentrer. Le fait de couper une tâche en cours, dû à des émotions trop présentes aurait pu m'amener à ne pas exécuter les choses de façon correctes, et ainsi me poussé à une faute professionnelle. Je parle ici des émotions ressentis en écho à la première patiente. Celles-ci étaient elles aussi trop intense. Mon excès d'empathie pouvait également être délétère pour cette femme. Il semble donc nécessaire de savoir gérer ses ressentis afin de ne pas se laisser déconcentrer. J'ai cependant eu une sorte de chance, de vivre cette situation dans un service de soin d'urgence. Étant régis par de nombreux protocole, ce fil conducteur a pu me permettre d'avoir un appui pour ne pas être totalement destabilisé. J'ai, grâce au protocole, réussi à gérer cette entrée, tant bien que mal.

Je ne suis que stagiaire à l'heure actuelle. Tous les apports théoriques du métier ne m'ont pas été fournis, et bien que débrouillard étais-je assez armé pour être efficace face à une telle situation ? Le statut de stagiaire n'aurait-il pas pu même me protéger ? Ne m'aurait-il pas permis l'évitement de la gestion de cette situation que je pouvais juger comme trop lourde à assumer ? En effet, en tant qu'étudiant infirmier, au cours de cette situation, j'avais la possibilité de profiter de ce statut afin de ne pas me sentir trop impliqué dans cette situation. J'avais la possibilité de faire en sorte que l'infirmière en poste reprenne la main. Mais, ce statut m'a forcé à ne pas montrer mes faiblesses, comme si je n'avais pas le droit de montrer une faille.

Peut-être par peur de braquer l'IDE qui m'encadré ce jour, peut-être aussi par un sentiment d'obligation de montrer que j'étais capable, même si ce n'était pas forcément le cas ...

En relisant cette analyse quelques jours plus tard après sa rédaction, j'ai l'impression de déshumaniser ces patients. Je parle à plusieurs reprises de Présumé coupable ou Présumé victime. Ni madame, ni monsieur. N'est-ce pas déshumanisant que de s'exprimer de la sorte ?

Cette notion de déshumanisation s'applique aussi sur d'autre point. N'est-ce pas déshumanisant pour les futurs soignants que nous sommes, de nous demander d'être neutre dans nos soins ? Comme si nous devons avoir la possibilité de coupé nos ressentis, nos pensées, afin de devenir de simple exécutant des soins, capable d'une gestion irréprochable de nos propre émotions ...

3. Question de départ :

Au cours de ce questionnement sur ma situation initiale, j'ai abordé différentes thématiques qui m'ont fait poser question. Il est vrai que de nombreux facteurs ont conduit cette situation à être intéressante à étudier. En effet, j'ai grâce à la mise de cotée offert par ce travail, pu me rendre compte à quelle point la gestion des émotions pouvaient être importante dans les relations de soins. C'est ici sur une situation particulière, certes, mais cette réflexion est finalement commune à des situations qui peuvent être considérées comme bien plus banale. Il est intéressant de l'aborder ici, car effectivement, au travers des situations les plus choquantes auxquelles nous sommes régulièrement confrontées, nous sommes conscients que nos émotions sont souvent exacerbées. Cependant, dans les situations quotidiennes, nous nous soucions moins de l'impact de nos émotions sur notre façon d'être.

Je souhaite également aborder le sujet des représentations. Il semble pour moi plus difficile de réaliser à quelle point la vision de chaque être humain se fonde sur des à priori et des représentations. Souvent caché dans notre inconscient, il nous est difficile de prendre conscience de nos représentations. Doté, d'après moi, d'une connotation négative, il peut s'avérer finalement plus confortable pour notre conscience de laisser ces préjugés enfouis au fond de notre inconscient ...

En outre, après avoir abordé ces deux thématiques, j'aimerais également analyser l'impact de ceux-ci sur le principe de neutralité dans le soin. Les limites de ce principe sont floues et peuvent poser à de multiples reprises des cas de conscience pour tout à chacun. Il semble utile tant pour mon évolution personnelle, que pour d'autre professionnelle, de pouvoir élaborer des pistes réflexives afin d'éclaircir tous les biais utilisables pour réussir à faire valoir ce principe.

Pour ce faire, la question de départ que j'ai élaboré est la suivante :

« En quoi le principe de neutralité dans le soin est-il affecté par les représentations et les émotions du soignant ? »

4. Cadre de référence :

1. Le principe de neutralité dans le soin :

1.1 Définition :

Le principe de neutralité dans le soin est abordé au travers du code de déontologie de l'infirmier. Tout infirmier inscrit à l'ordre national des infirmiers, s'engage, tant moralement qu'au travers d'une signature, à respecter ce devoir.

« L'infirmier doit écouter, examiner, conseiller, éduquer ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient, notamment, leur origine, leurs mœurs, leur situation sociale ou de famille, leur croyance ou leur religion, leur handicap, leur état de santé, leur âge, leur sexe, leur réputation, les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ou leur situation vis-à-vis du système de protection sociale. Il leur apporte son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne prise en charge. » (Code de la santé publique, 2016)

Avant même de développer plus cette partie, il est essentiel d'apporter une définition de la neutralité. *« Caractère, attitude d'une personne, d'une organisation, qui s'abstient de prendre parti dans un débat, une discussion, un conflit opposant des personnes, des thèses ou des positions divergentes ».* (Castillo)

1.2 La neutralité et le soin :

La neutralité du soignant est une question clé dans les domaines de l'éthique médicale, de la psychologie et des sciences infirmières. Elle fait référence à l'attitude que le soignant adopte envers le patient, caractérisée par l'absence de jugement, une distance professionnelle et une impartialité dans l'accompagnement. Toutefois, cette notion fait l'objet de débats selon les différentes perspectives théoriques, philosophiques et pratiques. Voici un tour d'horizon des divers points de vue.

C.Rogers, psychologue, a initié le principe de neutralité dans le soin au travers de ses textes intitulés L'approche centrée sur la Personne. L'inscrivant comme un des critères fondamentaux à la mise en place et au bon développement d'une relation d'aide. C'est donc lui qui fait réaliser l'importance de la neutralité dans le soin. (Cabaniss, 2022)

M-C.Castillo, professeure en psychologie, au travers d'un article de revue, détaille le principe de neutralité et y associe le principe de bienveillance,

L'idée de « neutralité bienveillante que l'on entend souvent comme une attitude préconisée renvoie à cette attitude de suspension du jugement qui permet au patient de penser que le clinicien peut accueillir tout ce qu'il dit. Le terme de « neutralité » implique dans un premier temps, du côté du clinicien, une suspension de son jugement, autrement dit, autant que faire se peut, de ses stéréotypes, de ses interprétations, de ses croyances. » S'ajoute au travers de cette extrait le principe de bienveillance. Car oui, il faut être neutre, c'est-à-dire sans éclat, mais quand même demeurer dans une certaine bienveillance. Mais est-ce neutre que d'être bienveillant ? Quels leviers peuvent se mettre en place et impacter la mise en place d'une bienveillance inconsciente et spontanée ?

C'est dans « La neutralité technique » de D.L Cabaniss, professeure de psychiatrie clinique, qu'un point de vue intéressant me semble se dégager, principalement au travers de cet extrait : *« Atteindre la neutralité, comme essayer d'associer librement, est une tâche asymptotique – nous nous y évertuons mais n'y arriverons jamais complètement. Avec le temps, nous apprenons quels patients et quels types de matériel nous rendent la neutralité plus difficile. Souvent, cela a trait à nos valeurs, nos croyances, nos antécédents et notre passé »*

En effet, on ressent bien les difficultés qui s'opposent à l'obtention de cette neutralité parfaite. On y voit au travers ces auteurs que c'est un idéal s'approchant même de l'impossibilité à mettre en place. On y voit aussi qu'avec le temps, l'expérience et la connaissance de soi même, nous apprenons à nous connaître. Nos forces, nos faiblesses nous sont alors possible à anticiper afin de permettre de s'approcher au mieux à une neutralité du soin. Cependant, bon nombre de facteur personnel nous influencerons constamment au cours de nos prises en soins, il est impossible de se déshumaniser pour tendre vers une neutralité parfaite. Il semble cependant primordial d'en être conscient pour essayer d'en maîtriser les conséquences.

Naturellement me vient l'envie d'aborder un court passage apporté par Paul-Loup Weil-Dubuc au travers de l'écrit « Un soin indifférencié » :

« De nombreuses études tentent aujourd'hui d'établir l'existence de « soins différenciés », autrement dit de différences dans la prise en charge, qu'aucune raison médicale ne justifie et

qui sont essentiellement dues aux préjugés des soignants. Ces soins différenciés s'expliquent en partie par des « biais cognitifs implicites », des préjugés implicites, voire inconscients entraînant souvent des ruptures d'égalité entre patients ou des pertes de chance. Des tests psychologiques (iat) permettent, en mesurant les temps de réaction des soignants, d'estimer l'ampleur et l'impact de ces différences en même temps que de les réduire. La traque de ces biais cognitifs, pour légitime qu'elle soit et essentielle dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, n'en pose pas moins des questions épistémologiques et éthiques importantes. Nous en citons ici trois. En premier lieu, dans la mesure où tout soin est toujours particulier par définition, un soin sans biais, impartial en quelque sorte, est-il possible ? À supposer que le soignant puisse agir sous un voile d'ignorance en ne considérant que sous un angle strictement médical la situation à laquelle il est confronté ; à supposer que nous pourrions, pour ce faire, conformer le soin à des procédures standardisées, voire automatisées, ces procédures elles-mêmes ne pourraient-elles pas receler des biais d'un autre ordre ? En deuxième lieu, ce que nous pourrions gagner en impartialité ou en neutralité du soin, ne le perdriions-nous pas en capacité d'adaptation ou d'écoute ... »

Ces études me semblent plus que nécessaire d'être abordées ici. En effet, pouvant être considéré comme un idéal pour certain, j'aime ouvrir la réflexion sur un aspect inverse. Le principe de neutralité dans le soin, ne peut-il pas démunir de sens les relations de soin elles-mêmes ? Tendre à la neutralité pourrait rendre le soin protocolisé, le soignant comme un exécutant, le soigné comme un objet de soin. Alors comment trouver un juste milieu, une homéostasie parfaite qui nous mènerai à respecter ce devoir tout en ne déshumanisant pas notre travail quotidien ? L'essence même du métier du soin est pour moi basé sur l'échange avec autrui, alors le fait de tenir à tout lisser pourrait nous conduire à une perte de sens dans nos pratiques. Depuis quelques années maintenant, bons nombres de raisons finissent par pousser le soignant à changer de métier, par perte d'intérêt dans la pratique de celui-ci ou par d'autres contraintes propres aux professions du soin. Cette contrebalance et ces arguments apportés au travers de cette étude amène la réflexion sur une tout autre dimension qu'il sera essentiel d'aborder. Pour appuyer ce point de vue, prenons l'exemple de Talcott Parsons qui l'aborde au travers de son écrit « la neutralité comme distance émotionnelle ». Il explique que le soignant doit éviter les jugements subjectifs et se concentrer sur les compétences techniques, la rationalité, afin d'instaurer un climat de confiance avec le patient. Cependant il voit rapidement les limites de ce

fonctionnement apparaitre et explique qu'une telle approche peut déshumaniser la relation soignant-soigné ne répondant ainsi pas aux besoins émotionnels du patient.

Le devoir de neutralité s'applique lorsque nous faisons face à toutes nos émotions, à toutes nos représentations, à tous nos à priori. Cependant, il semblerait qu'on ait tendance à moins s'en afférer lorsqu'on bafoue cette neutralité par des émotions considéré comme plus positives et bienveillantes. Pourtant, la neutralité ne doit pas s'appliquer que lorsque nous sommes confrontés à des situations difficiles dans le sens péjoratif du terme. L'état de congruence, notion apporté par C.Rogers en 1957 au travers des Conditions nécessaires et suffisantes (CNS), s'inscrit selon moi parfaitement dans cette démarche d'obtention de neutralité. En effet, au travers de son article publié en 2001, il explicite l'intérêt que le soignant (appelé thérapeute pour lui) d'être « *tout proche de ce qui se passe en soit* » afin d'être en mesure d'identifier ce que le moment présent nous apporte. Être conscient de ses défauts, ses qualités, ses à priori, reconnaître ses sentiments ou encore ses préjuger pourrait permettre de les apprivoiser sans en être submergé. C'est de par sa propre connaissance que l'on peut espérer atteindre le juste soin.

1.3 Le juste soin :

Je souhaite donc approcher une notion qui pour moi, ne peut exister sans la neutralité, je pense ici au principe du juste soin. La recherche sur la neutralité et l'intérêt du respect de celle-ci va se baser sur la citation suivante : « *Entrer dans une dynamique du juste soin, c'est apprendre à dépasser ses propres peurs, celles de l'étrangeté et celle de ne pas être à la hauteur. C'est aussi accepter la remise en question de ses savoirs, laisser s'exprimer une créativité empathique, développer les qualités requises pour accompagner l'autre, s'appropriier le raisonnement clinique, avoir une approche éthique de la relation de soin, s'ouvrir à la diversité des situations et reconnaître la singularité des histoires. C'est donc un défi autant individuel que managérial.* » (Philippon, 2024)

On entend bien par-là l'importance pour chaque professionnel de santé d'agir avec éthique. Devant batailler entre contraintes éthiques, morales ou encore institutionnelles, des efforts quotidiens pourraient permettre de tendre au juste soin.

Autrement dit, le juste soin que je commence à aborder ici, peut se voir comme une osmose entre la morale et l'éthique. Le fait de s'accorder à reconnaître la singularité des situations, pour

adopter un cadre flottant et ainsi s'adapter à chaque situation au plus juste peut permettre de tendre vers un soin juste. La morale, se basant sur des lois, s'intègre dans un cadre plutôt rigide, sans trop de possibilité d'adaptation. Ainsi, comme le dit É. Delassus dans son écrit *Le soin ou l'éthique en acte*, « *la morale (...) a du mal à tolérer l'exception* ». D'où l'intérêt de savoir intégrer la réflexion éthique, et ne pas simplement se fier à ce que nous impose la morale. Elle dit également que c'est « *lorsque la norme ne fonctionne pas que l'on est conduit à adopter une attitude qui relève plus de l'éthique que de la morale* ».

Lutter contre le fait de banaliser les situations, laisser émerger ce qu'est l'essence même du soin afin de prendre conscience de ses travers, permettrait ainsi de limiter ses déviances. C'est pourquoi il semble intéressant de porter de l'attention à l'éthique du soin.

1.4 L'éthique relationnelle :

Dans un premier temps il semble nécessaire de constater que l'éthique du soin n'est autre qu'une éthique de la relation. Basée sur une sorte de positivité éthique, on peut considérer que celle-ci ne se base que sur trois grands noms : l'amitié, l'amour et le respect. On peut ici considérer que l'éthique du soin vise à exclure ces trois notions afin d'établir une relation qui ne dépende ni du plaisir tant sensuel qu'amical, ni de l'utilité comptable de laquelle on pourrait tirer du bénéfice. Comme le dit Aristote « *les relations sont toujours gâchées par des calculs d'intérêts ou la recherche de bas plaisirs.* » (Recherche en soins infirmiers, 2007, p. 15). À l'inverse de la relation de soin, la notion d'amitié renvoie à une égalité dans la relation que le soin ne permet pas forcément. L'amitié est une relation entièrement volontaire, chose qui n'est pas présente dans la relation de soin.

Il en découle donc que l'éthique relationnelle doit conduire à l'essence même du soin : non pas une recherche de bénéfice pour soi-même, mais bel et bien l'intérêt d'autrui.

Après l'exclusion de l'aspect amical de la relation, il faut en supprimer l'amour. En effet, l'amour semble être un des éléments qui guide toute construction de la relation. Était décrit dans la religion, l'amour, ne devait pas conduire à la construction d'un soi fort, mais plutôt au fait de se donner à Dieu en renonçant à soi. Ainsi, un tel investissement dans la relation de soin, pourrait conduire à son propre oubli. De fait, la relation telle qu'elle soit, ne pourrait perdurer dans le temps. En effet, la relation visent à impliquer deux parties, ces deux parties se doivent

de se respecter à par égales afin de trouver un équilibre. Il faudrait donc parvenir à considérer l'intérêt de l'autre sans pour autant finir s'oublier soi-même.

C'est cet équilibre, et cette considération de l'autre comme de soi, qui conduira à une forme de respect dans la relation.

La relation de soin vient finalement s'appuyer sur cette notion de respect. Tant par un respect de l'autre, dans son besoin, son envi et ses convictions, que par un respect de soi-même. Ici, cette notion de respect se développe plus comme un devoir que comme un sentiment. « *Je ne puis refuser tout le respect à l'homme, vicieux lui-même, comme homme, car, en cette qualité du moins, il n'en peut être privé, quoiqu'il s'en rende indigne par sa conscience.* » E.Kant. Commence ici à se dessiner une notion qui semble importante dans le respect de la relation de soin. Il faut ici prendre conscience que les représentations que nous rattachons aux comportements d'autrui impactent réellement la relation que nous envisageons avec celui-ci. C'est de cette idée que me vient l'envi de développer l'impact des représentations dans la relation.

2. L'impact des représentations des soignants dans l'exercice de leurs fonctions :

La deuxième notion qui sera utilisé pour établir mon cadre de référence concernera les représentations des soignants et l'impact de celles-ci dans leurs professions.

2.1 Définition :

Les représentations se définissent comme « *une vision du monde, vision fonctionnelle permettant à un individu de donner un sens à ses conduites (elle détermine ses comportements), de comprendre la réalité à travers son propre système de référence (donc de s'y adapter, de s'y définir une place)* » par J.C-Abric, psychologue français, en 1999 au travers de l'article Revue recherche en soins infirmier provenant du site Cairns (6-1).

2.2 L'origine des représentations et leurs impacts :

Un premier impact des représentations commence ici à se dessiner. Très clairement, il semble qu'au travers de cette définition, nous nous accordions à dire que nous sommes tous constitué

de vision influencée par notre vécue. Au-delà des visions et souvenirs sur lesquelles sont basées les représentations, prendre conscience que parfois, c'est celles-ci qui nous font adopter un comportement spécifique est un élément clé à saisir pour pouvoir évoluer. Mais, outre notre vécue personnel, il faut être conscient que des représentations sont fondées sur d'autres leviers aussi.

D'après des études notamment mené au travers du travail de P.Moscovici en 1961, différents auteurs y ayant contribué s'accorde à dire que différents aspects de représentation existent.

Dans un premier temps, les représentations psychologiques, sont construites tout au long de notre vivant. Influencées par notre enfance, un socle commence à se former. Au fil des années, affecté par notre éducation ainsi que nos expériences, ses représentations peuvent se voir confirmés ou modifiés. En évoluant dans le temps, par le vécue auquel nous nous confrontons dans notre évolution, notre réflexion se voit modifié pouvant ainsi entraîner un changement dans nos représentations.

S'ajoute à cette dimension psychologique un ancrage social. Il est défini d'après G-N.Fischer en 1999 comme *“ la construction sociale d'un savoir ordinaire élaboré à travers les valeurs et les croyances partagées par un groupe social concernant différent objets (personne, événements, catégories sociales, etc.) et donnant lieu à une vision commune des choses, qui se manifeste au cours des interactions sociales”*.

Une autre dimension des représentations commence à apparaitre, nous amenant ainsi à saisir également l'impact du groupe sur notre propre façon de penser.

Ce choix d'ouvrage me permet, par le groupement de ces différents auteurs, d'appréhender le fonctionnement du mécanisme des représentations. Comprendre comment cela fonctionne peut permettre d'en prendre conscience, de s'analyser afin de pouvoir en maîtriser les conséquences. En tant que futur infirmier, il me semble primordial de tendre vers une pleine conscience de nos représentations. Être en capacité de connaître ses forces, ses faiblesses afin d'offrir une prise en soin des plus qualitatives tout au long de notre carrière et à chaque acteur qui y participera. Je trouve ici intéressant d'aborder tant un aspect positif qu'un aspect négatif à cette notion de représentation. Effectivement, les représentations permettent de créer une identité de groupe, donc dans une équipe de soin, peuvent avoir un impact positif dans la cohésion d'équipe. Cependant, si ces représentations tirent à la stigmatisation elles peuvent être à l'origine de

comportements différents pouvant ainsi conduire à une inégalité dans la prise en soin. Il me semble alors essentiel ici de s'attarder sur une spécificité des représentations.

2.3 Les stigmates :

La notion de stigmatisme a été abordée par E. Goffman en 1975 au travers de son livre *Stigmatisme : les usages sociaux des handicaps* : « désigner des marques corporelles destinées à exposer ce qu'avait d'inhabituel et de détestable le statut moral de la personne ainsi signalée ». A l'ancien temps, était marqué au fer rouge tout individu ne respectant pas les normes communes. Il y avait les stigmates de la maladie, de l'alcoolisme, de l'homosexualité mais surtout, de celui qui ne respectait pas la loi. Le tout, en opposition à l'Homme normal. Cette dernière notion fait particulièrement écho à la situation que j'ai vécue et qui est donc à l'origine de ce travail. Bien qu'aucune marque ne fut visible physiquement sur le patient dont j'avais le soin, l'accès à son dossier l'a finalement, de façon inconsciente, marqué mentalement au fer rouge. C'est par cette étiquette que nos inconscients se permettent d'apposer, que nos relations peuvent s'en voir influencer. En effet, la stigmatisation peut s'installer tout en pensant inaperçu dans nos intentions, mais peuvent être ressentis par les patients dont nous avons la responsabilité. Installé dans notre subconscient, le fait de ne pas se rendre compte des mécanismes inconscients que nous mettons en place peut engendrer de lourdes conséquences sur nos relations de soins. Étant ainsi influencé, nous pouvons parfois accorder une chance inférieure aux personnes face à nous d'obtenir une qualité de soins similaire à tout à chacun. Pourtant, pour tout soignant, se considérant comme normal, il serait inenvisageable que de diminuer les chances d'accès à des soins de qualité pour une personne malformée, handicapée, ou toute autre catégorie de stigmates. Alors, qu'est-ce qui nous permettrait de s'octroyer ce droit pour les stigmates portaient pour un « non-respect de la loi » ? Cette notion de respect de la loi, et de la considération d'un statut particulier à chacun des deux protagonistes me poussant à cette analyse de pratique me donne envie d'approfondir un concept très précis. J'entends par là qu'un intérêt particulier doit être porté aux préjugés portés aux victimes et aux auteurs.

2.4 Préjugés sur les victimes et les auteurs :

Le préjugé est défini comme un « jugement sur quelqu'un, quelque chose, qui est formé à l'avance selon certains critères personnels et qui oriente en bien ou en mal les dispositions

d'esprit à l'égard de cette personne, de cette chose » au travers du dictionnaire Larousse. Cela rejoint un petit peu la première notion abordée ici mais me semble complémentaire et donc intéressante à aborder pour étoffer ce travail de recherche. Il me semble surtout intéressant de spécifier les deux types de préjugés ayant été mis en cause au travers de cette situation. Dans un premier temps, la supposé victime.

Le terme de victime, définit comme « toute personne qui a subi un préjudice corporel, matériel ou moral » (Larousse). Nous sommes ici sur les fameux ressentis plutôt positif abordé au travers de la neutralité. Un excès d'empathie, une envie d'envelopper de façon rassurante la victime se met généralement en jeu naturellement face à ce genre de situation. Ayant déjà subis un préjudice, on peut-être amené à se dire que sa prise en soin doit être d'autant plus douce. Pourtant, nous revenons encore au principe de neutralité ... La même qualité de soin, attribué pour tous ... Il est d'autant plus facile pour un soignant de tombé dans ces préjugés, de par l'asymétrie de la relation soignant/soigné. Cette asymétrie peut parfois même conduire à une majoration du sentiment d'être victimisé... Victime de ce qui a pu se passer à l'extérieur, mais encore, victime de cette relation qui place le patient dans la position d'attente, de besoin et de dépendance aux soignants.

À contrario, le dît « auteur », le responsable, subit les stigmates que l'on peut facilement rattacher à la personne anormale. Le non jugement reste un des devoirs et critères primordial pour justement essayer de pallier à cette asymétrie dans le soin. Rien de ce qui se passe à l'extérieur du service dans lequel nous exerçons ne doit nous influencer sur le soignant que nous voulons être. La notion de jugement, appartient au juge. Nous sommes soignants, et devons contribuer à soigner. Définit au travers du dictionnaire de l'académie française, le fait de juger « *signifie également Décider en bien ou en mal du mérite d'autrui, de ses pensées, de ses sentiments, du motif de ses actions. (...) Jugez d'autrui par vous-même et voyez si vous seriez bien aise qu'on se conduisît ainsi avec vous* ». Cette citation me fait de nouveau penser aux propos tenus un peu plus haut. Le fait de chercher par soi-même tend à une utilisation de l'éthique du soin, plus que de la morale. S'adapter à la singularité des personnes, pour prodiguer des soins justes, en essayant de contrer les stigmates apposés par notre subconscient. C'est après avoir abordé ces propos qu'il devient essentiel d'approfondir une autre problématique : l'impact du jugement dans la relation de soin.

2.5 L'impact du jugement dans la relation de soin :

J'ai à plusieurs reprises utilisé des termes assez forts, faisant écho aux jugements voire même à la justice. Parler de victimes, d'auteurs, de représentations, ne peut-être fait sans aborder la notion de jugement. Le jugement se définit comme une « *activité de l'esprit permettant de juger, d'apprécier les êtres, les choses, les situations de la pratique et déterminer sa conduite* » (Larousse.fr, s.d.). L'impact du jugement sur la relation est donc indéniable ne serait-ce qu'au travers de la définition même du mot. J'ai ici choisi une définition qui se rattache au jugement moral que chacun établit. Cependant, la plupart des définitions appartiennent au cadre juridique. Le fait de juger me ramène donc à penser que nous sommes comme régis de norme, comme si nous étions constitués d'un tribunal intérieur, mettant à l'épreuve nos valeurs. D'après M.Phaneuf, « *le non-jugement est une qualité de l'écoute propre à la relation d'aide qui conduit la soignante à se laisser pénétrer, sans préjugé, ni réserve, par ce qu'exprime l'aidé, par son comportement verbal et non verbal et ce, sans évaluer la valeur morale de ses paroles et de ses gestes. Cette attitude repose sur l'acceptation inconditionnelle du client, sur le respect de sa dignité et sur une compréhension profonde de ce qu'il est et ce qu'il vit* ». C'est en travaillant sur les valeurs et normes qui nous animent au plus profond de nous que nous pourrions viser une atteinte du non-jugement afin de créer une relation de soin de confiance. Également, vient ici le moment d'aborder un autre élément souvent mis en cause dans nos relations. C'est notamment au travers de nos valeurs et normes que viennent être stimulées nos émotions, c'est pourquoi il semble légitime d'aborder ici le travail émotionnel.

3. Les émotions dans le soin :

3.1 Généralités des émotions :

Pouvant être considéré comme un travail implicite dans la profession infirmière, le travail émotionnel occupe de façon omniprésente le quotidien d'un soignant. Les émotions, définies comme « *un mot issu de « motion » qui concerne le mouvement, terme apparaissant au XIII^e siècle en français comme en langues saxonnes et portant l'idée d'un mouvement qui s'accomplit ; la racine latine emovere signifiant « mettre en mouvement »*. L'émotion va exister au début du XVI^e siècle par le mot « esmotion » qui induira la signification utilisée actuellement : *l'émotion est un état de conscience complexe, généralement brusque et momentané, accompagné de signes physiologiques (par exemple : rougissement, sudation)* ».

J'aime ici aborder l'historique et l'origine de ce mot, la notion de mouvement qui s'y accorde. L'aspect mouvent des émotions les rendent vivantes, en perpétuelle activité dans des déplacements constants.

3.2 Le travail émotionnel des soignants :

“L’infirmière doit savoir retenir discrètement ses émotions, ne pas laisser paraître la peur, l’angoisse, le dégoût, la pitié” dit l’infirmière M.Schachtel dans *J’ai voulu être infirmière*, publié en 1991. L’utilisation du verbe devoir m’interpelle, je choisirai donc de développer cette notion afin de cerner en quoi la maîtrise des émotions s’apparente aujourd’hui à un devoir faisant partie intégrante de ma future profession. Je souhaite également m’appuyer sur l’ouvrage “*Le travail émotionnel des soignants à l’hôpital*” de C.Mercadier, qui aborde la maîtrise des émotions dans les interactions, pouvant permettre l’entrée comme la sortie dans la relation. Elle analyse également la protocolisation des soins pouvant parfois avoir un impact protecteur, notamment en disant que par la mise à distance du malade par le protocole, cela peut permettre une limite à l’impact émotionnel que pourrait susciter les gestes liés au soin en lui-même. Dans son ouvrage, de nombreux aspects mettant en jeu les différentes émotions au travers de soin divers et variés qui seront un tremplin pour pouvoir approfondir mon travail réflexif sur ma situation d’appel.

Les émotions, sont présentes sous 5 formes générales : la tristesse, la joie, la peur, la colère et le dégoût. Avant même d’aborder l’intérêt de la connaissance de ses émotions, de ses propres limites, j’aimerais m’appuyer sur une verbalisation généralisée de ces émotions. Nous avons tous tendance à dire « je suis triste », « je suis en colère ». En s’exprimant ainsi, de façon inconsciente, nous semblons tous admettre que nous sommes nos émotions. En découle donc une première opposition à la maîtrise de l’expression de celles-ci. Non, je ne suis pas en colère, mais je ressens de la colère. Voilà un premier pas qui pourrait nous mettre à distance de nos émotions ressentis afin de les apprivoiser. Au-delà d’habitude anodine comme celle-ci, un réel processus personnel est à réaliser pour travailler sur ses émotions.

Le travail des émotions dans les soins infirmiers peut se définir comme « *le travail d’un individu à maîtriser ses émotions en changeant son intensité ou sa qualité pour s’adapter à une situation*

ou pour correspondre à ce qui est attendu de lui. » Cette approche, apportée par M.Mazoyer apporte quelques termes me semblant essentiels pour une première approche de cette thématique. On y comprend bien que la maîtrise des émotions ne vise pas à supprimer leurs survenues, mais bien à en maîtriser l'intensité pour être maître de l'impact qu'elles pourraient engendrées sur la relation de soin que nous allons établir.

Margot Phaneuf, professeure des sciences infirmières et consultante internationale a travaillé la notion d'intelligence émotionnelle dans la relation de soin. Selon elle, « *Un contexte de soins est un lieu où les émotions fleurissent. Lorsque nous sommes en contact avec des malades, nous réagissons à ce que nous voyons de leur état, à leurs paroles, mais aussi à leur douleur, à leurs plaintes, à leur tristesse, à leurs demandes, à leurs revendications et parfois même à leur agressivité* » (M.Phaneuf, 2013, p. 33). Elle aborde à quel point, chaque situation de soin, de la plus banale à la plus complexe, nous renvoie à des émotions. Également, au-delà des échanges visibles, une sphère invisible de la relation peut également mettre en jeu nos émotions. Il s'agit là de ressentie, d'énergie, de souvenir... Elle explique également que pour elle, « *c'est l'intelligence émotionnelle qui permet d'humaniser les soins* » (p 32). En effet, prendre conscience de ses déviances d'expression émotionnelle permet ainsi de mieux les maîtriser pour limiter l'impact sur la relation de soin. De l'empathie, ressentie face à une personne souffrante, ne comporte pas une infraction en soit, car on peut juger cela comme une émotion positive et bienveillante. Cependant, si nous nous laissons paraître plus bouleversé que la personne d'en face, en quoi nous pourrions être une aide, un repère pour celle-ci dans son moment de détresse ? Commence à se préciser tout l'intérêt de la connaissance de soi, car une gestion inadéquate entrainera un déséquilibre dans la relation. Soit sur un versant de distance, si nous nous laissons submerger par des émotions dites négatives, soit par une relation trop impliquée si les émotions positives prennent le contrôle. L'intérêt de cette maîtrise permettra de trouver un juste milieu, un équilibre, pour pouvoir instaurer un climat de confiance. Ce climat de confiance me semble impossible à atteindre sans développer un concept très important. Il s'agirait, pour équilibrer la relation de soin, d'étudier la vulnérabilité de chacun dans ces relations de soins.

3.3 La vulnérabilité du soignant et du soigné :

3.3.1 Définition de la vulnérabilité :

« Du latin *vulnus*, *vulneris* (la blessure) et *vulnerare* (blesser), le vulnérable est, selon le dictionnaire Larousse, celui « qui peut-être blessé, frappé », « qui peut-être facilement atteint, qui se défend mal ». Le terme a pour synonymes « fragile » et « sensible ». Sorte de « talon d'Achille » plus ou moins généralisé, la vulnérabilité convoque, comme l'a montré Hélène Thomas, deux notions : la fêlure d'une part (la zone sensible, fragile, par où arrivera l'atteinte) et la blessure d'autre part (qui matérialisera l'atteinte) » (THOMAS, 2010 : 43). « La vulnérabilité désigne ainsi « une potentialité à être blessé » (SOULET, 2005)

3.3.2 La vulnérabilité dans le soin :

Il semble important d'être conscient que la vulnérabilité occupe une place majeure dans le soin. Il est facile, pour nous soignants, d'en être conscient quand on aborde le sujet du patient. En effet, on peut considérer que celui-ci peut-être fragilisé par la maladie, lui entraînant ainsi de la souffrance. Il peut alors être considéré comme dans le besoin, le contraignant ainsi à établir une relation de dépendance envers le soignant. Cette asymétrie relationnelle, entraîne une posture du soignant empreinte de bienveillance et de respect. Comme l'aborde E.Levinas en 1961, « *la relation à autrui est avant tout une responsabilité éthique* ». Cette responsabilité éthique élargit donc le sens du soin. En effet, soigner ne se limite pas à un acte technique, c'est une rencontre humaine, faite de singularité nécessitant la reconnaissance de la souffrance de l'autre. Comme peut l'expliquer J.Tronto en 1993 « *prendre soin, c'est avant tout porter attention à l'autre* ».

Cependant, cette attention constante envers autrui peut devenir un fardeau, et pousser le soignant à s'oublier. Il peut d'autant plus être un fardeau lorsque les contraintes institutionnelles, de par le manque de temps, ou de moyen, ne permettent pas aux soignants de s'investir autant qu'il le souhaite. En découle une sorte de balance entre éthique et contraintes pouvant conduire le soignant à se confronter à ses propres limites.

S'il est fréquent de reconnaître la vulnérabilité du patient, il semble moins récurrent la prise de conscience de la vulnérabilité du soignant. Elle semble nettement moins connue et reconnue.

L'infirmier évolue généralement dans un environnement où la douleur, la détresse et la souffrance font partie courante de leurs quotidiens. Les situations difficiles émotionnellement, les prises de décisions parfois complexes à prendre, ou encore le sentiment d'impuissance qu'impose certaines situations de soins peuvent pousser le soignant dans une vulnérabilité certaine. Comme le rappelle C.Fleury en 2010 « *Prendre soin de l'autre, c'est aussi prendre soin de soi* ». Cette phrase prend ici tout son sens dans l'intérêt de se sentir bien est un des leviers nécessaires pour continuer à prendre soin d'autrui. Elle résonne particulièrement dans le contexte du soin actuel, où l'épuisement émotionnel voir même professionnel et la détresses des soignants semblent être récurrent. C'est notamment en acceptant cette double fragilité que l'on peut espérer construire une prise en charge plus juste, en tenant compte de l'importance du bien-être des deux parties constituant la relation soignant/soigné. De par cette conscience, l'asymétrie de la relation qui est pourtant naturellement présente, s'amointrie et peut ainsi permettre d'établir une réelle relation de confiance et de reconnaissance.

5. Enquête exploratoire :

1. Outil utilisé :

L'outil que j'ai utilisé pour réaliser mon enquête exploratoire est celui des entretiens cliniques semi directifs.

"L'entretien semi-directif est une des techniques qualitatives les plus fréquemment utilisées. Il permet de centrer le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes définis au préalable par les enquêteurs et consignés dans un guide d'entretien. Il s'oppose en cela à l'entretien non directif qui se déroule très librement à partir d'une question (...) Ce type d'entretien permet ainsi de compléter les résultats obtenus par un sondage quantitatif en apportant une richesse et une précision plus grandes dans les informations recueillies, grâce notamment à la puissance évocatrice des citations et aux possibilités de relance et d'interaction dans la communication entre interviewé et intervieweur" R. RIPON (inconnue) BNF. J'ai choisi cette méthode car elle me permet de mener l'entretien et donc de cibler les thématiques

principales que je souhaite aborder. Cependant, je préfère ne pas utiliser le directif qui selon moi, me priverai d'ouverture sur des pistes réflexives auxquelles je n'aurai peut-être pas pensé.

Pour être plus précis, ces entretiens me permettront ici d'évaluer si le devoir de neutralité est utilisé dans le quotidien des soignants, et quels biais influencent sa mise en application. Je tiens également à analyser pour eux les différents aspects qu'ils rattachent à ce principe, et si dans la vision globale, la mise en application de celui-ci en fait découler des relations de soin plus saines. Les entretiens me permettront également de réaliser les différents freins et levier quant à la maîtrise de ses émotions, de cerner les situations les plus à risque de nous mettre à mal dans notre pratique professionnelle. Également, sur les représentations, c'est au travers de ces entretiens que je pourrais constater l'impact du groupe sur la constitution de ces à priori, et vice-versa. Je pourrai faire un état des lieux sur les généralités des représentations afin d'analyser si des thématiques principales semblent se mettre en avant. Pour obtenir une sincérité dans ces échanges, je garantirai de préserver l'anonymat de chaque personne contribuant à l'élaboration de cette enquête. Je construirai en amont un guide d'entretien afin de réussir à obtenir les réponses et point de vue dont j'aurai besoin pour enrichir mon travail de réflexion.

2. Population choisie :

Pour réaliser ces entretiens, j'ai choisi de cibler des populations différentes afin de mettre en évidence différents aspects pouvant influencer le devoir de neutralité dans le soin. Il me semble intéressant déjà de réaliser des entretiens sur des spécialités d'exercices différentes : Soins généraux et soins psychiatriques. J'essaierai alors d'aller analyser si les lieux d'exercices des différents infirmiers interrogés impactent leurs visions du soin et des personnes soignées. En suite j'essaierai alors de mettre en lumière l'impact de l'expérience sur la posture professionnelle et sur la relation de soin. Pour se faire, j'ai donc décidé d'interroger une deuxième IDE ayant une ancienneté différente d'exercice de sa fonction afin de réaliser si le temps permet d'atteindre une identité professionnelle différente.

3. Lieux d'investigation :

Comme déjà explicité ci-dessus, mes entretiens se dérouleront principalement au sein d'établissement hospitalier. Cependant, j'ai fait le choix de m'orienter vers des hôpitaux ayant des spécificités différentes. En effet, pour la réalisation de cette initiation au travail de recherche, j'ai opté pour réaliser mes entretiens sur le terrain dans un service de soins d'urgence générale auprès de deux infirmiers ayant une ancienneté de diplôme marquée, puis de mettre en opposition cela avec deux entretiens réalisés en hôpital de santé mentale. Les services choisis sont donc : un service d'urgence psychiatrique et un service d'unité pour malade difficile pour l'analyse de mon sujet en psychiatrie. Puis, un service d'urgence générale pour l'analyse de mon sujet en institut de soins généraux.

6. Présentations des résultats de l'enquête exploratoire :

Les entretiens réalisés m'ont permis de concrétiser, par des professionnels du terrain, les différents concepts abordés par ma question de départ. Il sera donc intéressant d'analyser les résultats de cette enquête et de les mettre en lien avec mon cadre de référence.

6.1 Limites des entretiens

La réalisation de ce travail écrit de fin d'études s'est vue accompagnée de certaines difficultés, tant par le fait de devoir finir 5 semaines plus tôt que les autres du fait que je parte en stage humanitaire, que par certains de mes choix. En effet, certaines de mes questions pour la réalisation des entretiens pouvaient mettre en difficultés les infirmières pour y répondre. Notamment ma première question « Comment définiriez-vous les représentations ? » qui dès le début les mettaient en difficulté du fait qu'elles considéraient la question trop vaste. Une autre contrainte a été liée à une erreur de choix de ma part, lors de la sélection des lieux de réalisation de mes entretiens. J'avais opté pour les faire sur mon lieu de stage pré professionnel, pensant que cela me faciliterait. Finalement, j'ai eu du mal à réussir à bloquer du temps pour les réaliser. J'ai également été confronté à beaucoup de sentiment de gêne de la part des infirmières que j'interrogeai. Dans un premier temps, le fait que les entretiens soient enregistrés les stressé énormément. De plus, certaines infirmières, notamment Nuage, ne se sentait que très peu légitime à exercer ce rôle. Par conséquent, son entretien fut plus court que celui des autres infirmières.

6.2 Talon sociologique :

Avant de m'intéresser aux entretiens en eux même, il me semble intéressant d'aborder une présentation des différents infirmier(e)s ayant participé à cette enquête. D'ailleurs, mon enquête exploratoire commençait par un questionnement sur le passé professionnel : date de diplôme, les services auxquels ils ont été confrontés, l'ancienneté dans le service où ils exercent actuellement. Au-delà de porter intérêt à leurs personnes, ces questions vont permettre d'analyser si l'expérience ou l'ancienneté dans le métier peuvent influencer tant la gestion émotionnelle que la neutralité dans le soin.

Mon premier entretien a été réalisé au sein d'une unité pour malade difficile d'un hôpital de la région. L'infirmière y ayant contribué se fera appeler **Pluie**. Elle est diplômée depuis 2011, cela fait donc 14 ans qu'elle exerce le métier d'infirmière. Durant sa carrière, elle a exclusivement travaillé dans des hôpitaux dédiés à la santé mentale. Elle a travaillé dans différentes unités ayant des spécificités différentes : accueil crise fermé, urgence psychiatrique, et désormais au sein de l'unité pour malade difficile depuis 2 ans (Annexe III. Entretien 1, ligne 10).

Le second a eu lieu au sein d'un service d'urgence psychiatrique. J'ai été reçu par **Orage**. Dans un premier temps, elle était très gênée de se prêter au jeu de l'entretien. Orage a 44 ans et est diplômée infirmière depuis 2019. Avant cela, elle était comptable mais a décidé de s'engager dans un parcours de reconversion professionnelle. Passionnée par la psychiatrie, elle a décidé d'y consacrer sa carrière. Elle a principalement travaillé en accueil crise fermé, en centre pénitencier, et actuellement en service d'urgence psychiatrique depuis 2 ans et demi.

Le troisième entretien s'est déroulé dans un service d'Urgence somatique, avec la participation de **Nuage**. Elle est tout fraîchement diplômée puisque son diplôme a moins d'un an d'ancienneté. Se prêter à cet exercice fut pour elle assez compliquée, elle a longuement hésité avant d'accepter la réalisation de cet entretien. Cela fait environ 8 mois que Nuage travaille dans ce service d'Urgence. Âgée de 25 ans, sa jeune expérience pourra permettre de mettre en lumière l'ancienneté dans la fonction et l'impact de celle-ci sur la posture et la réflexion professionnelle.

Le quatrième entretien a eu lieu au sein d'un service de soins d'Urgences également. J'ai été reçu par **Soleil**. Elle est âgée de 36 ans, et présente une expérience de plus de 4 ans dans cette unité. En parallèle elle a également exercé en tant qu'infirmière libérale. Très spontanée, Soleil a fait preuve de beaucoup de franchise au cours de cet entretien.

J'ai donc pu, grâce à ces 4 infirmières, voir des similitudes mais aussi des divergences sur différents points de vue. Le panel sélectionné permet de voir des anciennetés dans la profession très variées, 14 ans de diplôme pour la plus ancienne, à 8 mois pour la plus fraîchement diplômée. Également, la spécificité des services dans lesquelles chacune travaillent permet d'analyser l'impact de la spécialisation des services hospitalier sur la manière de percevoir les choses et sur la vision de la pratique professionnelle.

Je vais ici présenter une synthèse de chacun des entretiens réalisés pour ensuite en réaliser une analyse plus approfondie, que je croiserai avec la base de ce travail de recherche : mon cadre de référence.

6.3 Synthèses des entretiens :

6.3.1 Entretien de Pluie :

Pluie, diplômée depuis 2011, a décidé de consacrer sa carrière uniquement aux soins de santé mentale. C'est pourquoi, sur les quatorze années de son diplôme, elle a pu évoluer au sein de différentes unités psychiatriques. La moitié de son expérience professionnelle s'est faite au sein d'un service d'urgence psychiatrique et à l'heure actuelle, cela fait deux ans qu'elle exerce en Unité pour Malade Difficile.

Au sujet des représentations, Pluie trouve la thématique un peu floue. Cependant, elle explique que pour elle, se serait de se faire une idée d'une personne ou d'une situation avant même de l'avoir vue. Également, elle met en avant une possible influence des représentations notamment par ce qui serait diffusé à la télévision par exemple.

Elle fait rapidement l'association des représentations aux a priori. Elle explique cependant n'avoir que très peu de représentation et justifie cela par le fait qu'elle est très pragmatique : elle entend ce qu'on lui dit, mais ne se fait une opinion que lorsqu'elle est en expérience directe auprès des patients.

Quand je la questionne sur les possibles impacts des représentations sur la relation de soin, elle verbalise qu'il peut y avoir possiblement une influence, bien qu'elle fasse en sorte de ne pas se laisser guider par des idées préconçues. Elle priorise un regard clinique sur le patient afin de ne pas laisser les informations qui lui ont été fournies en amont guider son soin. Cependant, elle raconte une situation où, dans un coin de sa tête, elle a gardé les informations sur des passages à l'acte antérieurs d'un patient, lui ayant ainsi permis de rester en sécurité. Ce patient, ayant commis des actes graves sur des soignants, lui a fait adopter une posture de vigilance accrue, bien qu'elle ait fait en sorte que sa crainte ne soit pas perceptible par celui-ci. Malgré cela, elle explique avoir toujours fait en sorte de ne pas répercuter les antécédents des patients sur leurs prises en soin afin de ne pas leur nuire.

Nous abordons ensuite le principe de neutralité dans le soin. Pluie remet directement en question l'existence d'une véritable neutralité. Elle met en lumière le concept de neutralité bienveillante et définit cela comme une sorte de balance : ni trop, ni trop peu. Puis elle aborde

ensuite la singularité de chaque prise en soin en s'appuyant sur le concept de transfert/contre-transfert qui pourrait selon elle, influencer la neutralité dans le soin. Elle explique que pour elle, il est important de privilégier la juste distance : un équilibre entre implication et détachement. Elle met également en avant l'impact inévitable des émotions sur la neutralité, tout en expliquant que cela reste maîtrisable en réalisant un travail émotionnel. Ce travail a été possible pour elle notamment par des formations lui ayant été proposée en interne dans l'hôpital où elle exerce.

Après cela, nous avons abordé les différentes situations pouvant la bousculer émotionnellement. Pluie explique qu'elle est régulièrement confrontée à cela, mais qu'elle garde une capacité à dissimuler ses émotions face aux patient (« poker face »). Elle raconte une situation où, une dame en état de choc face à la perte brutale de son mari, l'a conduite à un trop plein émotionnel lui imposant ainsi un retrait temporaire de la prise en soin. Cependant, Tania exprime ressentir généralement des émotions fortes plus envers l'institution et le fonctionnement du milieu hospitalier, qu'envers les patients eux-mêmes.

Finalement, elle pense d'un coup à une situation faisant écho aux représentations que nous avons abordé plus tôt dans l'entretien. Elle réalise finalement la présence de représentations erronées dans le milieu médical et raconte une anecdote. Un de ses collègues à l'époque, reçoit une patiente se tordant de douleur. Il rattache directement cette personne au « syndrome méditerranéen », préjugés sur l'exagération de la douleur. L'impact de ce préjugé est que le soignant n'a pas réellement considéré la souffrance de la patiente, entraînant ainsi un non diagnostique alors que celle-ci était en train de faire un infarctus. C'est à ce moment-là que son collègue s'est rendu compte à quel point les préjugés et représentations pouvaient impacter le soin.

Pour conclure l'entretien, je laisse le choix à Pluie de s'exprimer sur le sujet qu'elle désire. Elle décide donc de conclure en abordant l'importance de l'effacement de soi dans la posture professionnelle. Le port de la blouse entrainerait une transformation de la personne : l'infirmier

efface une partie de son individualité. Puis, elle insiste sur l'importance de la distance émotionnelle, de parvenir à jauger entre la froideur excessive et le surinvestissement affectif.

6.3.2 Entretien d'Orage :

Orage, infirmière en psychiatrie depuis 2019, a exercé dans plusieurs structures spécialisées, notamment des unités fermées (UMD, centre pénitentiaire) ainsi qu'aux urgences psychiatriques. Son parcours atypique, marqué par une reconversion après une carrière en comptabilité, lui confère une vision singulière du soin. Cet entretien met en lumière son expérience et sa réflexion sur des concepts clés tels que les représentations, la neutralité et la gestion des émotions dans la relation de soin.

Au sujet des représentations et leur influence sur la pratique, Orage définit les représentations comme l'ensemble des perceptions immédiates et inconscientes que l'on peut avoir d'un patient, influencées à la fois par son apparence physique, son attitude, son discours et le contexte dans lequel il est rencontré « *Il y a les représentations physiques et celles liées à la manière dont une personne parle et se présente.* » (Annexe III.II, ligne 12 à 14) Ces représentations jouent un rôle important, même si elles sont souvent involontaires. Elles peuvent influencer l'évaluation d'un patient et, potentiellement, la manière dont il est pris en charge. Comme elle le dit : « *Le jugement intervient forcément, il faut apprendre à s'en détacher.* » (Annexe III.II, ligne 23-24).

Ayant travaillé avec des patients ayant commis des actes graves, elle souligne l'importance de voir avant tout la personne dans sa globalité, indépendamment de son passé judiciaire. Dans un premier temps elle explique qu'au début de la prise en soin, « *on ne sait pas ce qu'ils ont fait* » (Annexe III.II, ligne 32) ce qui permet de se concentrer sur la clinique qu'ils présentent. Elle explique qu'en adoptant cette vision, « *Ce qu'ils ont fait devient secondaire.* » (Annexe III.II, ligne 37) Dans son exercice, elle privilégie donc une approche clinique qui met l'accent sur l'état actuel du patient et ses besoins immédiats plutôt que sur son historique personnel ou ses actes passés.

Nous abordons donc le sujet de la neutralité dans le soin, Orage la considère comme un idéal difficilement atteignable, car toute interaction est influencée par nos perceptions et expériences

personnelles. Elle dit même « *qu'elle est utopique (...) inconsciemment on n'est forcément pas neutre* » (Annexe III.II, ligne 52-53). Cependant, elle insiste sur la nécessité de travailler sur soi et d'adopter des stratégies pour limiter l'impact de ses propres biais. Elle met également l'accent sur l'importance du travail en équipe qui pour elle joue un rôle primordial sur le respect de la neutralité « *En parler avec des collègues pour voir si justement on n'a pas été influencé par nos a priori pour après peut-être essayer de voir si une situation se reproduisait, de ne pas réagir de la même façon.* » (Annexe III.II, ligne 54 à 56). Les entretiens à plusieurs permettent d'offrir un regard croisé, favorisant ainsi une prise en charge plus objective et moins influencée par des jugements personnels. « *Ça permet quand on est trop affecté (...) de prendre de la distance.* » (Annexe III.II, ligne 59). Au-delà de l'intérêt du travail en équipe, elle recommande également de se focaliser sur des éléments purement médicaux et cliniques afin d'éviter d'être trop influencé émotionnellement par les récits des patients. « *Se concentrer sur son débit de parole, sur la position de son corps. S'il y a des tremblements, s'il y a des tics, des choses comme ça.* » (Annexe III.II, ligne 62-63). Cette approche permet de préserver une certaine distance professionnelle et d'assurer une prise en charge fondée sur des critères objectifs.

Comme dit en introduction, le troisième concept abordé au cours de l'entretien vient analyser les différentes situations auxquelles Orage peut-être confronté, et les émotions que celles-ci viennent bousculer chez elle. Certaines situations, notamment celles impliquant des enfants victimes de violences, sont particulièrement éprouvantes pour cette infirmière. Elle confie que ces cas sont les plus difficiles à gérer sur le plan émotionnel. Elle le dit clairement « *tout ce qui touche les enfants* » (Annexe III.II, ligne 76) peut venir fortement la bousculer. Mais finalement, en développant son propos elle prend conscience que c'est la violence en générale qui lui est difficile d'accepter. Elle précise cependant son propos en expliquant qu'elle considère la violence gratuite lorsque celle-ci « *ne vient pas d'une pathologie (...) où le patient va se défendre parce qu'il se sent agressé* » (Annexe III.II, ligne 78-79).

Face à ces situations, elle met en avant plusieurs mécanismes de défense et stratégies pour éviter d'être submergée émotionnellement. Parmi eux, l'humour noir, qui, bien que parfois mal compris, joue un rôle essentiel dans le quotidien des soignants pour relâcher la pression et maintenir un équilibre émotionnel. « *Avec les collègues on va parler et dédramatiser les situations en mettant un peu d'humour noir pour évacuer le stress.* » (Annexe III.II, ligne 103-

104). Elle insiste également sur l'importance de compartimenter ses émotions et de se recentrer sur la mission première du soignant : apporter une réponse adaptée aux besoins médicaux des patients, indépendamment de leur passé. « *Si on sent vraiment la détresse du patient, on arrive toujours à mettre de côté ce qu'il s'est passé.* » (Annexe III.II, ligne 109-110). Ainsi, même face à des patients ayant commis des actes graves, Orage rappelle que le rôle du soignant est d'évaluer et de traiter la souffrance, et non de porter un jugement moral.

Cet entretien met en évidence les défis auxquels sont confrontés les soignants, notamment en matière de neutralité, de gestion des représentations et d'impact émotionnel. Orage souligne l'importance du travail en équipe, du soutien entre collègues et de l'objectivation clinique pour garantir une prise en charge éthique et professionnelle. Son témoignage illustre à quel point la psychiatrie nécessite une posture réfléchie, où l'équilibre entre engagement humain et distance professionnelle est essentiel pour assurer un soin de qualité.

6.3.3 Entretien de Nuage :

Nuage est donc âgée de 25 ans. Après ses études, elle a directement intégré l'école en soins infirmiers à l'âge de 21 ans. C'est au cours de ses 3 années de formation qu'elle s'est prise de passion pour les soins d'Urgences. Elle a donc naturellement postulé sur un service d'Urgence dès l'obtention de son diplôme. Y exerçant depuis désormais 8 mois, je décide de lui demander de participer à ce travail d'initiation à la recherche afin de pouvoir analyser s'il y a des différences dans la réflexion des professionnelles en fonction de leurs anciennetés dans le métier.

L'entretien débute par une définition des représentations selon l'interviewé, qui les décrit comme « *l'idée ou l'image qu'on a au préalable d'une situation, d'une pathologie ou d'un individu* » et qui découlent de « *notre histoire de vie, de notre vécu personnel, de notre culture, des médias* » (Annexe III.III, ligne 7-10)

Interrogé sur leur influence dans sa pratique professionnelle, elle reconnaît qu'elles peuvent inconsciemment jouer un rôle, en particulier dans des situations d'urgence : « *j'essaie au maximum de conscientiser pour pas que ça influence justement* » mais admet qu'elle n'est « *pas toujours à l'abri d'être influencé* » (Annexe III.III, ligne 16-18). Elle illustre cette influence par une situation vécue : une patiente arrêtée pour excès de vitesse alors qu'elle était enceinte

a été présentée par une infirmière comme simulant ses douleurs pour éviter un contrôle. Nuage explique que cette présentation a influencé la prise en charge, par les propos rapportés par sa collègue en amont : « *la relation a été un peu biaisée inconsciemment* » (Annexe III.III, ligne 30).

Concernant la neutralité dans le soin, elle affirme qu'elle s'efforce de prendre du recul, mais souligne l'impact du travail en équipe où les perceptions des collègues peuvent influencer inconsciemment sa propre prise en charge. Elle cite l'exemple des patients alcooliques chroniques, souvent jugés par certains soignants, ce qui « *influence du coup notre prise en charge* » (Annexe III.III, ligne 50).

L'émotionnel est un autre facteur perturbant la neutralité. Elle admet être très émotive et évoque une situation marquante : celle d'un patient alcoolique chronique demandant une hospitalisation mais qui n'a pas pu être pris en charge faute de place. Elle confie que cela l'a « *retourné complètement* » (Annexe III.III, ligne 66).

Enfin, elle conclut en insistant sur la nécessité d'un travail constant pour rester neutre dans le soin, surtout aux urgences où la fatigue et l'environnement influencent de manière inconsciente les décisions. Elle appuie sur l'importance des rappels réguliers à ce sujet afin d'éviter toute dérive : « *je pense qu'il faut vraiment rester dans cette optique-là de prendre du recul* » (Annexe III.III, ligne 74).

Cet entretien met en évidence la complexité du maintien de la neutralité dans les soins, particulièrement en contexte d'urgence. Malgré la conscience de ces influences, l'interviewé admet que l'inconscient et l'environnement de travail peuvent altérer la prise en charge des patients. Également, elle met en lumière l'impact du travail d'équipe sur les possibles représentations réalisées sur les patients ainsi que sur le bon respect de la neutralité dans le soin. Elle souligne l'importance de la réflexion et de la formation continue pour préserver une approche la plus objective possible.

6.3.4 Entretien de Soleil :

Dans le domaine du soin, les représentations sociales et les biais inconscients influencent profondément la relation soignant-soigné. Ces représentations, qu'elles soient fondées sur des expériences, des croyances ou des stéréotypes, façonnent la manière dont les soignants perçoivent et interagissent avec leurs patients. Cet entretien avec Soleil, infirmière diplômée en 2021 et ayant principalement exercé aux urgences, explore comment ces représentations se manifestent dans la pratique quotidienne et jusqu'où il est possible de maintenir une posture de neutralité dans le soin.

Interrogée sur sa définition des représentations, Nuage les décrit comme « *une idée que l'on se fait de quelque chose* », précisant que celles-ci « *peuvent devenir des préjugés* » (Annexe III.IV, ligne 23-24)). Elle insiste sur le fait que ces représentations ne sont pas seulement personnelles mais également façonnées par « *notre éducation, l'éducation de la personne que l'on a en face, le type de soins que l'on a à faire, le type de service dans lequel on est* ». (Annexe III.IV, ligne 27-28).

Ces représentations influencent inévitablement la pratique infirmière, malgré la volonté des soignants de rester impartiaux : « *On a beau essayer d'être neutre le plus possible, on ne l'est pas forcément tout le temps* » (Annexe III.IV, ligne 36). Elle illustre son propos avec une comparaison entre deux patientes : l'une en burn-out et l'autre ayant commis un vol en état d'ivresse. Dans les faits, les soins prodigués sont identiques, mais l'attitude du soignant peut varier inconsciemment : « *oui en soi, en soigne de la même manière (...)est-ce que tu accorderas les mêmes sourires que tu accorderas à quelqu'un qui se bat pour sa vie et qui est là malgré lui ? Moi je pense que non* » (Annexe III.IV, ligne 55-57). Cette observation met en évidence un biais naturel qui influence la relation de soin.

L'impact des représentations ne s'arrête pas aux préjugés, il touche aussi la perception des patients ayant commis des actes graves. Prescia témoigne de son expérience face à un patient ayant été blessé en commettant un acte criminel : « *Bien sûr qu'on va le soigner pareil, mais est-ce que tu crois qu'entre nous, dans les couloirs, on ne s'est pas dit... 'Quand on cherche, on trouve' ?* » (Annexe III.IV, ligne 64-66). Ce commentaire illustre un phénomène fréquent : bien que les soignants soient formés à prendre en charge chaque patient avec équité, l'opinion

personnelle reste présente et peut influencer inconsciemment le regard porté sur la personne soignée.

Elle reconnaît également que la neutralité, bien qu'idéalisée dans la profession, est difficile à maintenir en toutes circonstances : « *La neutralité a ses limites* » (Annexe III.IV, ligne 114). Cette limite est particulièrement visible lorsque l'état émotionnel du soignant entre en jeu, elle l'illustre par cet exemple : « *J'ai passé une nuit où mon fils il n'a pas dormi de la nuit. Et ben je pense que ma neutralité elle ne sera pas la même que celle de quand j'ai dormi 12 h et que je suis de super bonne humeur* » (Annexe III.IV, ligne 121-123). Ce constat met en lumière une réalité incontournable du métier : la qualité de la relation de soin dépend aussi de l'état psychologique du soignant.

Enfin, elle partage une expérience particulièrement marquante où son propre ressenti a pris le dessus sur sa posture professionnelle. Confrontée à un patient en fin de vie auquel elle devait administrer un traitement de confort mais pouvant accélérer le processus de décès, elle avoue avoir été incapable d'agir : « *Je ne peux pas* » (Annexe III.IV, ligne 169). Cette situation montre que certaines réalités du soin dépassent la technique et viennent heurter les convictions et les émotions personnelles du soignant, le mettant face à ses propres limites.

Cet entretien met en lumière l'impact inévitable des représentations sociales et des biais sur la pratique infirmière. Malgré la volonté de rester neutre et impartiale, l'humain reste au cœur du soin, et les émotions, les croyances et la fatigue influencent la relation avec les patients. Soleil souligne l'importance du travail en équipe pour pallier ces difficultés : partager ses ressentis et s'appuyer sur ses collègues permet d'éviter que ces biais ne compromettent la qualité des soins. Finalement, cet échange rappelle que le soignant n'est pas une machine, mais un individu qui, malgré sa formation et son éthique, est traversé par des émotions et des jugements qu'il doit apprendre à gérer pour préserver la relation de soin.

7. Analyse des résultats de l'enquête :

Pour la présentation et l'analyse des résultats de ce travail d'initiation à la recherche, je vais analyser les idées principales de chacun des entretiens en les répertoriant selon mes 3 concepts principaux abordés au travers de ma question de départ, à savoir : les représentations, la neutralité et les émotions.

7.1 La vision du corps soignant sur les représentations :

7.1.1 Les questions abordées sur les représentations :

Pour initier la recherche sur la vision des représentations dans le domaine infirmier, j'ai décidé d'aborder deux questions. La première était assez vaste : « Selon vous, comment définiriez-vous les représentations ? ». La seconde, cherché à comprendre l'impact des représentations sur la pratique infirmière au travers de la question suivante : « Pensez-vous que les représentations puissent influencer votre pratique professionnelle ? » tout en essayant de comprendre les différents freins et levier en relançant par « Si oui : en quoi ? Si non : comment l'expliquez-vous ? »

7.1.2 Vision des représentations sur le terrain :

Sur la définition que les infirmières se font sur les représentations, les 4 tiennent des propos assez ressemblants. Leurs définitions sont très semblables.

Pour **Pluie**, les représentations sont « *une idée d'une personne, d'une situation, avant même de l'avoir vue* » (Annexe III.I, ligne 17-18), **Orage** développe ce propos en appuyant qu'il y a « *les représentations physiques et celle liées à la manière dont une personne parle et se présente* » (Annexe III.II, ligne 12-14) et explique que « *le jugement intervient forcément* » (Annexe III.II, ligne 23). **Nuage** met en évidence différents facteurs pouvant influencer les représentations que l'on se créer, notamment « *notre vécu personnel, notre culture, des médias* » (Annexe III.II, ligne 9-10). L'influence des médias avait déjà été abordé par **Pluie** lors de son entretien. **Soleil**

quant à elle appuie sur d'autres leviers comme « *le type de soins que l'on a à faire, le type de service dans lequel on est* » (Annexe III.IV, ligne 27-28).

Toutes les 4 sont conscientes que chaque individu évolue, et qu'en fonction de ce qu'il vit, rencontre, ses différentes expériences, des représentations souvent inconscientes risquent de se mettre en place. Elles se rejoignent toutes les 4 sur le fait que pour en limiter leurs impacts, il est primordial d'en être conscient afin d'effectuer un travail sur soi. **Pluie**, cependant, estime être très peu influencé par les représentations et explique cela par le fait qu'elle est « *très pragmatique* » (Annexe III.I, ligne 45). Les trois autres infirmières interrogées mettent principalement en avant l'aspect humain qui engendre forcément des failles et des faiblesses dans la limite de l'impact sur la pratique professionnelle.

Tant par leurs définitions, que par la vision de l'impact sur la relation qu'elles rattachent aux représentations, ces infirmières s'approchent beaucoup des résultats de mes recherches réalisées durant mon cadre de référence. En effet, les représentations étant définies comme « *une vision du monde (...) permettant à un individu de donner un sens à ses conduites (elle détermine ses comportements), de comprendre la réalité à travers son propre système de référence (donc de s'y adapter, de s'y définir une place)* » par J.C-Abrieu, je trouve que l'idée de l'auteur et celles de **Nuage**, **Pluie**, **Soleil** et **Orage** viennent aborder la même direction. J'ai également pu aborder M.Phaneuf, qui parle du « *non-jugement (...) sans évaluer la valeur morale de ses paroles et de ses gestes. Cette attitude repose sur l'acceptation inconditionnelle du client, sur le respect de sa dignité et sur une compréhension profonde de ce qu'il est et ce qu'il vit* » qui met pour moi en lumière l'intérêt de se connaître soi-même, d'être conscient de son vécu, afin d'éviter de l'impacter sur la relation de soin et apporter le traitement que mérite tout un chacun.

Dans un second temps j'ai voulu les questionner sur les différentes situations pouvant être particulières, où elles ont été confrontées à des patients ayant commis des actes de déviance.

7.2 Les actes ont des conséquences :

7.2.1 Les actes étant considérés comme grave par ces infirmières :

Pour analyser quels genres de situations concernant les patients pouvaient les heurter, j'ai décidé de leur poser cette question : « Avez-vous déjà été confronté à des patients ayant commis des actes que vous considérez comme graves ? ». La question pouvant conduire à un non catégorique, une relance été prévu, je rebondissais donc en demandant « est-ce que des situations particulières ont pu bousculer votre neutralité ? »

7.2.2 Les situations rapportées :

Ici, aucun lien ne sera réalisé avec mon cadre de référence. L'intérêt de cette question visait à s'intéresser aux différentes situations auxquelles elles ont été confrontées. Ainsi, je pouvais instaurer un climat de confiance tout en essayant d'analyser s'il y avait des différences entre le vécu des patients en soins généraux et en soins psychiatriques.

C'est d'abord **Pluie** qui me fait part d'un récit, elle me raconte « *« Il y avait un patient qui avait un antécédent de passage à l'acte sur un soignant, mais d'une autre unité. Assez grave. Bon, il n'y a pas eu le décès du soignant »* (Annexe III.I ligne 69-71). Elle semble avoir fait face à une personne ayant agresser un de ses collègues, de façon assez violente, mais semble parvenir à rationaliser ce passage à l'acte par le fait que le décès n'est pas découlé de cette agression.

Orange, me fait part d'une histoire assez similaire, en me disant « *J'ai pu rencontrer des patients qui avaient, qui avaient commis des assassinats, des viols.* » (Annexe III.II ligne 29). Je remarque au travers de leurs deux récits une violence bien prononcé dans les histoires qu'elles choisissent de me raconter face à cette question.

Nuage et Soleil quant à elle, n'aborde pas de notion d'agression dans leurs récits.

Pour **Nuage**, c'était « *Une patiente arrêtée pour excès de vitesse alors qu'elle était enceinte* » (Annexe III.III, ligne 25) et pour **Soleil** « *aux urgences, on a eu un patient d'ailleurs c'est passé aux informations. Il a cambriolé quelqu'un et ce quelqu'un, ce papy, il lui a tiré dessus et on l'a eu aux urgences* » (Annexe III IV, ligne 60-62). Quand Soleil me développe son récit, je n'ai pas tant l'impression qu'elle considère l'acte du papy au travers son discours, mais bien celui du cambriolage.

Une fois que ces histoires m'étaient racontées, je voulais surtout savoir si, en lien avec ma première question, les représentations que ces actes engendrés pouvaient influencer la relation de soin. Ces récits allaient me permettre de faire le lien entre les représentations et la neutralité dans le soin.

7.2.3 La question de l'influence sur la relation Soignant/Soigné :

J'ai donc poursuivi juste après leurs anecdotes sur la question suivante : « Ces situations ont-elles influencé la relation de soin ? ». A cette question chacune d'entre elles s'accordent à dire qu'effectivement, un impact sur la relation de soin peut s'établir. Cependant, elle trouve rapidement des leviers pour palier à cela et faire en sorte de tendre à un Non-jugement permettant au patient un droit aux soins similaire à autrui. A travers mon cadre de référence, j'avais notamment défini le terme de Juger.

Pluie rebondit directement, elle m'explique rapidement que lors de la prise en soin de ce patient elle avait développé une méfiance accrue, mais sans pour autant vouloir en tenir rigueur à ce patient, elle verbalise clairement « *Il ne faut pas non plus que ce qui s'est passé dans leur passé, les passages à l'acte entravent la prise en charge du patient.* » (Annexe III.I ligne 60-61). C'est en fin d'entretien que revient à son esprit une situation qu'elle tient à aborder au sujet des représentations. Pluie m'apprend l'existence d'un élément dont je n'avais aucune notion. Elle m'apprend l'existence du « *syndrome méditerranéen* » (Annexe III.I, ligne 157). Elle le définit comme « *un terme clinique qui est très, pour moi, discriminant. Mais bon, c'est un peu le fait que les personnes exagèrent quand elles ont une douleur* » (Annexe III.I, lignes 160-161). Ce syndrome, elle me l'image en me racontant l'histoire d'un de ces collègues, qui travaillait en service d'Urgence. Il lui a raconté : « *J'ai vu une jeune de 30 ans arriver, elle se plaignait de douleurs, elle se tenait le thorax et tout...Je me disais c'est bon, elle fait encore un syndrome méditerranéen parce qu'elle avait 30 ans, du bassin méditerranéen et qu'elle hurlait trop* » (Annexe III.I, lignes 164-166), finalement, cette patiente était en train de faire un infarctus. Par les représentations, banalisées au travers de ce syndrome, de lourdes conséquences auraient pu être affectées sur cette patiente. Ici, l'histoire qu'elle aborde rejoint notamment la définition que j'ai justement énoncé durant mon cadre de référence lorsque je parle du Jugement, « *Décider, en bien ou en mal, du mérite d'autrui* » (Dictionnaire de l'Académie française). La

patiente aurait pu passer à côté de sa prise en charge, par un jugement soignant estimant qu'elle ne méritait pas d'être prise en considération dans sa souffrance.

Orage met elle en avant l'intérêt du travail en équipe, lorsque l'on prend conscience que le patient face à nous, nous renvoie des choses trop durs à gérer sur le moment, « *On peut demander à un collègue de prendre le relais ou de prendre de faire la prise en charge* » (Annexe III.II ligne 45-46). Elle insiste également l'intérêt d'aborder une approche clinique du patient et « *d'apporter une réponse, de soulager, de soulager les symptômes.* » (Annexe III.II, ligne 44). Ces derniers propos, me font penser au point de vue de M.Phaneuf lorsque celle-ci parle du Non Jugement, le non jugement qui « *conduit la soignante à se laisser pénétrer (...) par ce qu'exprime l'aidé, par son comportement verbal et non verbal* »

Cependant, au travers le récit de **Nuage**, un autre aspect du travail en équipe se voit être souligné. En effet, dans l'histoire qu'elle aborde, ce sont les propos tenus par une de ses collègues qui ont finalement engendrés des représentations impactant la relation de soin. Elle explique que la patiente lui « *a été présentée par une infirmière comme simulant ses douleurs pour éviter un contrôle.* » (Annexe III.III, Ligne 25). De fait, elle le dit clairement « *la relation a été un peu biaisée inconsciemment, parce qu'on a été un peu conditionné à être un peu moins neutre dans cette relation de soins* » (Annexe III.III, ligne 28-30) entraînant ainsi le départ de la patiente avant même d'avoir eu un quelconque soin. Alors oui, l'équipe peut parfois être un soutien de taille, mais peut également devenir un frein à la prise en soin. L'impact du groupe est un élément très intéressant à analyser, qu'il prenne une direction positive ou négative, il semble essentiel de le comprendre afin de savoir s'en accommoder.

Soleil aborde elle une nuance que j'ai envie de développer, au travers son propos : « *Mais par contre toi, vu que t'es un être humain et que tu es... Tu réagis en être humain. Donc ton soin, il sera comme celui de tout le monde. Il aura son cathéter comme tout le monde, il aura ses antidouleurs comme tout le monde. Tu ne mettras pas 20 minutes de plus à lui poser pour qu'il souffre plus. Non parce que voir quelqu'un souffrir, c'est agréable pour personne, d'accord ? Peu importe ce qu'il a fait maintenant, est ce que... Est ce qu'il aura le droit à ton sourire dans la soirée ? Peut-être pas.* » (Annexe III.IV, lignes 78-83) elle fait une distinction très intéressante : le soin, et la relation de soin. Le fait d'être soi-même humain, donne à tous des forces et des faiblesses. Alors oui, comme elle le dit, le soin en lui-même sera similaire d'un patient à l'autre, car celui-ci répondra principalement à des règles de bonnes pratiques, des

protocoles... Mais lorsqu'elle dit « *Est ce qu'il aura le droit à ton sourire dans la soirée ? Peut-être pas.* » on comprend rapidement que l'aspect relationnel, ne reposant lui pas sur des règles fixes, peut rapidement dévier. L'aspect relationnel du soin, dépend de chacun, sa personnalité, voir sa vision éthique. Il répond plus à des normes et valeurs personnels, rendant ainsi le soin relationnel plus difficilement universel.

Toute cette analyse permet de suivre un fil conducteur au cours de l'entretien, pour amener à se construire une réflexion visant ensuite à traiter le sujet de la neutralité dans le soin, c'est pourquoi nous l'aborderons dans la partie suivante.

7.3 La neutralité, obligation à respecter ou utopie inventée ?

7.3.1 Visions soignantes de la neutralité :

La question sur la neutralité méritait d'être bien réfléchi afin de pouvoir aborder cette thématique sans aucun jugement. En effet, comme stipulé lors de mon cadre de référence, la neutralité est un devoir. De fait, il semblait essentiel de formuler de façon adroite la question qui traitait cette problématique pour ne braquer personne. J'ai donc simplement voulu comprendre quelle vision elles avaient de celle-ci en posant la question suivante : « Quelle vision avez-vous de la neutralité ? »

7.3.2 Points de vue rapportés :

Le premier point qui me saute aux yeux lorsque je pose cette question, c'est que les réactions sont très vives et spontanées. Pour les $\frac{3}{4}$ des infirmières interrogées, un doute est émis directement quant à l'existence, la réalité, ou la possibilité d'application de cette fameuse neutralité.

Pluie le dit spontanément « *Elle existe la neutralité ? Ça fait bizarre ce mot* » (Annexe III.I, ligne 99), au travers de sa réaction, on se rend compte que le mot vient à perturber le soignant. Comme si, à l'utilisation de celui-ci, on se rappelle soudainement son existence. La sensation qu'il vient faire appel à un ancien souvenir, tellement lointain qu'on en vient presque à en oublier son existence ...

Orage corrobore à ce propos en disant de la neutralité « *qu'elle est utopique* » (Annexe III.II, ligne 52) elle affirme même que « *inconsciemment, on n'est forcément pas neutre* » (Annexe III.II, ligne 53). Cet inconscient qu'elle aborde, va facilement suivre la direction des dires de Paul-Loups Weil-Dubuc lorsqu'il explique que des « *biais cognitifs implicites, des préjugés implicites voir inconscients, entraînent des ruptures d'égalité entre patients* »

Puis **Soleil**, exprime-t-elle aussi que la neutralité « *a ses limites* » (Annexe III.IV, ligne 114).

Pour aborder une définition de la neutralité, les infirmières ont des idées qui sont assez complémentaires. **Nuage**, m'explique que pour elle « *La neutralité dans le soin, c'est la capacité du soignant à prendre du recul sur ses opinions* » (Annexe III.III, lignes 54-55).

Pluie explique que « *il ne faut pas non plus être TROP ou PAS ASSEZ* » (Annexe III.I, lignes 100-101).

Ces définitions, apportées par les infirmières du terrain, sont en accord avec les propos abordés durant mon cadre de référence. Notamment par la définition de la professeure M-C.Castillo, qui avait « *Le terme de « neutralité » implique dans un premier temps, du côté du clinicien, une suspension de son jugement, autrement dit, autant que faire se peut, de ses stéréotypes, de ses interprétations, de ses croyances.* ».

« *Autant que faire se peut* » comme l'indique cette professeure, ou « *degré de neutralité (...) le plus élevé possible* » d'après Soleil, met bien en avant le fait que nous ne sommes jamais totalement neutres. Il faut alors essayer de comprendre les éléments pouvant influencer notre degré de neutralité.

7.3.3 Leviers et freins impactant la neutralité :

Pluie verbalise que « *Il y a des fois où on fait un peu plus en fonction du patient qui est en face et du transfert contre-transfert qui est là.* » (Annexe III.I, lignes 108-109), par conséquent, selon ce que nous renvoie le patient dont nous avons le soin, notre investissement s'en verra modifié. Tant sur un versant positif, avec l'envie de s'investir d'avantage lorsque le patient nous renvoie du positif, que par du négatif avec un manque d'intérêt lorsque celui-ci nous renvoie à des ressentis plus péjoratifs. Un premier frein semble ici apparaître. Cela rejoint un peu les propos rapportés dans mon cadre de référence, lorsque Mr Cabaniss explique que « *avec le temps, nous*

apprenons quels patients et quels types de matériel nous rendent la neutralité plus difficile. Souvent, cela a trait à nos valeurs, nos croyances, nos antécédents et notre passé ».

Un second peut se comprendre, quand **Nuage** met en avant la charge et les conditions de travail, on comprend cela lorsqu'elle exprime « *Il y a des soignants qui sont à force fatiguer et qui sont moins neutres dans le soin* » (Annexe III.III, ligne 49). Au-delà du vécu personnel, les circonstances et conditions d'exercices dans le milieu de la santé connues à ce jour impacteraient également la posture des professionnels du terrain. Elle rajoute un impact des agents, qui, par saturation et leurs fatigues accumulées dû à des conditions de travail complexe, peuvent avoir un effet néfaste sur les collègues présents autour puisqu'ils « *influencent du coup notre prise en charge.* » (Annexe III.III, ligne 50). Elle développe d'ailleurs ce propos en expliquant que « *on est amené à travailler avec du personnel soignant qui est fatigué et je pense qu'inconsciemment on est conditionné à être moins neutre dans les soins que l'on prodigue* » (Annexe III.III, lignes 69-70). Ce point de vue peut alors dégager deux possibles causes à la difficulté d'atteinte de cette fameuse neutralité : d'une part, une responsabilité pouvant être considéré comme institutionnel sur certains agents, notamment les plus anciens. D'autre part, une fois ces agents atteints par la répercussion des conditions de travail, se voit à leurs tours infligés à leurs collègues leur mal-être professionnel pouvant entraîner une altération de la prise en charge des patients.

Comme dit lors de sa présentation, **Nuage** est la plus jeune diplômée que j'ai interrogée pour ce travail. C'est pourquoi son point de vue permet de mettre en lumière l'influence de l'ancienneté de la fonction sur le respect de la neutralité. Comme elle le dit elle-même « *Moi je suis trop jeune je pense... Enfin, je suis encore dans cette capacité (...) je pense à prendre le recul nécessaire* » (Annexe III.III, lignes 72-74). Semble à travers ce dernier propos rapporté, que l'ancienneté puisse jouer un rôle important sur la posture professionnelle des soignants.

Un autre frein apparait après les explications de **Soleil**, qu'elle tient à imager par un exemple concret. Elle m'explique « *Alors je te donne un exemple. C'est tout bête mais moi je suis jeune maman. J'ai passé une nuit où mon fils il n'a pas dormi de la nuit. Et ben je pense que ma neutralité elle ne sera pas la même que celle de quand j'ai dormi 12 h et que je suis de super bonne humeur.* » (Annexe III.IV, lignes 120-123). On comprend alors ici, que nos contraintes personnelles, ayant lieu à l'extérieur du travail, ont malgré tout un impact sur l'exercice de nos

fonctions. Il semble difficile de dissocier sa vie personnelle de sa professionnelle. Et cela vaut dans les deux sens, il peut y avoir parfois des situations professionnelles qui nous impacteront également sur notre vie personnelle.

Une fois les freins mis en évidence, j'aimerais que nous cherchions si des techniques sont possibles à être apportés afin de contrer ceux-ci pour tendre au respect de la neutralité.

Orage explique que pour elle, l'équipe peut avoir un impact positif en opposition à Nuage qui nous avait, elle, expliqué l'influence négative. Elle explique que parfois, nous pouvons « *en parler avec des collègues pour voir si justement on n'a pas été influencé par nos a priori pour après peut-être essayer de voir si une situation se reproduisait, de ne pas réagir de la même façon.* » (Annexe III.II, lignes 56-58). L'échange avec d'autres professionnels de santé permettraient de mettre en confrontation sa façon d'agir afin de mettre en lumière si notre inconscient nous a fait réagir d'une façon inadaptée. Cela permettrait de pouvoir adapter sa ligne de conduite, pouvant ainsi amener une remise en question afin d'atteindre une neutralité dans la prise en soin. Ensuite, elle explique que parfois, il faut parvenir à se détacher des situations qui nous impactent trop, pour se faire, elle essaie d'adopter un regard plus clinique. Lorsqu'elle dit « *quand on est un peu trop affecté par ce que la personne dit, de regarder les signes cliniques* » (Annexe III.II, ligne 64), on comprend que finalement, le rôle du soignant étant de soigné, le fait de se recentrer sur son objectif principal permet également de tendre à plus de neutralité dans le soin.

Soleil au travers de son propos : « *tu peux faire un travail personnel, tu peux te faire des remises en question pour que ton degré de neutralité il soit le plus le plus élevé possible* » (Annexe III.IV, lignes 117-118), explique également qu'avec le temps, la remise en question, nous pouvons essayer de tendre à un degré de neutralité plus important. L'importance de se connaître soi-même, et de se rendre compte de ses propres travers, notamment lors d'échange avec ses collègues comme le disait Orage, peut permettre de réaliser un vrai travail sur soi.

Pluie explique que la posture professionnelle se construit, certes en se basant sur notre posture personnelle, mais qu'elle nous amène à un caractère professionnel différent de celui que nous avons à l'extérieur. Être soignant, serait un peu comme une sorte de rôle, « *on est soignant, on arrive, on met la blouse, donc on devient, pas quelqu'un d'autre... Mais... voilà, la blouse ça fait que... ben. On s'efface quand même* » (Annexe III.I, lignes 175-177), comme si une sorte de jeu de rôle se mettait alors en place, nous permettant ainsi, de se détacher de notre Nous

profond pour laisser place à une personnalité plus professionnelle, et donc plus neutre. Elle est la seule à faire un rappel « *il y a tout ce que disent les textes de loi, qui légifèrent notre profession et compagnie* » (Annexe III.I, lignes 181-182), permettant ainsi de parfois, se contraindre à juste respecter la loi, pouvant permettre d'alléger sa conscience dans le but de rester le plus neutre possible. En accord avec cela, **Orage** l'aborde à sa manière, elle explique « *On ne va pas le laisser dans la souffrance ou mourir parce qu'il a fait quelque chose que nous on ne considérerait pas bien. Mais après il y a la justice en France pour ça* » (Annexe III.II, lignes 116-118). D'une part elle appuie les propos de Pluie sur la législation, d'autre part elle fait un rappel sur le respect de son rôle, de sa fonction, et du champ de compétence infirmier.

Un dernier frein que j'avais déjà mis en lumière, mais qui n'était pas encore apparu spontanément au travers des réponses des infirmières se doit d'être abordé ici. Il s'agit ici, de parler des émotions dans le soin.

7.4 Les émotions du soignant :

7.4.1 Les questions sur les émotions :

Le dernier concept que j'ai souhaité pour la réalisation de mes entretiens visée à appréhender les différentes situations des infirmières qui ont pu les bousculer émotionnellement. Pour se faire, je leur ai posé la question suivante : « Y a-t-il des situations particulières qui peuvent venir vous bousculer émotionnellement ? ». La suite visait à ce qu'elles me racontent une situation en particulier, pour se faire je leur posai la question : « Pouvez-vous me raconter une situation de soin qui vous a affecté émotionnellement ? ». Au travers des histoires qu'elles choisissaient de me raconter, nous discutons autour des émotions pour essayer de comprendre comment elles parvenaient à recevoir celles-ci lors de situations complexes.

7.4.2 Les situations les plus émouvantes pour elles :

Pour **Pluie**, la situation qu'elle a choisi d'aborder est celle-ci : « *C'était une mamie qui était venu, c'était même pas ... elle était venu au CAP, on avait un CAP aux urgences et qui est venu alors qu'elle n'avait pas d'antécédents... juste pour un état de choc. Elle venait de perdre son mari, mais de manière brutale* » (Annexe III.I, ligne 134-136). Elle m'explique que cette

situation, par la brutalité de la perte du monsieur, était tellement intense qu'elle fut contrainte de quitter le bureau « *j'ai lâché, mais il a fallu que... je sentais que ça montait. Elle ne m'a pas vu. Je me suis levé du bureau, je suis parti dans le couloir et voilà* » (Annexe III.I, lignes 149-150). Elle m'avait déjà répondu, à la première question que j'abordais sur les émotions, qu'elle faisait « *poker face* » (Annexe III.I, ligne 120), elle voulait entendre par là qu'elle ne laissait pas ses émotions être trop perceptible par les patients qu'elle avait face à elle. En accord avec ce qu'était dit par M.Schachtel dans mon cadre de référence, étant une ancienne infirmière, elle disait au travers de son récit que "*L'infirmière doit savoir retenir discrètement ses émotions, ne pas laisser paraître la peur, l'angoisse, le dégoût, la pitié*" : chose que se force à appliquer Pluie. Elle m'explique qu'elle parvient désormais à le faire, et ce, grâce à un travail émotionnel qu'elle a pu réaliser personnellement, mais également que c'est grâce à des formations que son établissement de santé lui a proposées.

Lorsque Pluie aborde ces situations qui peuvent la bousculer émotionnellement, elle m'explique rapidement qu'elle a « *fait un travail sur mes émotions* » (Annexe III.I, ligne 123). Ce travail, je l'ai abordé également au travers de mon cadre de référence, M.Mazoyer le définit comme : « *Le travail d'un individu à maîtriser ses émotions en changeant son intensité ou sa qualité pour s'adapter à une situation ou pour correspondre à ce qui est attendu de lui.* ». Pluie, par son récit, atteste finalement que mon cadre de référence était pour elle mis en application dans sa vie sur le terrain. Le soignant, ne doit pas oublier ce à quoi sa fonction doit le conduire, et l'attente que le patient place en lui. De fait, il se doit de parvenir à canaliser ses émotions afin de pouvoir fournir un accompagnement qualitatif aux patients dont il a le soin.

Cependant, elle m'explique que pour elle, ce qui demeure le plus difficile à gérer émotionnellement est plus en lien avec l'institution. Elle m'avoue qu'elle a tendance à ressentir « *de la colère et tout ça, mais pas forcément par rapport à des situations... Plus sur un fonctionnement... institutionnel.* » (Annexe III.I, lignes 127-128).

Je trouve intéressant ses dires, car ils se lient bien avec ceux de la situation que **Nuage** a choisi de me raconter. Sa situation concerne un patient, alcoolique chronique. Venu à l'hôpital, dans une démarche de volonté d'être aidé et accompagné pour essayer de palier à sa problématique mais « *qui n'a pas pu être pris en charge par manque de place, par manque de moyens* » (Annexe III.III, ligne 66). C'est pour elle aussi, plus un fonctionnement, un manque de

possibilité qui vient éveiller un sentiment d'injustice et d'incompréhension en elle. Comme le dit M.Phaneuf « *Lorsque nous sommes en contact avec des malades, nous réagissons (...) à leur tristesse, à leur demande* ». Je trouve intéressant de réaborder ce point faisant parti de l'élaboration de mon cadre de référence, car pour Nuage, le fait de ne pas parvenir à accéder à la demande de ce patient l'a fortement affecté émotionnellement. On se rend bien compte au travers des paroles de ces deux infirmières que l'institution joue un vrai rôle dans le bien-être des agents, et que, le manque de moyen, ne s'impacte pas que sur les prises en soins, mais bel et bien sur le moral de ses propres agents également.

Orage quant à elle, m'explique que c'est « *Tout ce qui touche les enfants* » (Annexe III.II, ligne 76) qui peut venir la chambouler. Cependant, elle m'explique notamment, que dans le service où elle travaille actuellement, donc les Urgences Psychiatriques, lorsqu'elle sent que c'est une situation qui peut-être lourde à supporter pour elle, elle mène les entretiens avec un/une collègue, afin de ne pas se retrouver seul face à cette situation. Elle explique qu'elle « *trouve que c'est important pour arriver à garder, à rester professionnel, à garder un peu de distance* » (Annexe III.II, lignes 104-105)

L'équipe joue donc pour elle un rôle crucial dans la gestion et l'impact des émotions. C'est une chose qu'elle m'avait déjà mis en avant lorsque nous abordions le sujet de la neutralité. Elle m'explique aussi, que malgré cela, parfois des situations peuvent être compliquées à recevoir pour la quasi-totalité de son équipe. Et lorsque ces situations arrivent, elles peuvent parfois impacter les soignants en dehors du travail, les amenant ainsi à garder des émotions très intenses dans leurs vies personnelles. Pour essayer de limiter cela, elle m'explique qu'une de leurs méthodes pour décharger et se défaire des situations qui les transpercent trop, ils peuvent utiliser « *beaucoup d'humour noir, avec les collègues où on va, on va parler et dédramatiser les situations en mettant un peu d'humour noir pour évacuer le stress* » (Annexe III.II, lignes 106-107).

Quand on met en avant l'intérêt de l'équipe sur les situations pouvant être impactantes, je ne peux m'empêcher de m'appuyer sur les propos de **Soleil**. Cette infirmière m'a raconté, qu'un soir, alors qu'elle prenait sa garde et qu'elle était affecté au secteur de Déchocage. Le secteur était calme, elle avait principalement un patient, âgé d'une cinquantaine d'année et qui avait un cancer en stade très avancé. Arrivé en tachycardie extrême, cela s'annonçait un peu comme un mécanisme compensatoire de sa pathologie qui pouvait précéder une fin tragique... Du fait que son secteur était calme, elle en a profité pour passer du temps avec ce monsieur, à échanger sur

leurs vies respectives. Elle parvient, par les prescriptions médicales appliquées, à calmer sa tachycardie. Plus tard dans la nuit, un nouvel épisode de décompensation se présente, et le médecin lui demande d'appliquer une prescription dont elle connaît la finalité : accompagner le patient au décès pour lui assurer une fin confortable. Désespérer, celle-ci refuse et exerce son droit de retrait. Elle ressent le besoin de s'isoler, sort à l'extérieur de l'hôpital, et pleure. Quand elle revient quelques minutes plus tard, que le docteur vient la trouver et lui « *explique en fait ce qu'il va faire, ce qu'il compte faire et il me demande si je suis d'accord avec ça* » (Annexe III.IV, lignes 173-174). Cette forme de respect et de considération, le fait de sentir sa douleur et sa souffrance prise en considération par le corps médical a déjà pu lui apporter un premier soutien, un premier soulagement. Malgré cela, ne sentant pas capable d'assurer cette prise en charge, elle me raconte la suite « *toutes mes collègues, elles ont pris le relais et elles ont pris en charge ce monsieur du début à la fin parce que moi je ne m'en sentais pas capable.* » (Annexe III.IV, lignes 177-179). Propos rejoignant ceux qu'Orage avait pu me tenir dans l'un des entretiens précédant. On voit donc que les collègues avec qui nous travaillons, que ce soit sur l'équipe paramédicale ou même sur l'équipe médicale joue un rôle crucial dans la façon dont nous vivons les choses. Elle m'explique par la suite, que des situations émouvantes, elle en a vécue d'autres, et probablement même des pires. Elle se questionne sur le choix de celle-ci en particulier puis elle en conclue « *peut-être que c'était ma quatrième nuit, que j'étais fatiguée* » (Annexe III.IV, ligne 183). Ce dernier propos vient, lui, appuyer les dires de Nuage, qui montraient au travers de ses histoires, que les soignants étant fatigué par la charge de travail, les heures augmentées par le manque de personnel, voyait leurs neutralités affectées.

Au travers de ce questionnement sur les émotions, on comprend que de nombreux éléments vont venir se superposer et jouer un rôle majeur dans la façon dont nous allons les vivres. D'un part, un aspect personnel, par ce que l'on vit à l'extérieur du travail. Ensuite, l'institution, par les conditions de travail qu'elle nous inflige. Mais aussi par les possibles formations qu'elle peut nous proposer. Également, par l'équipe de travail qui nous accompagne lors de ces situations complexes.

8. Problématique et question de recherche :

Pour la réalisation de mon travail de fin d'études, j'avais choisi d'aborder la question suivante : « **En quoi le principe de neutralité dans le soin est-il affecté par les représentations et les émotions du soignant ?** ». Ce travail a pu me faire rendre compte que finalement, les concepts abordés et traités au travers de ma question de départ n'étaient pas que des concepts théoriques. En effet, grâce aux entretiens réalisés à l'aide de ces quatre infirmières du terrain, j'ai pu me rendre compte qu'elles prenaient en considération les thématiques que je voulais aborder. Elles réalisent une vraie mise en application pratique de ces concepts dans leurs quotidiens professionnels.

Ayant mis en évidence durant les recherches de mon cadre de références des éléments impactant la **neutralité** du soin comme les représentations, ou les émotions, j'ai pu constater par les entretiens que les deux éléments que j'avais sélectionné étaient bien ciblés et impactaient le quotidien des soignants. J'ai pu constater que chacune d'entre elles avaient cependant des biais très personnelles qui les influençaient également dans leurs pratiques. Elles ont pu me faire part de situations lourdes, et ont pu m'expliquer au travers de celles-ci les méthodes et techniques qu'elles utilisaient pour parvenir à rester le plus neutre possible dans les soins qu'elles prodiguent.

La neutralité, qui s'aborde constamment comme une obligation, ne devrait alors pas faire débat. Puisque la loi, est faite pour être appliquée s'en même y réfléchir. Cependant, lors de mes entretiens, a plusieurs reprises ont été dit des propos mettant des freins à cette application « bête et discipliné » : On est humains, Nous ne sommes pas des robots. Faudrait-il alors, parvenir à nous déshumaniser pour tendre à la neutralité parfaite ? On comprend au travers ce travail, que les infirmières sont conscientes de ce besoin et cette demande de neutralité dans le soin, mais, de nombreux éléments nous impactent au quotidien rendant son application complexe. Mais en soit, on peut se questionner sur l'intérêt d'une telle neutralité.

Cependant, j'ai aussi réalisé à quel point il pouvait être difficile d'être constamment dans un self-contrôle pour parvenir à demeurer dans un haut degré de neutralité. La maîtrise de soi

semble être une des qualités plus que nécessaire dans l'exercice de la fonction infirmière, tant pour avoir la capacité d'offrir des soins de qualités tout en demeurant dans des conditions sereines, que pour son bien-être morale personnel. Il faut donc, par un long travail d'introspection, tendre à la capacité de gérer ses émotions, ses pensées, et ses comportements pour rester le plus professionnel possible dans toutes les situations auxquelles que nous pourrions être confronté. Pour cela, m'a été abordé à plusieurs reprises dans mes échanges avec ces infirmières le principe de « **juste distance** » : ne pas être dans le trop, ou le pas assez. Comme le disent F.Blanchard, I.Morrone, L.Platon et J-L.Novella « *Dans cet équilibre difficile entre sécurité et autonomie, entre juste distance et engagement nous ne devons jamais être indifférents aux contraintes que nous imposons inévitablement à ces personnes fragiles et dépendantes.* » (Une juste distance pour soigner, p.19 à 26). Il faut toujours être en réflexion que ce soit sur notre posture professionnelle, sur la façon dont nous abordons les soins, et dont nous considérons les patients. Car chacun de nos mots, de nos gestes, imposent forcément une répercussion sur les personnes dont nous avons le soin. Un excès de neutralité pourrait même finir par être délétère, comme s'accordent à le dire ces auteurs au travers du même écrit « *dériver vers une neutralité excessive, une distanciation telle que se perdent le sens de la relation d'aide et la reconnaissance de l'autre dans son affectivité et son désir de considération* ».

Cette juste distance pourrait permettre aux professionnels de santé de maintenir une certaine « **posture** » étant essentiel à la prise en soin des patients. La posture se définit comme « *la manifestation (physique ou symbolique) d'un état mental. Façonnée par nos croyances et orientée par nos intentions, elle exerce une influence directrice et dynamique sur nos actions, leur donnant sens et justification* » par G.lameul. On comprend par cette définition, ce que je commençais à aborder plus haut : l'intérêt d'être dans une recherche de sens à chacun de nos comportements, car ils vont forcément renvoyer quelques choses aux patients qui nous voient faire. C'est aussi en maintenant du sens à notre posture, que nous pourrions se sentir plus légitime dans l'exercice de notre fonction et ainsi garder un sens au métier que nous exerçons. Cette posture se voit, comme la définition l'aborde, affectées par nos croyances, ce qui peut se rattacher aux **représentations** que j'ai abordé lors de l'élaboration de mon cadre de référence.

Sur le sujet des **émotions**, j'ai abordé différents leviers pour réussir à les accepter, à maintenir une certaine posture professionnelle justement, et ce, malgré l'intensité de celles-ci. En débutant mon travail de recherche, je me doutais que certaines notions allaient être abordées à ce sujet, comme notamment le travail émotionnel, dont parle M.Phaneuf. Une autre définition peut aussi être abordée, celle de A.Russell Hochschild qui dit que « *Le « travail émotionnel » fait référence de façon plus large à l'acte qui vise à évoquer ou à façonner, ou tout aussi bien à réprimer un sentiment* » dans Travail émotionnel, règles et sentiments de structure sociale. Cependant, lorsque j'abordai ce concept, je pensais aux émotions face aux situations de soins. Ce que je n'avais pas forcément envisagé, c'étaient les émotions pouvant être infligées par le fonctionnement institutionnel. Quand Pluie m'explique que généralement, l'émotion la plus dure à accepter reste la colère envers le **fonctionnement institutionnel**... ou que Nuage, m'explique que la situation la plus percutante émotionnellement est celle d'un patient en démarche d'aide qui se voit pénaliser par un manque de place et de moyen ... Ces récits me donnent envie d'approfondir mon travail de recherche, pour se faire, si je devais continuer j'aimerais aborder la question suivante :

« En quoi les contraintes imposées par l'institution influencent la posture des professionnels dans la relation de soin ? »

9. Conclusion :

La réalisation de cet écrit de fin d'études fut une expérience très enrichissante. Ce travail me permet de rendre compte de l'importance de parvenir à se connaître, afin de pouvoir réagir au mieux dans toutes situations de soin possible. J'ai pu apprendre au travers des différents auteurs abordés pour la réalisation de ce travail de recherche tous les facteurs pouvant entrer en jeu dans la création des représentations. Cela me permet aujourd'hui de comprendre comment nous pouvons être amené, de façon inconsciente, à être stigmatisant dans certaines relations de soin. Également, ce fut une recherche très intéressante pour l'analyse des émotions dans le domaine de la santé. Souvent appelé Gestion des émotions, je préfère désormais parler de maîtrise, qui pour moi confère une connotation plus délicate et moins relui au management. Un aspect plus humain, faisant que l'on s'approche presque de la réalisation d'un art lorsqu'on parvient à ce fameux stade de maîtrise.

Il me semble toujours, à l'heure actuelle, difficile de tendre vers une neutralité parfaite et constante dans ma future carrière. Cependant, je pense qu'au travers toutes ces recherches, nombreuses pistes me sont apportées pour y travailler afin de devenir l'infirmier que je veux être : un infirmier bienveillant, professionnel et efficace dans les soins qu'il propose. Ces pistes de réflexions se voient également bien guidées par les infirmières qui ont acceptés de se prêter au jeu de mes entretiens. J'ai grâce à elles pu me rendre compte des difficultés que le terrain imposé sur la posture professionnelle. En ne s'appuyant que sur des auteurs, il semble parfois si simple de devenir un Humain parfait, pourtant, dans la réalité, nombreuses contraintes peuvent nous être imposés empêchant ainsi la possibilité de tendre vers une certaine perfection.

Un des sujets qui a été souvent abordés durant mes entretiens est l'impact de l'institution, et des conditions de la médecine à l'heure actuelle en France. Souvent négligé, nous avons la sensation que la profession infirmière doit perpétuellement se remettre en question lorsqu'il y a des défauts de prises en soin des patients. Comme si nous étions coupables de chacun des travers pouvant se mettre en place lors des relations de soins. C'est pourquoi cela m'a donné envie de continuer ce travail de recherche en approfondissant le fonctionnement institutionnel et l'impact de celui-ci sur les professionnels de santé.

10. Bibliographie

- (s.d.). Récupéré sur Larousse.fr: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/jugement/45112>, Consulté le 12 février 2025.
- Blanchard, F., Morrone, I., Ploton, L. et Novella, J.-L. (2006). Une Juste Distance Pour Soigner ? Ou Savoir Se Rendre Proche Avec Respect. *Gérontologie et société*, . 29 / n° 118(3), 19-26. <https://doi.org/10.3917/gs.118.0019>.
- Brodiez-Dolino, A. (2016, 11 février). *Le concept de vulnérabilité*. La Vie des idées. <https://laviedesidees.fr/Le-concept-de-vulnerabilite>, Consulté le 17 février 2025.
- Cabaniss, D. L. (2022). Dans *Psychothérapie, Psychodynamique* (pp. 143-151).
- Castillo, M.-C. (s.d.). L'écoute dans les contextes cliniques : entre art et technique. 5-6.
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s.d.). *Pragmatique*. CNRTL. <https://www.cnrtl.fr/definition/pragmatique>, consulté le 8 mars 2025
- Code de la santé publique. (2016, novembre 25). *Article R4312-11*.
- Dergham, M. et Charles, R. (2020) . Le « syndrome méditerranéen » : une stigmatisation par catégorisation des conduites de maladies. *Médecine*, Vol. 16(10), 460-464. <https://doi.org/10.1684/med.2020.606>.
- E.Goffman. (1975). *Stigmates : les usages sociaux des handicaps*. Broché.
- E.Levinas. (1961). *Totalité et infini*.
- Gros, F. (2007). Le soin au cœur de l'éthique et l'éthique du soin. *Recherche en soins infirmiers*, N° 89(2), 15-20. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0015>, Consulté le 26 février 2025.
- Hochschild, A.-R. (2003). *Travail Émotionnel, Règles de Sentiments et Structure Sociale*. *Travailler*, 9(1), 19-49. <https://doi.org/10.3917/trav.009.0019>.
- Kant, E. (1797). *Métaphysique des mœurs. Deuxième partie : Doctrine de la vertu* (p. 141). Vrin
- Lameul, G. (2008). Les Effets de L'usage des Technologies D'information et de Communication En Formation D'enseignants, Sur la Construction des Postures Professionnelles. *Savoirs*, 17(2), 71-94. <https://doi.org/10.3917/savo.017.0071>.
- Mercadier, C. (2017). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*. Seli Arslan.
- Philipon, S. (2024). *Le juste soin* . Seli Arslan.

- PhiloLog. (2010, 27 janvier). *L'obligation morale du respect. Kant*. <https://www.philolog.fr/lobligation-morale-du-respect-kant/>
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change.
- Schachtel, M. (1991). *J'ai voulu être infirmière*. Broché.
- Tronto, J. (1993). Moral Boundaries.
- Weil-Dubuc, P.-L. (2019). Un soin indifférencié est-il possible ? *Revue français d'éthique appliquée*, 5-7.
- (s.d.). Récupéré sur Larousse.fr et consulté le 10 février 2025 : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/jugement/45112>

Soigner sans s'oublier

Résumé :

Dans ce travail de fin d'études, j'ai choisi d'initier une réflexion autour de la question suivante : « *En quoi le principe de neutralité dans le soin est-il affecté par les représentations et les émotions du soignant ?* » Le principe de neutralité, fondamental dans le domaine de la santé, peut parfois être sujet à débat. C'est pourquoi, dans l'élaboration de mon cadre de référence, j'ai souhaité mettre en lumière différents éléments susceptibles d'influencer cette neutralité. Les émotions, les représentations... autant de concepts parfois inconscients et donc difficilement maîtrisables. Après avoir exploré ces pistes de réflexion, la réalisation d'entretiens de terrain menés auprès de quatre infirmières me permettra de dégager certains constats concrets quant aux pratiques professionnelles. À travers leurs récits, nous analyserons comment la pratique professionnelle quotidienne peut-être influencée par divers facteurs. Comment maintenir une posture neutre au sein d'une équipe où cohabitent des valeurs parfois divergentes, portées par des acteurs aux parcours et sensibilités variés ? La neutralité est-elle simplement une obligation, ou représente-t-elle réellement une bonne stratégie dans l'exercice du soin ? Quels éléments seront finalement mis en évidence par l'analyse du milieu professionnel, au plus près des soignants sur le terrain ? À l'issue de ces analyses, nous construirons une question de recherche visant à approfondir les thématiques abordées tout au long de ce travail.

220 mots

Mots clés : Neutralité, Représentations, Émotions, Pratique professionnelle.

Caring Without Losing Oneself

Abstract:

In this final-year project, I chose to reflect on the following question: "*To what extent is the principle of neutrality in care affected by the caregiver's own emotions and perceptions?*" The principle of neutrality, a cornerstone of healthcare practice, can at times be a topic of debate. For this reason, in developing my theoretical framework, I aimed to highlight various factors that may influence this neutrality. Emotions, perceptions... these are complex concepts, often unconscious, and therefore difficult to fully control. After exploring these areas of reflection, I carried out a series of field interviews with four nurses, allowing me to draw concrete insights into real-life professional practices. Through their personal accounts, we will analyse how everyday clinical practice can be shaped by a range of influences. How can one maintain a neutral stance within a team where a variety of values coexist, shaped by the diverse backgrounds and sensitivities of its members? Is neutrality merely a professional obligation, or is it truly an effective approach to caregiving? What insights will emerge from a close analysis of the professional environment, in direct contact with healthcare staff in the field? Following this exploration, we will develop a research question aimed at deepening the themes discussed throughout this work.

206 words

Keywords: Neutrality, Perceptions, Emotions, Professional practice.

I. Annexes

I. Annexe I : Grille d'entretien.....	I
II. Annexe II : Autorisation d'entretiens	II
Annexe II.I : Demande d'autorisation d'entretien au centre hospitalier.....	II
Annexe II.II : Lettres d'autorisation par la direction des soins :.....	III
III. Annexe III : Retranscriptions des entretiens :.....	IV
Annexe III.I : Entretien n°1 : Infirmière en Unité pour Malade Difficile Entretien 1 – Pluie :	IV
Annexe III.II : Entretien n°2 : Infirmière en Unité d'Accueil d'Urgences Psychiatriques – Orage :	VIII
Annexe III.III : Entretien n°3 : Infirmière en service d'Urgences Somatique, Nuage :	XI
Annexe III.IV : Entretien n°4 : Infirmière en service d'Urgence, Soleil :	XIII
IV. Annexe IV : Grille d'analyse des entretiens :	XVIII
V. Annexe V : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude :.....	XXII

I. Annexe I : Grille d'entretien

LES QUESTIONS À POSER AUX PROFESSIONNELS :	CE QUE JE CHERCHE À SAVOIR :	THÈMES DU CADRE DE RÉFÉ
Parcours pro (Age, date de Diplôme, , Parcours et Services)	Parcours et initier une relation de confiance pour la suite de l'entretien	X
<ul style="list-style-type: none"> • Selon vous, comment définirez-vous les représentations ? • Pouvez-vous me citer une situation où des représentations ont influencé votre pratique • Avez-vous déjà été confronté à des patients ayant commis des actes que vous considérez comme graves ? <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Si Non, des situations particulières qui ont pu bousculer votre neutralité dans le soin ? (relance) 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Vision des soignants sur les représentations ⇒ Impact des représentations sur le soin, le soignant et le soigné. ⇒ Quels actes sont considérés comme graves pour les soignants ? ⇒ (Quelle situation est 	Représentations
<ul style="list-style-type: none"> • Ces situations ont-elles influencé la relation de soin ? <p>(En fonction de la réponse :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Si émotion : relance sur neutralité ⇒ « Cela signifie que vous n'êtes pas resté totalement neutre ce jour-là ? ») <ul style="list-style-type: none"> • Quelle vision avez-vous de la neutralité dans le soin ? 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Impact des représentations sur le soin ⇒ Vision du corps soignants sur la neutralité 	Neutralité
<ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il des situations particulières qui éveillent en vous des émotions intenses ? • Pouvez-vous me raconter une situation de soin ayant impacté vos • Avez-vous quelque chose à rajouter sur l'un des sujets abordés 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Typologies situations le plus sujettes à provoquer des émotions excessives ⇒ Situation LA plus marquante imposée par la relation de ⇒ Recherche d'une ouverture 	Émotions

II. Annexe II : Autorisation d'entretiens

Annexe II.I : Demande d'autorisation d'entretien au centre hospitalier



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M.
Étudiant(e) en soins infirmiers
Adresse :

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Téléphone :
Mail :

Avignon, le

Madame, Monsieur,

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

service(s) :

auprès de la(des) population(s) :

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

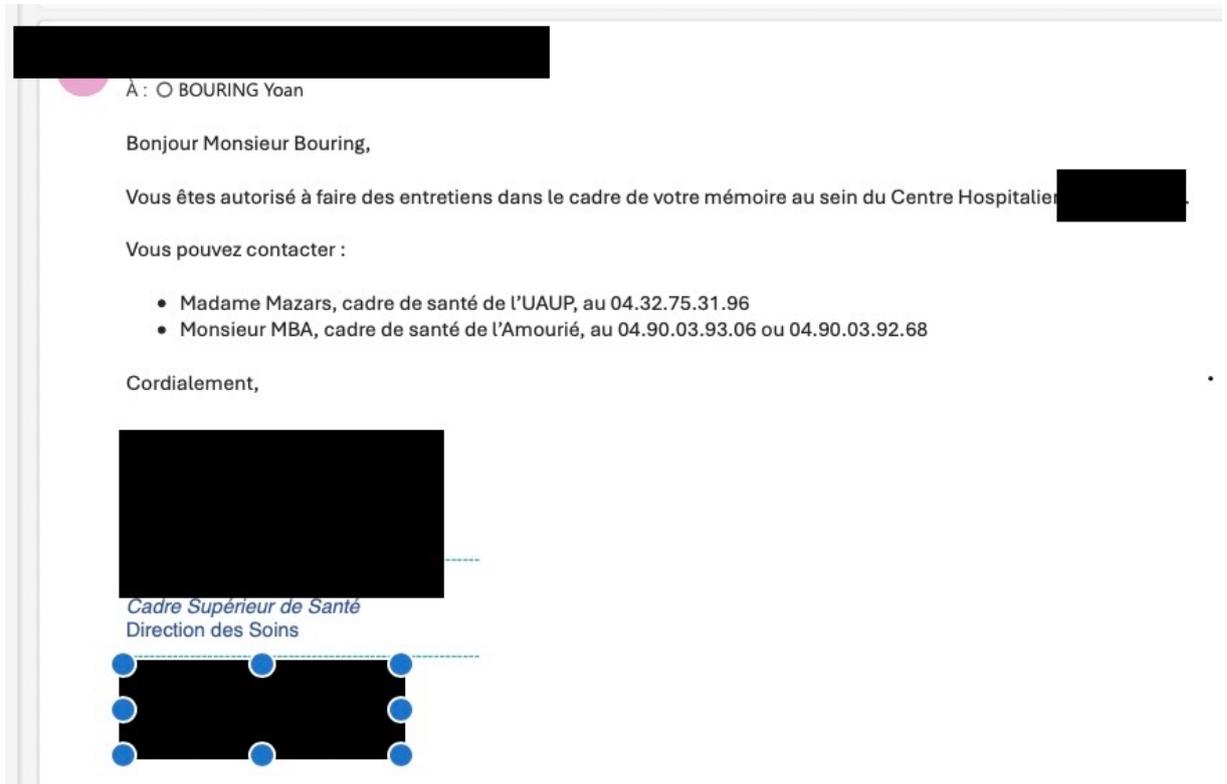
.....

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

Annexe II.II : Lettres d'autorisation par la direction des soins :



CI [redacted]
RE: Demande entretien TEFE
À : Yoan Brg, Cc : [redacted]

27 février 2025 à 12:01

[Détails](#)

Bonjour Monsieur,

Par ce mail nous vous autorisons la réalisation de vos entretiens dans le cadre de votre travail de fin d'études.

Cordialement

[redacted]
Cadre Supérieur de Santé
Tel :07 77 37 73 23



III. Annexe III : Retranscriptions des entretiens :

Annexe III.I : Entretien n°1 : Infirmière en Unité pour Malade Difficile Entretien 1 –
Pluie :

- 1 **Moi:** [00:00:00] Du coup je commence à enregistrer et de toute façon après, l'enregistrement,
2 il est anonymisé. Il n'y a pas de nom, il n'y a pas de service ou pas d'hôpital qui ressortent.
3 Du coup, **est ce que vous pouvez vous présenter un petit peu votre âge, votre date de**
4 **diplôme, votre parcours, votre service, un petit peu les expériences professionnelles ?**
5 **Pluie :** [00:00:20] D'accord. Alors je m'appelle Tania, je suis infirmière depuis 2011, ça va faire
6 quatorze ans. J'ai fait pas mal de services. J'ai commencé en service fermé avec des patients
7 autistes. J'y suis restée deux ans, puis j'ai fait un accueil crise. Un peu de géronto-psy. J'ai fait
8 sept ans d'urgences psychiatriques avant de venir en UMD.
9 **Moi:** [00:00:55] D'accord. Et du coup, **les UMD, là, ça fait combien de temps ?**
10 **Pluie :** [00:00:58] Deux ans
11 **Moi:** [00:00:58] Ok. Seulement sur le pavillon d'entrée.
12 **Pluie:** [00:01:02] Pavillon d'entrée à (cite le nom du service) depuis deux ans.
13 **Moi:** [00:01:04] D'accord, ok. Du coup, après on va rentrer un peu dans le vif du sujet
14 concernant mon mémoire. **Selon vous, comment vous définiriez les représentations ?**
15 **Pluie:** [00:01:19] (Réflexion...) Les représentations ? De quoi ? De qui ? C'est le fait de
16 représenter, de se faire une idée. Oui, mais c'est un peu trop large. Le terme représentation,
17 c'est... Oui, se faire une idée de peut-être d'une situation, d'une personne avant même de l'avoir
18 vue.
19 (Silence ...)
20 Du coup, c'est ça ? Je ne sais pas, c'est peut-être en lien avec ... un peu ce qu'on voit à la télé ou
21 influencé par tout ça quoi. Mais c'est un peu trop large représentation pour moi...
22 **Moi :** [00:01:58] Et du coup, justement, en fait c'est ça va se cibler un petit peu plus d'après
23 votre définition, un petit peu des représentations. **Est-ce que vous pensez que celle-ci puissent**
24 **influencer votre pratique professionnelle ? Donc au niveau des représentations que vous**
25 **pouvez vous faire par rapport aux patients ? Est-ce que celles-ci impactent votre posture**
26 **et vos pratiques au quotidien ?**
27 **Pluie:** [00:02:24] Mais... Je voudrais un peu plus préciser la question parce que je ne sais pas,
28 c'est pas que je ne comprends pas le terme de représentation, mais... j'ai très peu d'a priori.
29 **Moi:** [00:02:44] D'accord. Mais déjà c'est intéressant parce que vous rattachez les
30 représentations aux a priori aussi.
31 **Pluie:** [00:02:52] Beh... Les représentations, c'est... C'est un peu abstrait quoi. C'est quand on
32 connaît pas trop, qu'on se fait une idée. C'est ce que je pense... peut être que c'est faux. Donc
33 depuis le départ, depuis que je suis diplômée, même avant. J'ai... Quand j'allais en stage ou
34 quand je travaillais quelque part, je ne me disais pas oui, je ne me faisais pas... comment dire...
35 **Moi:** [00:03:29] Oui, d'idées préconçues avant de ...
36 **Pluie:** [00:03:32] Voilà. Je n'avais pas de choses préconçues. J'arrivais, je voyais, j'apprenais
37 avec la clinique et compagnie et j'essayais de faire au mieux. Mais voilà, j'ai jamais eu trop de
38 représentations. Je sais pas... Peut-être que j'en ai eu. Peut-être que je ne comprends pas le terme
39 ?
40 **Moi:** [00:03:49] Je pense pour moi qu'il est bien compris. Mais après il est possible aussi de ne
41 pas avoir de représentation. C'est possible. Mais selon vous, du coup, qu'est ce qui fait que vous

42 parveniez à ne pas avoir de jugement ou de représentation d'a priori. **Justement, est ce qu'il y**
43 **a, est ce qu'il y a des leviers qui vous ont permis d'avoir cette posture professionnelle ?**
44 **Pluie:** [00:04:13] Alors qu'est ce qui fait que j'ai pas forcément d'a priori ? C'est que je suis très
45 pragmatique.
46 **Moi:** [00:04:22] Ok.
47 **Pluie:** [00:04:23] Voilà, je me fais une idée de la situation des personnes que quand je suis avec
48 eux, en leur présence.
49 **Moi:** [00:04:33] Ok.
50 **Pluie:** [00:04:34] Et tout ce qu'on peut entendre et tout ça, j'entends. Mais c'est pas ça qui
51 influence, c'est que j'ai toujours été comme ça, je pense.
52 **Moi:** [00:04:46] D'accord. Et du coup, **est ce que vous avez déjà été confronté à des patients**
53 **ayant commis des actes que vous pouvez considérer comme graves ?**
54 **Pluie:** [00:04:57] Oui, oui, j'ai été confronté à des patients qui ont eu des passages à l'acte assez
55 grave. Que ce soit aux urgences ou en accueil de crise, même si on en reçoit, avec des
56 antécédents de passage à l'acte. Oui, bien sûr oui.
57 **Moi:** [00:05:17] Et du coup, **ces situations justement, est ce qu'elles ont influencé un petit**
58 **peu la relation de soin? Est-ce que ça a eu un impact sur la fameuse relation ?**
59 **Pluie:** [00:05:33] Alors tout dépend. On reste professionnelle, on fait les soins, voilà, on est là.
60 Il ne faut pas non plus que ce qui s'est passé dans leur passé, les passages à l'acte entravent la
61 prise en charge du patient. Mais pour certains patients, j'étais plus vigilante.
62 **Moi:** [00:06:01] D'accord, donc moi c'est plus sur une notion de vigilance et de crainte pour
63 vous ?
64 **Pluie:** [00:06:06] Le crainte. Et je ne faisais pas paraître la crainte, mais je me disais lui ... faut
65 faire un peu plus attention et ça nous a permis pas mal de fois de nous enlever une épine du
66 pied.
67 **Moi:** [00:06:21] C'est à dire enlever une épine du pied ?
68 **Pluie:** [00:06:24] C'est à dire que je pense à une situation. Je peux raconter la situation ?
69 **Moi:** [00:06:27] Oui, je pense que ça ne pose pas problème.
70 **Pluie:** [00:06:31] une situation où bein ... il y avait un patient qui avait un antécédent de passage
71 à l'acte sur un soignant, mais d'une autre unité. Assez grave. Bon, il n'y a pas eu le décès du
72 soignant, mais dans un contexte délirant, ce patient, on le reçoit hébergé chez nous parce qu'il
73 ne faisait pas partie de notre pôle à l'époque où j'étais en accueil crise. Et c'est vrai qu'avec lui
74 je faisais plus attention. C'est à dire le matin quand il venait et qui disait « Non, je ne veux pas
75 de bilan. Pourquoi vous voulez me faire faire un bilan ? Pourquoi vous voulez me prendre le
76 sang ? » Vous sentez de la persécution... De suite je n'allais pas lui dire non mais c'est comme
77 ça, c'est prescrit. Oui. Oui, oui. « Bon, vous ne voulez pas ? Ya pas de souci. » Je peux m'adapter
78 un peu plus. Et... beh ma réaction n'a pas été de l'éviter. Je suis allée vers lui un matin pour lui
79 dire comment il se sentait. Il m'a verbalisé qu'il commençait à délirer, et lui, quand il va mal, il
80 faut s'en occuper vite. On a eu le temps de le mettre en iso et il a sorti un objet qu'il avait.
81 **Moi:** [00:07:51] D'accord.
82 **Pluie:** [00:07:52] Voilà. Heureusement qu'il était en iso. Tout s'est bien passé. Le matelas était
83 en 1000 morceaux, mais après il a posé l'objet. On est rentré. Voilà, Il s'est passé ce qui s'est
84 passé. On l'a pris en charge, mais c'est parce que j'ai été plus vigilante par rapport à ses
85 antécédents.
86 **Moi:** [00:08:15] Que vous êtes parvenus à désamorcer un peu la situation ?
87 **Pluie:** [00:08:19] Qu'il fallait repérer très vite et très tôt, quand ça n'allait pas.
88 **Moi:** [00:08:22] Donc en soi, c'est un petit peu aussi, entre guillemets, vos émotions qui ont pu
89 guider votre réaction. C'est ce que vous aviez ressenti aussi ?

90 **Pluie:** [00:08:31] Ressenti oui, et, et, et surtout, on le connaît patient.

91 **Moi:** [00:08:37] Oui.

92 **Pluie:** [00:08:39] Quand il rentre et qu'en plus qu'il nous dit « j'ai besoin de m'isoler », il a
93 encore la parole... et que la chambre c'est pas bon parce que il dit qu'il a peur de se faire du mal.
94 Il faut le mettre dans un endroit où on peut le surveiller un peu plus. Donc il a encore la parole.
95 Une fois en iso il n'avait plus la parole... Mais c'est par rapport à la vigilance. Je n'avais pas
96 peur, mais je me disais lui, dans un état délirant, il est déjà passé à l'acte, il peut le refaire. Donc
97 il faut faire attention.

98 **Moi:** [00:09:18] Ok, je vois. On va passer un petit peu sur un autre sujet. **Quelle vision avez-**
99 **vous de la neutralité dans le soin ?**

100 **Pluie:** [00:09:27] Neutralité. Neutralité. Elle existe la neutralité ? Ça fait bizarre ce mot.... On
101 parle de neutralité bienveillante.... Il faut.... Il ne faut pas non plus être trop ou pas assez, je
102 pense. Mais on n'est pas des robots, quoi.

103 **Moi:** [00:09:52] Oui.

104 **Pluie:** [00:09:54] Donc on fait avec ce qu'on est aussi.

105 **Moi:** [00:09:57] C'est à dire qu'est ce qui pour vous constitue que vous êtes plus ou moins
106 neutre justement ?

107 **Pluie:** [00:10:04] J'essaie, j'essaie d'être dans ce qu'on appelle la juste distance. J'essaie, mais
108 il y a des fois où on fait un peu plus en fonction du patient qui est en face et du transfert contre-
109 transfert qui est là.

110 **Moi:** [00:10:23] D'accord.

111 **Pluie:** [00:10:24] Et du besoin... C'est simple les patients ici, quand ils voient des filles, souvent
112 ils voient le côté un peu tata, maternant. C'est des demandes toujours après le linge, la bouffe....

113 **Moi:** [00:10:38] Oui, du coup voilà. Oui, je vois.

114 **Pluie:** [00:10:41] Là, oui voilà. Mais sinon, oui, après il faut... Ça, ça serait... Je peux pas dire
115 qu'on est neutre à chaque fois.

116 **Moi:** [00:10:54] D'accord. Et du coup, on dirait un petit peu au travers de ce que vous décrivez,
117 qu'il y a aussi une part d'émotions qui peuvent impacter et influencer la neutralité. **Est ce qu'il**
118 **y a des situations particulières qui, vous, vont venir un petit peu vous bousculer**
119 **émotionnellement ?**

120 **Pluie:** [00:11:19] Alors il y en a, il y en a, mais je fais poker face.

121 **Moi:** [00:11:23] D'accord. Donc vous avez fait, On peut parler presque de travail émotionnel,
122 justement, un petit peu ?

123 **Pluie:** [00:11:35] Ah mais euh... J'ai déjà. J'ai fait un travail sur mes émotions pour ne pas trop
124 ... le faire derrière, voilà, pas devant les patients. Et de deux. Des formations, sur la gestion des
125 émotions, tout ce qui est formation OMEGA sur l'agressivité, cibler les émotions, même les
126 émotions du patient et travailler sur ça. Mais j'essaie que ça n'envahisse pas mon travail les
127 émotions. Après oui, de la colère et tout ça, mais pas forcément par rapport à des situations...
128 Plus sur un fonctionnement... institutionnel.

129 **Moi:** [00:12:20] Je vois donc pas forcément orienté vers les patients...

130 **Pluie:** [00:12:24] Ah non ! Les trois quarts du temps c'est sur l'institution...

131 **Moi:** [00:12:24] D'accord... Et bien justement, **est ce que vous pouvez me raconter une**
132 **situation, mais plus une situation de soin qui vous a impacté émotionnellement ?** Après, ça
133 peut être justement une situation de soin qui a été impacté par le fonctionnement institutionnel.
134 Si c'est ce qui vous touche plus.

135 **Pluie:** [00:12:42] Impacté ... franchement, c'est aucun rapport avec les passages à l'acte et
136 compagnie. C'était une mamie qui était venu, c'était même pas ... elle était venu au CAP, on

137 avait un CAP aux urgences et qui est venu alors qu'elle n'avait pas d'antécédents... juste pour
138 un état de choc. Elle venait de perdre son mari, mais de manière brutale.

139 **Moi:** [00:13:09] D'accord.

140 **Pluie:** [00:13:10] C'est à dire que le mari s'est fait... ils allaient chercher une pizza... Il s'est fait
141 écraser, elle était dans la voiture, elle attendait et ils l'ont récupéré l'ont emmené aux urgences...
142 et nous l'a récupéré au CAP, pour qu'elle puisse se poser le temps que la famille vienne la
143 récupérer. Et cette dame, elle est venue parler au bureau avec nous, et avec mon collègue. Et là,
144 à un moment donné, il dit à mon collègue Mais elle était en état de choc, elle disait Mais c'est
145 pas possible, c'est pas possible, il est pas mort, Il était plein de vie. Là, je me suis dit... Le fait
146 de mort et plein de vie alors que... Elle était âgée hein... Je me dis bon, ils ont vécu, on peut se
147 dire ça, mais là c'était... Après je sais pas si c'est une situation de soins.

148 **Moi:** [00:14:04] C'est en tout cas celle qui vous a là vraiment, marquée ...

149 **Pluie:** [00:14:08] Ouais là, vraiment, j'ai lâché, mais il a fallu que... je sentais que ça montait.
150 Elle ne m'a pas vu. Je me suis levé du bureau, je suis parti dans le couloir et voilà.

151 **Moi:** [00:14:18] Vous avez ressenti un trop plein justement à ce moment-là et...

152 **Pluie:** [00:14:22] J'ai trop ressenti les émotions de la patiente.

153 **Moi:** [00:14:25] D'accord. Oui, vous sentiez que du coup, votre posture professionnelle allait
154 en être impactée si jamais vous restiez dans le bureau...

155 **Pluie:** [00:14:33] Après, avec les patients, les émotions et les patients... En parlant de
156 représentation, j'ai eu une situation concernant mes collègues des urgences avec qui j'ai
157 travaillé, qui avait une représentation de... Je sais pas si tu connais le syndrome méditerranéen ?

158 **Moi:** [00:14:56] Non?

159 **Pluie:** [00:14:57] Voilà, j'espère que tu en entendas jamais parler. C'est utilisé, c'est utilisé, c'est
160 un terme clinique qui est très, pour moi, discriminant. Mais bon, c'est un peu le fait que les
161 personnes exagèrent quand elles ont une douleur.

162 **Moi:** [00:15:13] D'accord, ok, on est bien sur les représentations là du coup.

163 **Pluie:** [00:15:18] Mais du coup il y a un collègue qui me dit ouais, plus jamais je dirai ça. « J'ai
164 vu une jeune de 30 ans arriver, elle se plaignait de douleurs, elle se tenait le thorax et tout...Je
165 me disais c'est bon, elle fait encore un syndrome méditerranéen parce qu'elle avait 30 ans, du
166 bassin méditerranéen et qu'elle hurlait trop. » Elle a fait un infarctus à l'IAO et ils ont récupéré
167 hein.

168 **Moi:** [00:15:43] D'accord.

169 **Pluie:** [00:15:44] Mais suite à ça, il me fait « plus jamais je ne dirais ça »... voilà les
170 représentations. Ouais, dans le soin il y a des représentations en effet... ou en tout cas...

171 **Moi:** [00:15:56] C'est un bel exemple, en tout cas justement qui image bien l'impact des
172 représentations dans le soin. Merci beaucoup déjà pour votre temps et pour vos situations. **Est-**
173 **ce que vous avez quelque chose à rajouter justement sur l'un des sujets abordés**
174 **aujourd'hui ?**

175 **Pluie:** [00:16:17] Alors juste dire que voilà, on est soignant, on arrive, on met la blouse, donc
176 on devient, pas quelqu'un d'autre... Mais... voilà, la blouse ça fait que... ben. On s'efface quand
177 même.

178 **Moi:** [00:16:40] On efface sa personne extérieure, on va dire, l'humain qu'on est ?

179 **Pluie:** [00:16:47] Ouais... Parce qu'on n'est pas dehors comme on est ici.

180 **Moi:** [00:16:50] Ok.

181 **Pluie:** [00:16:51] Après il y a, après il y a tout ce que disent les textes de loi, qui légifèrent notre
182 profession et compagnie. Le fait d'être le plus, comment dire ? Alors toi tu disais neutralité
183 mais.... ouais, c'est important une certaine distance.

184 **Moi:** [00:17:17] D'accord, donc vous rattachez un peu la neutralité à la distance justement ?

185 **Pluie:** [00:17:23] Ouais... Neutralité, c'est la distance, tout ce qui est distance émotionnelle, une
186 distance... Juste. Voilà. Pas être dans le comment dire. Dans le trop, le trop, trop étouffer, trop
187 chouchouter et pas être dans le froid...
188 **Moi:** [00:17:52] Un peu une sorte de balance justement pour trouver un équilibre. Ok, super.
189 Merci beaucoup pour cet entretien.
190 **Pluie:** [00:18:02] De rien, j'espère que ce sera utile.
191 **Moi:** [00:18:04] Ça le sera. Allez, Merci.

Annexe III.II : Entretien n°2 : Infirmière en Unité d'Accueil d'Urgences Psychiatriques – Orage :

1 **Moi :** [00:00:01] Donc du coup, **est ce que vous pouvez un peu vous présenter ? Donc au**
2 **niveau de votre parcours professionnel, la date de diplôme, le parcours, les services**
3 **hospitaliers que vous avez le plus fait ?**
4 **Orage :** [00:00:15] Moi je suis Rose, j'ai 44 ans, je suis diplômé de 2019 donc en reconversion
5 professionnelle. Avant j'étais comptable et j'ai commencé directement à *Montfavet*. J'ai travaillé
6 pendant un an et demi au UMD et ensuite deux ans et demi au centre pénitentiaire de *Tarascon*.
7 Donc des unités fermées à chaque fois. Et là, depuis un an et demi, je suis aux urgences
8 psychiatriques de l'hôpital *d'Avignon*.
9 **Moi :** [00:00:42] Ok, super. Donc du coup, pour rentrer un peu dans le vif du sujet, **selon vous,**
10 **comment vous définiriez les représentations ?**
11 **Orage :** [00:00:53] Ah oui, vaste question. Euh les représentations... Il peut y avoir déjà les
12 représentations physiques de ce que la personne nous renvoie à la première fois qu'on la voit et
13 à qui elle peut nous faire penser inconsciemment. Et les représentations de comment elle parle,
14 Comment elle se. Comment elle se présente à nous, Comment elle nous aborde. Et il peut y
15 avoir aussi ensuite toutes les représentations de ce pourquoi elle est là, ce qu'elle va, ce qu'elle
16 va nous verbaliser, ce qu'elle peut avoir vécu et qui peut nous renvoyer à certaines choses
17 personnelles.
18 **Moi :** [00:01:29] Ok, je vois. Et donc du coup, **est ce que vous pensez que les représentations**
19 **puissent influencer votre pratique professionnelle ?**
20 **Orage :** [00:01:40] Oui, je pense que oui. Au moins inconsciemment. Après, on essaye de
21 mettre à distance tout ce qu'on peut, tout ce qui peut nous impacter ou tout ce dont on peut se
22 rendre compte, mais inconsciemment oui, je pense qu'il doit quand même rester pas mal de
23 choses qui nous impactent et qui peuvent un peu modifier. Pas forcément la prise en charge,
24 mais l'idée qu'on se fait de la situation et de la personne. En fait, il y a le jugement qui va
25 forcément intervenir et il faut arriver à s'en détacher pour prendre en charge la personne en
26 fonction de son besoin sur le moment et des signes cliniques qu'on peut voir.
27 **Moi :** [00:02:21] Ok, ça marche. Du coup, **est ce que vous avez déjà été confronté à des**
28 **patients ayant commis des actes que vous considérez comme graves ?**
29 **Orage :** [00:02:30] Ben oui, forcément. Déjà en détention ou même en UMD, il y avait des
30 failles. J'ai pu rencontrer des patients qui avaient, qui avaient commis des assassinats, des viols.
31 Et oui, c'est arrivé assez souvent. Mais ce n'est pas la première chose qu'on met en avant. Déjà,
32 quand on voit les patients, on ne sait pas forcément ce qu'ils ont fait, même en détention, parce
33 qu'ils se présentent. Quand on les voit la première fois, on ne les connaît pas, on ne sait pas ce
34 qu'ils ont fait, on leur pose la question, mais ils ne sont pas obligés de répondre. Et puis on ne
35 va pas vérifier leurs réponses non plus à la pénitencière. Donc en fait, ils nous disent ce qu'ils

36 veulent et en fait, quand on les voit, c'est qu'ils viennent exprimer un mal-être ou un besoin des
37 insomnies ou des choses comme ça. Et en fait, ce qu'ils ont fait, c'est un peu au bout d'un
38 moment, c'est secondaire en fait. On voit l'être humain.

39 **Moi :** [00:03:15] Ok, super. Donc du coup, **ces situations que vous avez pu considérer comme**
40 **graves, est-ce qu'elles ont influencé la relation de soin ?**

41 **Orage :** [00:03:27] Je ne pense pas que non. Je ne pense pas que ça a été influencé. Parce qu'en
42 fait, comme je vous l'ai dit, au bout d'un moment en fait, on voit l'humain comme si la personne
43 allait aller mal en face de nous. On ne se dit pas ah bah tant mieux, il a fait ci ou il a fait ça. On
44 essaye d'apporter une réponse, de soulager, de soulager les symptômes. Et l'avantage aussi, c'est
45 que dans tous les services où je suis passé, s'il y a vraiment une situation qui pourrait trop nous
46 impacter et qu'on n'arriverait pas à gérer, on peut demander à un collègue de prendre le relais
47 ou de prendre de faire la prise en charge, mais je pense que ça serait plus au niveau du coup,
48 pas forcément ce que la personne a fait, mais nous, ce que ça nous renvoie personnellement, si
49 on peut avoir un vécu ou une connaissance ou un moment où on n'est pas trop en forme, ça nous
50 touche un peu plus personnellement. C'est plus par rapport à ça que par rapport à ce que la
51 personne a fait.

52 **Moi :** [00:04:16] Ça marche, je vois. Et donc du coup, **quelle vision vous, vous avez de la**
53 **neutralité dans le soin ?**

54 **Orage :** [00:04:24] La neutralité, déjà, elle est un peu utopique parce que même comme je le
55 disais tout à l'heure, même inconsciemment, inconsciemment de toute façon, on est forcément
56 pas neutre. Après, c'est arriver à en parler avec des collègues pour voir si justement on n'a pas
57 été influencé par nos a priori pour après peut être essayer de voir si une situation se reproduisait,
58 de ne pas réagir de la même façon. Pouvoir rectifier au cas où l'évaluation qui a été faite et
59 proposer une prise en charge différente quand il y a un suivi. Et la neutralité elle vient dans le
60 fait... Le travail d'équipe, en parler, faire des entretiens à deux. Déjà, souvent, ça apporte
61 beaucoup parce que ça permet, quand on est trop impacté sur le moment, de prendre la distance
62 de suite pendant l'entretien pour après de réintervenir par la suite quand ça va mieux. Et après
63 il y a des techniques aussi pour faire... enfin, des techniques... on essaye pour la neutralité de
64 quand on est un peu trop impacté par ce que la personne dit, de regarder les signes cliniques, de
65 se concentrer sur son débit de paroles, sur la position de son corps. S'il y a des tremblements,
66 s'il y a des tics, des choses comme ça. Pour en fait éviter de visualiser quand la personne raconte
67 ce qui s'est passé, par exemple une victime d'agression ou de viol, si elle vient à raconter ce
68 qu'elle a vécu, voilà, il ne faut pas qu'on écoute, qu'on prenne tout comme une histoire et puis
69 qu'on visualise la scène en fait. Donc il faut se concentrer, essayer de se concentrer sur les
70 éléments physiques et les signes pour ne pas visualiser.

71 **Moi :** [00:06:00] Ou adopter une vision médicale pour rester concentré sur le but de l'entretien.

72 **Orage :** [00:06:05] Sur la forme que sur le fond, tout en écoutant le fond et se concentrer sur la
73 forme pour essayer de garder une certaine distance, en tout cas émotionnel.

74 **Moi :** [00:06:12] Ne pas se laisser trop impacter. Ok, et bien du coup. En plus, c'est bien que
75 vous parliez des émotions, parce que la prochaine question c'est sur ce thème-là. **Y a-t-il des**
76 **situations particulières qui peuvent venir vous bousculer émotionnellement ?** Donc là, on
77 a abordé un petit peu les agressions sexuelles déjà...

78 **Orage :** [00:06:28] Oui, oui. Donc moi, plutôt personnellement, ça serait plus sur tout ce qui
79 est, tout ce qui touche les enfants, les violences faites aux enfants ou la violence tout court. En
80 fait, je ne supporte pas la violence qu'on peut appeler gratuite quoi. Ceux qui font du mal parce
81 que... ça ne vient pas d'une pathologie, enfin une décompensation par exemple, ou la personne,
82 le patient va se défendre parce qu'il se sent agressé. Ça je ne qualifie pas ça de violence gratuite.
83 C'est une réaction, on va dire naturelle de défense parce qu'il est envahi par ces symptômes.

84 Mais je parle plus de... surtout en fait, on va dire les pour les psychopathes en fait, on va dire
85 violences gratuites qui ne reconnaissent pas la souffrance de leurs victimes ou qui minimisent
86 leurs actes. Là c'est un peu plus compliqué. Mais le travail justement, c'est de les amener à
87 essayer de de prendre conscience de ce qu'ils ont fait.

88 **Moi** : [00:07:26] Et de les responsabiliser un peu de leurs actes.

89 **Orage** : [00:07:28] Et ça, c'est en détention. Parce qu'après, aux urgences, ce n'est pas on n'est
90 pas sur ce sur ce style de prise en charge. En fait, en fonction du service, si on n'a pas la même,
91 la même ... le même objectif de prise en charge, bien sûr.

92 **Moi** : [00:07:40] Bien sûr. Et du coup, **est ce qu'il y a une situation, là, qui vous vient en tête**
93 **quand je vous parle d'être bousculé au niveau émotionnel ?**

94 **Orage** : [00:07:53] Une situation en particulier. Là non, c'est... C'est plus comme je disais,
95 quand il y a des enfants avec de la violence sur des enfants ou les parcours. C'est plus les
96 parcours de vie. Quand on prend les ados, les ados en charge aux urgences, c'est plus sur leur
97 parcours de vie qui est très compliqué. Et presque dès la naissance où on se dit on comprend
98 pourquoi ils sont en psy si jeune quoi. Entre les violences intrafamiliales, les parents qui
99 veulent plus les voir, les placements en foyer ou en famille d'accueil, avec autant de violence
100 dans les foyers et dans les familles d'accueil, que ce soit des familles elles-mêmes ou des autres
101 enfants. Et là c'est très compliqué.

102 **Moi** : [00:08:30] Et du coup, **comment vous faites pour ne pas vous laisser trop impacter ?**
103 **Justement ?**

104 **Orage** : [00:08:36] C'est plus sur... sur le... Déjà les entretiens à deux c'est. Je trouve que c'est
105 important pour arriver à garder, à rester professionnel, à garder un peu de distance. Et après
106 c'est beaucoup d'humour noir, avec les collègues où on va, on va parler et dédramatiser les
107 situations en mettant un peu d'humour noir pour évacuer le stress.

108 **Moi** : [00:08:58] Ça permet de décharger un peu. Ok, **Est ce que vous avez quelque chose à**
109 **rajouter là sur l'un des sujets abordés aujourd'hui ?** Que ça soit la neutralité, les
110 représentations, les émotions ?

111 **Orage** : [00:09:11] Je pense qu'en fait, quand on est soignant et qu'on prend en charge un
112 patient, peu importe ce qu'il a fait, il y a toujours un moment où quand, si on sent vraiment la
113 détresse du patient et une demande d'aide, on arrive toujours à mettre de côté ce qui s'est passé.

114 **Moi** : [00:09:30] Et à prioriser ce pour quoi il est là.

115 **Orage** : [00:09:33] C'est ça, si j'ai un malaise cardiaque devant nous, ben automatiquement on
116 va aller masser parce que c'est une urgence et que c'est un être humain. On ne va pas le laisser
117 dans la souffrance ou mourir parce qu'il a fait quelque chose que nous on ne considérerait pas
118 bien. Mais après il y a la justice en France pour ça.

119 **Moi** : [00:09:50] Ce qui n'est pas forcément le rôle du soignant...

120 **Orage** : [00:09:54] Même si des fois il peut y avoir des situations très compliquées. Et puis ça,
121 ça fonctionne aussi si on ne connaît pas. Si on n'est pas touché personnellement, si on ne connaît
122 pas la victime par exemple. Après, si on connaît un patient ou qui agresse des soignants, des
123 collègues. Là, après ça, c'est autre chose. C'est plus compliqué à prendre en charge.

124 **Moi** : [00:10:11] C'est un impact un peu plus. Du coup, la neutralité ? Ça vous est déjà arrivé ?

125 **Orage** : [00:10:16] Après, non... Enfin sur les urgences. Oui, mais après il y a du coup... une
126 certaine froideur quand on prend en charge des patients... Une crainte que ça recommence.

127 **Moi** : [00:10:27] Bien sûr. Oui, mais ça semble naturel aussi.

128 **Orage** : [00:10:29] Mais voilà, pareil, ça peut arriver quand même qu'au bout d'un certain d'un
129 certain temps de conversation et d'entretien, on prend en charge, on prend en charge le patient
130 par rapport aux symptômes qui nous montrent sur le moment.

131 **Moi** : [00:10:42] Ok, ça marche bien, merci beaucoup.

Annexe III.III : Entretien n°3 : Infirmière en service d'Urgences Somatique, Nuage :

- 1 **Moi :** [00:00:01] **Est ce que vous pouvez un peu vous présenter : votre âge, votre date de**
2 **diplôme? Le parcours, un peu les services que vous avez fait, s'il vous plaît ?**
- 3 **Nuage:** [00:00:09] Oui. Alors du coup, moi j'ai 25 ans, j'ai été diplômé en juillet 2024 et depuis
4 je travaille aux urgences à Cavaillon. Voilà.
- 5 **Moi:** [00:00:19] Ok, ça marche. **Selon vous, comment définiriez-vous les représentations ?**
- 6 **Nuage:** [00:00:26] Alors, je pense enfin, pour moi, les représentations c'est ... enfin, c'est l'idée
7 ou l'image qu'on a au préalable d'une situation ou d'une pathologie ou d'un individu en fonction
8 de je ne sais pas, son âge, ou alors son poste, ou alors son origine ou sa pathologie et qui vient
9 de... de nos... notre histoire de vie, de notre vécu personnel, de notre culture, des médias. Enfin
10 voilà.
- 11 **Moi:** [00:01:01] Influencé par pas mal de choses aussi du coup.
- 12 **Nuage:** [00:01:03] Oui, je pense.
- 13 **Moi:** [00:01:04] **Est-ce que, selon vous, les représentations ça peut influencer un petit peu**
14 **vos pratiques professionnelles ?**
- 15 **Nuage:** [00:01:16] Je pense que inconsciemment oui, mais. Mais j'essaie au maximum de
16 conscientiser pour pas que ça influence justement. Après je pense que dans des situations
17 justement d'urgence, on n'est pas toujours à l'abri d'être influencé par les représentations.
- 18 **Moi:** [00:01:34] Et donc au sein des urgences, **est-ce que vous avez déjà été confronté à des**
19 **patients ayant commis des actes que vous considérez comme grave ?**
- 20 **Nuage:** [00:01:42] Euh. Pas à mon souvenir, pas dans mes souvenirs. Je ne pense pas. Après
21 c'est possible mais... Ou alors que mon inconscient l'a supprimé, je ne sais pas. Non, ça ne me
22 dit rien.... Si je viens de me rappeler d'une situation un peu particulière, on a reçu une jeune
23 dame qui est arrivée avec les pompiers et qui s'est fait arrêter à plus de 200 kilomètres/h sur
24 l'autoroute et qui avait eu des contractions alors qu'elle était enceinte de quelques semaines à
25 ce moment-là de l'arrestation. Du coup, elle nous a été amenée par les pompiers avec de grosses
26 douleurs au ventre. Et l'infirmière qui l'a reçue à l'accueil nous l'a présentée comme une jeune
27 dame qui simulait, qui voulait échapper à un contrôle de stupéfiants ou d'alcoolémie et qu'on
28 devait s'en méfier parce qu'elle, elle se servait de nous. Du coup, forcément, la relation a été un
29 peu biaisée inconsciemment, parce qu'on a été un peu conditionné à être un peu moins neutre
30 dans cette relation de soins. Et du coup, du coup, cette jeune dame a fini par partir. Donc voilà,
31 c'est une situation où on a été quand même un peu un peu influencés dans notre prise en charge
32 et où il aurait fallu peut-être pas être au courant déjà de la situation. Enfin, même si ce n'est pas
33 toujours évident, on est toujours plus ou moins confronté à des situations, à des situations
34 particulières. Donc après c'est à nous de travailler sur comment on va prendre en charge cette
35 patiente là ou ce patient en question. Voilà.
- 36 **Moi:** [00:01:55] Et du coup, **sinon des situations qui peut être ont bousculé un petit peu la**
37 **neutralité que vous pouvez avoir dans le soin ?** Des personnes qui vous ont renvoyé quelque
38 chose, qui ont fait que vous étiez moins neutre que sur vos autres prises en soins.
- 39 **Nuage:** [00:02:08] Honnêtement, je pense que j'essaie au maximum de prendre du recul sur les
40 situations pour essayer d'être le plus neutre possible. Après forcément, aux urgences, quand...
41 je pense que quand on fait un travail en collaboration avec d'autres et qu'on est obligé de faire
42 une prise en charge avec d'autres soignants, je pense que malheureusement on est conditionné
43 à avoir des ... à être un peu moins neutre. Enfin après ça c'est mon avis mais je pense.
- 44 **Moi:** [00:02:39] **Donc il n'y a pas de situations particulières qui vous viennent en esprit ?**

45 **Nuage:** [00:02:46] Si si, comme ... Les patients alcooliques chroniques des urgences. Je pense
46 qu'il y a des soignants qui sont ... qui sont à force fatiguer et qui sont moins neutres dans le soin
47 et qui influencent du coup notre prise en charge. Mais ça c'est inconscient et c'est un travail
48 encore à faire je pense. Mais du coup, oui, que ma prise en charge est peut-être moins neutre
49 que les autres.

50 **Moi:** [00:03:12] **Et quelle vision vous avez de la neutralité dans le soin justement ?**

51 **Nuage:** [00:03:19] Pour moi, la neutralité dans le soin, c'est la capacité du soignant à prendre
52 du recul sur ses opinions justement. Et c'est voilà... ses opinions, sur... voilà pour pouvoir
53 prendre en charge le patient dans sa globalité.

54 **Moi:** [00:03:39] Voilà. Ok. **Est ce qu'il y a des situations particulières qui peuvent venir**
55 **vous bousculer émotionnellement ?**

56 **Speaker2:** [00:03:46] Ah oui, complètement. Tous les jours je pense. (rire). Mais ... parce que
57 je suis très émotive. Après, est ce que ça, ça impacte ma neutralité ? Je ne pense pas. Mais oui,
58 des situations, il y en a.

59 **Moi:** [00:03:58] **Vous pouvez m'en raconter une qui vous a vraiment impacté ?**

60 **Nuage:** [00:04:03] Oui ben justement, un patient. OH chronique, mais que je prenais en charge
61 seul, qui est venu en demandant de l'aide, en demandant d'être hospitalisé pour pouvoir... pour
62 pouvoir pallier son souci d'alcoolisme et qui n'a pas pu être pris en charge par manque de place,
63 par manque de moyens et. Et ça, ça m'a retourné complètement.

64 **Moi:** [00:04:34] Ok, je vois. **Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ? Que ce soit**
65 **sur les représentations, les émotions, la neutralité, vous avez un sujet particulier à aborder**
66 **?**

67 **Nuage:** [00:04:48] Euh. Non. Après voilà, je pense que c'est un travail justement de tous les
68 jours, parce que surtout aux urgences, on voit des patients différents, des pathologies
69 différentes. On est, on est amené à travailler avec du personnel soignant qui est fatigué et je
70 pense qu'inconsciemment on est conditionné à être moins neutre dans les soins que l'on
71 prodigue. Et je pense que je pense qu'il faut vraiment rester dans cette optique-là de de prendre
72 du recul sur les situations pour pouvoir prendre les patients en charge comme il faut. Moi je
73 suis trop jeune je pense... Enfin, je suis encore dans cette capacité, j'ai encore cette capacité-là,
74 je pense à prendre le recul nécessaire, mais il faut vraiment que je veille à ce que ça continue
75 comme ça quoi. Et je pense que ce serait important qu'on ait ce rappel là et surtout aux urgences,
76 de manière plus fréquente, parce que parce qu'on dévie vite.

77 **Moi:** [00:05:46] C'est pas faux, ça marche. Merci beaucoup pour vos réponses

78 **Nuage:** Derien.

79 **Moi:** Et puis bon courage pour la suite.

80 **Nuage:** [00:05:53] Merci.

Annexe III.IV : Entretien n°4 : Infirmière en service d'Urgence, Soleil :

- 1 **Moi:** [00:00:01] Alors du coup, **est ce que tu peux un peu te présenter au niveau de ton âge,**
2 **l'ancienneté de ton diplôme et un peu les parcours que tu as fait au niveau des services,**
3 **etc ?**
- 4 **Soleil:** [00:00:09] Ok, donc dans le cadre de mes études ?
- 5 **Moi:** [00:00:12] Études et après le diplôme.
- 6 **Soleil:** [00:00:15] Ok alors moi c'est Prescia, j'ai 36 ans. J'ai intégré l'IFSI d'Avignon. Donc je
7 fais partie de la promo 2018-2021, donc diplômée en 2021. Stage pré-pro effectué aux urgences
8 et j'ai travaillé jusqu'en 2024 aux urgences. Et depuis je suis en libéral en j'effectue des
9 remplacements toujours aux urgences régulièrement. Après, dans le cadre de mes études, j'ai
10 fait donc de l'EHPAD, de la chirurgie digestive et ORL chirurgie thoracique et vasculaire. J'ai
11 fait des SSR, j'ai fait de la cardiologie endurance. J'ai et j'ai terminé par les urgences en pré-pro.
12 Voilà.
- 13 **Moi:** [00:00:59] Ok, ça marche Super. **Et donc du coup, selon toi, comment tu définirais les**
14 **représentations dans le soin ?**
- 15 **Soleil:** [00:01:11] Les représentations dans le soin? Alors quand tu parles de représentation,
16 c'est à dire les représentations sociales ?
- 17 **Moi:** [00:01:16] Oui, on peut partir sur les représentations sociales.
- 18 **Soleil:** [00:01:21] Alors quand tu parles de représentation, est ce que tu veux amener dans sur
19 les préjugés? Parce qu'en fait, moi j'associe les représentations aux préjugés.
- 20 **Moi:** [00:01:28] En fait c'est en fait justement, je fais exprès de rester vaste pour voir un peu la
21 direction que ça prend.
- 22 **Soleil:** [00:01:34] Ok. Alors moi, les représentations, je pars du principe que c'est une idée de
23 que l'on se fait de quelque chose. Donc du coup, une idée que l'on se fait de quelque chose qui
24 est personnel, ça devient... ça peut devenir un préjugé.
- 25 **Moi:** [00:01:47] Ouais.
- 26 **Soleil:** [00:01:48] Donc les représentations dans le soin, eh bah ils peuvent être impactés,
27 modifiés par notre éducation, par l'éducation de la personne qu'on a en face de nous, par le type
28 de soin qu'on a à faire, le type de service dans lequel on est. Donc oui, c'est très vaste
29 effectivement, comme tu dis.
- 30 **Moi:** [00:02:12] Mais c'est intéressant de voir aussi un peu ce que tu penses. Et après justement,
31 la question, la question qui suit c'est : **est-ce que tu penses que ça peut justement influencer**
32 **les pratiques professionnelles ?** donc indirectement tu as un peu répondu...
- 33 **Soleil:** [00:02:29] Alors moi ma réponse je vais te répondre que oui. Alors d'une parce que je le
34 pensais avant d'être diplômée et je l'ai confirmé une fois que j'ai été diplômée et je ne peux que
35 le confirmer parce que mon mémoire aussi tournait autour de ça. Et donc en fait je pense que
36 on a beau essayer d'être neutre le plus possible, et ben on ne l'est pas forcément tout le temps.
37 Parce que d'une on est des êtres humains et on est aussi impacté par notre fatigue, notre vie
38 privée. Parce que le truc de laisser sa vie privée dans les casiers avant de monter en service, ça
39 n'existe pas. Enfin a priori, ça c'est dans un monde imaginaire. On est obligé de venir avec ce
40 qu'on est et on est obligé de venir avec ce qu'on est parce que sinon on ne serait pas là
41 aujourd'hui, si on n'est pas là avec ce qu'on est. Donc est ce que prendre en charge un patient
42 psy à côté... je te mets deux personnes, elles ont toutes les deux 20 ans ? Si avant de rentrer
43 dans le box, je te le dis, elle, elle est psy, elle a volé une voiture et puis elle a appris, elle a vidé
44 une bouteille de vin, tu ne la prendras pas en charge de la même manière que si, je te dis. Ben

45 cette jeune fille là, c'est une jeune maman, elle est en burn-out, ce n'est pas la même chose je
46 pense, et j'en suis sûr même.

47 **Moi:** [00:03:47] Ok, c'est intéressant que ça soit imagé comme ça en plus. Après l'autre
48 question, c'était à savoir **est ce que tu as déjà été confronté à des patients ayant commis des**
49 **actes que tu considères comme graves ?**

50 **Soleil:** [00:04:00] Oui, oui, oui, oui, oui, bien sûr, J'ai eu... j'ai eu des patients qui ont fait des
51 gestes horribles. Maintenant la question c'est est ce qu'on soigne de la même manière ? Alors
52 oui, en soi, on soigne de la même manière quelqu'un qui a une douleur, qui a besoin d'un
53 doliprane, de la morphine, tu vas lui administrer la morphine et le doliprane. De la même
54 manière, tu poses un cathéter, tu poses un cathéter. A priori, tu ne vas pas rater sa veine huit fois
55 juste pour le faire douiller. Maintenant, on part sur le côté humain. Est-ce que tu lui accorderas
56 les mêmes sourires que tu accorderas à quelqu'un qui se bat pour sa vie et qui est là malgré lui
57 ? Moi je pense que non. Donc effectivement, la personne avec laquelle tu n'es pas en accord sur
58 la raison pour laquelle elle est là, parce que Parce que... Parce qu'en fait tu es confronté tous les
59 jours à des situations où les gens ils n'ont rien demandé et ils souffrent. Et de savoir que c'est
60 comme il n'y a pas longtemps aux urgences, on a eu un patient d'ailleurs c'est passé aux
61 informations. Il a cambriolé quelqu'un et ce quelqu'un, ce papy, il lui a tiré dessus et on l'a eu
62 aux urgences.

63 **Moi:** [00:05:08] Ouais.

64 **Soleil:** [00:05:09] Et ouais? Est-ce que tu crois qu'entre nous... dans les couloirs on ne s'est pas
65 dit très honnêtement, très personnellement entre nous, mais à voix haute « Ouais mec, quand
66 on cherche, on trouve ».

67 **Moi:** [00:05:20] Ouais, bien sûr.

68 **Soleil:** [00:05:22] Et oui. Et honnêtement, on est plus content que ce soit lui qui soit là. Parce
69 qu'il a eu, il a, il a eu ce qu'il avait cherché. Plutôt que le petit Papinou qui n'avait rien demandé,
70 qui rentrait chez lui parce qu'on en a trop eu des petits, des petits papys qui ont rien demandé,
71 qui se sont retrouvés au Déchocage. On a trop eu. Et ces gens-là. Bon bah...

72 **Moi:** [00:05:43] Ouais...

73 **Soleil:** [00:05:44] Comme quand tu sautes de deux mètres, faut pas venir pleurer si tu te fais
74 mal à la jambe.

75 **Moi:** [00:05:47] Oui, bien sûr, tu as une part de responsabilité pour la situation dans laquelle tu
76 te trouves.

77 **Soleil:** [00:05:52] Alors oui dire qu'il faut pas le penser, faut pas ... En tout cas, faut pas que ça
78 impacte le soin. En soi il n'est pas impacté. Mais par contre toi, vu que t'es un être humain et
79 que tu es... Tu réagis en être humain. Donc ton soin, il sera comme celui de tout le monde. Il
80 aura son cathéter comme tout le monde, il aura ses antidouleurs comme tout le monde. Tu ne
81 mettras pas 20 minutes de plus à lui poser pour qu'il souffre plus. Non parce que voir quelqu'un
82 souffrir, c'est agréable pour personne, d'accord ? Peu importe ce qu'il a fait maintenant, est ce
83 que... Est ce qu'il aura le droit à ton sourire dans la soirée ? Peut-être pas.

84 **Moi:** [00:06:21] Donc ça ne va pas influencer le soin en lui-même, mais par contre... Mais la
85 relation de soin, oui ?

86 **Soleil:** [00:06:26] Mais oui parce que. Parce que on a un rôle aussi. Alors il y en a qui te diront
87 éducatif, il y en a qui te diront moralisateur, mais chacun choisira ce qu'il veut. Mais en même
88 temps, c'est comme quand tu élèves un enfant en fait tu ne peux pas... il ne peut pas faire des
89 conneries et tu lui dis « oh bah mon chéri, c'est pas grave, tout ira bien ». A un moment donné,
90 monsieur, vous avez mal parce que souvent ces gens et c'est.... Et c'est peut-être. Je te parle de
91 90 % des prises en charge des patients qui avaient fait des choses graves et qui ont été pris en
92 charge. C'était les patients les plus intolérants et les plus agressifs, avec nous, avec le personnel.

93 **Moi:** [00:07:03] D'accord, ok.

94 **Soleil:** [00:07:04] « Et dépêchez-vous! Et j'ai mal et nanana ». Et les insultes, je t'en passe. Mais

95 là, à un moment donné, gentiment, tu lui dis « oui mais à priori monsieur, si vous êtes là, c'est

96 pas ma faute, c'est pas moi qui vous ait forcé à enfoncer la porte du monsieur ».

97 **Moi:** [00:07:18] Oui, je vois. Ok.

98 **Soleil:** [00:07:21] Donc à un moment donné, remettons les choses dans leur contexte. À côté,

99 j'ai une dame qui a 35 ans, qui a un néo du pancréas, qui souffre le martyr. Elle était là avant

100 vous. J'ai un soin qui est prescrit tout de suite. Donc oui, je vais lui faire Oui.

101 **Moi:** [00:07:33] Oui. Donc peut être un peu moins de tolérance aussi envers leurs caprices entre

102 guillemets, étant donné qu'ils sont responsables de leurs venues.

103 **Soleil:** [00:07:39] Ça c'est de manière générale. Mais peut être que tu es moins gênée de leur

104 dire parce qu'à un moment donné, peut être leur rappeler pour les raisons pour lesquelles ils

105 sont là, ce n'est pas plus mal.

106 **Moi:** [00:07:46] Ouais, je vois. Ok, ça marche, merci.

107 **Soleil:** [00:07:51] Après, c'est ma vision de voir les choses. Il y en a, il y en a plein qui te

108 sortiront le bla-bla-bla des infirmières en disant euh oui mais non mais bien sûr, il doit être traité

109 au même titre que les autres. Alors ça, c'est dans un monde imaginaire, parce que celles qui te

110 disent ça, elles ne sont pas honnêtes. Et je les ai toutes vus. Et j'ai vu toutes les infirmières

111 différentes parce qu'aux urgences, on a un panel d'infirmières pour des soins divers et variés et

112 à un moment donné, on se rejoint toutes à un même endroit.

113 **Moi:** [00:08:18] Et du coup, **quelle vision justement, toi tu as de la neutralité dans le soin ?**

114 **Speaker2:** [00:08:25] Alors je pense que la neutralité, elle a ses limites.

115 **Moi:** [00:08:28] Ok.

116 **Soleil:** [00:08:29] Je pense que la neutralité tout simplement elle a ses limites. Par contre, euh,

117 je pense que tu peux faire un travail personnel, tu peux te faire des remises en question pour

118 que ton degré de neutralité il soit le plus le plus élevé possible. Maintenant euh comme je t'ai

119 dit, ça vient avec euh ta patience et puis à un moment donné, ta vie perso et ta vie pro elles se

120 confrontent, on ne va pas se mentir, tu as passé. Alors je te donne un exemple. C'est tout bête

121 mais moi je suis jeune maman. J'ai passé une nuit où mon fils il n'a pas dormi de la nuit. Et ben

122 je pense que ma neutralité elle ne sera pas la même que celle de quand j'ai dormi 12 h et que je

123 suis de super bonne humeur.

124 **Moi:** [00:09:08] Ouais ok, c'est sûr, ça ça se tient et c'est honnête après.

125 **Soleil:** [00:09:13] Mais c'est honnête. Je ne dis pas que c'est juste, mais en tout cas c'est honnête.

126 **Moi:** [00:09:16] Oui, bien sûr. Ok. Et **est ce qu'il y a des situations particulières qui peuvent**

127 **un peu venir te bousculer toi, émotionnellement ?**

128 **Soleil:** [00:09:27] Alors ouais, j'ai eu des prises en charge, j'en ai une notamment. Alors je ne

129 sais pas pourquoi c'est ça, parce qu'aux urgences, on voit vraiment des trucs, des trucs très très

130 graves. Et il y a des fois on arrive à garder cette juste distance qu'on nous demande. D'une, on

131 nous demande de le faire, mais de deux on se l'impose parce que on est obligé, parce qu'il faut

132 qu'on se protège, parce que on ne peut pas tout ramener à la maison et à un moment donné ça a

133 un impact psychologique, mais ça a un impact physique sur nous. Tout le monde ne peut pas

134 nous impacter, mais il y a des prises en charge comme ça qui transpercent ta barrière. Moi il

135 m'est arrivé un soir, j'étais au Déchocage, j'avais eu un déchocage tranquille, j'avais quatre

136 patients et je reçois un monsieur. Il avait une cinquantaine d'années. On me dit qu'il est en

137 tachycardie extrême. Donc effectivement il était aux alentours de 170 180, ce qui est... ce qui

138 est assez élevé. On me dit que ce monsieur il est en fenêtre thérapeutique parce qu'il a un cancer

139 de je ne sais plus quel endroit, mais bon assez grave. Il me semble que c'était le pancréas,

140 quelque chose comme ça et en fenêtre thérapeutique. Donc ça veut dire que l'onco, en gros, ils

141 font une pause avec le traitement parce que de toute manière je pense que ce monsieur il n'est
142 pas sauvable et au vu de son âge, s'ils font une fenêtre c'est que généralement ça ne sent pas très
143 bon. Et donc ce monsieur il essaye alors déjà à plusieurs reprises de lui faire retrouver un rythme
144 sinusal.

145 Alors déjà il le choque donc avec les palettes euh quasiment réveillé, juste avec un peu
146 d'Hypnovel. Ok, donc ça c'est déjà quelque chose qui me choque profondément parce que je
147 vois ce monsieur souffrir Et je ne sais pas, il y a un truc entre lui et moi. J'ai un truc pour lui. Je
148 le trouve très gentil. Il est très intelligent. On peut parler de tout. Il a beaucoup de recul sur sa
149 maladie, Il est plus ou moins conscient. En tout cas c'est ce que je crois. Et donc là il arrive. On
150 lui met donc tout ce qu'il faut en IV, on lui fait tout ce qu'il faut et au bout d'un moment, mais
151 très difficilement, on arrive à lui faire retrouver un rythme sinusal. Ok donc il est sur son lit, je
152 vous mots croisés et donc du coup moi j'ai un déchocage plutôt calme. Donc euh. Généralement
153 quand je ... enfin quand c'est plutôt calme, j'en profite pour, quand les patients me laissent entrer,
154 je rentre et quand moi j'ai envie de le faire aussi. Donc je m'assois avec lui, je fais des mots
155 croisés avec lui et puis je lui demande comment sa vie, sa fille, sa femme, il a de la famille, il
156 habite où, etc. Bref. Donc vraiment on se rapproche et là il me regarde, il me dit je sens que ça
157 repart, je ne me sens pas bien. Et là effectivement il augmente son rythme, il repart en
158 tachycardie extrême. Donc je vais voir les médecins, je leur dis ben « Écoutez ce monsieur, il
159 est reparti en tachycardie extrême. Qu'est-ce qu'on fait ? » Et il faut savoir qu'aux urgences,
160 quand il y a un patient qui est en fin de vie, généralement pour éviter qu'il parte dans la
161 souffrance et avec l'accord des proches et de l'équipe médicale, on le met sous Hypnovel et
162 morphine.

163 C'est le combo gagnant pour que la personne elle parte tranquillement. Et là je vais voir le
164 médecin et je lui dis « ben on fait quoi ? » Elle me dit « mets lui hypno morphine ». Et là j'ai
165 cru que j'allais faire un malaise. Dans ma tête, je le vois, je discute avec lui, je rigole avec lui.
166 Il fait des mots croisés. Il a 50 ans. Elle me demande de lui mettre Hypno, morphine et là je lui
167 dis... j'ai refusé, j'ai dit que je ne lui mettrai pas. Je suis désolé mais elle me dit « il est en fin de
168 vie, ça y est, c'est fini, on ne peut pas aller plus loin ». On a fait tout ce qu'il faut en termes de
169 médicaments, on a fait tout ce qu'il faut. Je lui dis « Mais je ne peux pas ». Et là, mes collègues
170 ont vu que c'était trop pour moi et je suis sorti. J'ai fondu en larmes parce que je ne pouvais pas
171 du tout assumer cette prise en charge parce que j'ai alors peut-être que lui était prêt. Mais en
172 tout cas, moi pas du tout. Et le médecin est venu me voir et il m'a dit « Prescia est-ce que tu
173 veux ? » Voilà. Il m'explique en fait ce qu'il va faire, ce qu'il compte faire et il me demande si
174 je suis d'accord avec ça. Alors déjà, j'ai trouvé ça très admirable parce que venir demander à la
175 « petite » infirmière si on est ok avec le protocole de soin, je trouve ça beau.

176 **Moi:** [00:13:14] Oui.

177 **Soleil:** [00:13:14] Parce qu'il a vu que ça me touchait. Et ensuite, toutes mes collègues, elles
178 ont pris le relais et elles ont pris en charge ce monsieur du début à la fin parce que moi je ne
179 m'en sentais pas capable.

180 **Moi:** [00:13:23] Voilà. D'où l'intérêt aussi du travail en équipe.

181 **Soleil:** [00:13:25] Je ne peux pas t'expliquer pourquoi elle me touche particulièrement, mais en
182 tout cas, cette nuit-là. Alors voilà, c'est ce que je te disais sur le fait que voilà... peut-être que
183 c'était ma quatrième nuit, que j'étais fatiguée, éclatée, Que je ne sais pas... C'était trop pour moi.
184 Parce que des histoires bien plus tristes j'en ai eu.

185 **Moi:** [00:13:40] Et pourtant là, c'est cette situation qui t'est venue à l'esprit.

186 **Speaker2:** [00:13:42] Voilà, cette fois, cette situation, cette personne, ce moment-là, ça a fait
187 que pour moi c'était trop.

188 **Moi:** [00:13:48] Ok, super! En tout cas, merci pour cette histoire.

189 **Soleil:** [00:13:53] Si tu as besoin de plus, n'hésite pas. Tu as mon numéro, Tu m'appelles.
190 **Moi:** [00:13:56] Ok, ça marche. Merci beaucoup.

IV. Annexe IV : Grille d'analyse des entretiens :

THÈMES :	CADRE DE RÉFÉRENCE :	Pluie :	Orage :	Nuage :	Soleil :
Présentations (date de diplôme, expériences, services...)	X	Diplômé depuis 2011, carrière uniquement en psychiatrie, Unité pour Malade Difficile depuis 2 ans (110)	44 ans, diplômé depuis 2019. Ancienne comptable, infirmière en milieu carcéral puis urgences psychiatriques depuis 2 ans et demi.	25 ans, diplômée depuis juillet 2024 (8mois). Travaille depuis en service d'Urgences somatiques.	36 ans, diplômée depuis 2021. Travaille depuis aux Urgences, et fait également des remplacements en infirmière libérale.
Visions sur les représentations et leurs impacts sur la pratique professionnelles		« Se faire une idée de peut-être d'une situation, d'une personne avant même de l'avoir vue. » (Annexe III.I ligne 17-18) « C'est peut-être en lien avec ... un peu ce qu'on voit à la télé ou influencé par tout ça » (Annexe III.I ligne 20-21) « Alors qu'est ce qui fait que j'ai pas forcément d'a priori ? C'est que je suis très	« Il y a les représentations physiques et celles liées à la manière dont une personne parle et se présente. » (Annexe III.II, ligne 12 à 14) « Le jugement intervient forcément, il faut apprendre à s'en détacher. » (Annexe III.II, ligne 23-24).	« L'idée ou l'image qu'on a au préalable d'une situation, d'une pathologie ou d'un individu » et qui découlent de « notre histoire de vie, de notre vécu personnel, de notre culture, des médias » (Annexe III.III, ligne 7-10) « J'essaie au maximum de conscientiser pour pas que ça influence	

		pragmatique » (Annexe III.II ligne 44-45) « Le syndrome méditerranéen » (ligne 155)		<i>justement</i> » (Annexe III.III ligne 16/17)	
Situations considérées comme graves/particulières :		« J'ai été confronté à des patients qui ont eu des passages à l'acte assez grave » (Annexe III.I, ligne 54) « Il y avait un patient qui avait un antécédent de passage à l'acte sur un soignant, mais d'une autre unité. Assez grave. Bon, il n'y a pas eu le décès du soignant » (Annexe III.I ligne 69-71)	« J'ai pu rencontrer des patients qui avaient, qui avaient commis des assassinats, des viols. » (Annexe III.II ligne 29)	« Une patiente arrêtée pour excès de vitesse alors qu'elle était enceinte a été présentée par une infirmière comme simulant ses douleurs pour éviter un contrôle. » (Ligne 25).	
L'influence de ces situations sur la relation de soin ?		« Il ne faut pas non plus que ce qui s'est passé dans leur passé, les passages à l'acte entravent la prise en charge du patient. » (Annexe III.I ligne 60-61)	« Je ne pense pas que ça a été influencé » (Annexe III.II ligne 40) « On peut demander à un collègue de prendre le relais ou de prendre de faire	« On a été quand même un peu influencés dans notre prise en charge et où il aurait fallu peut-être pas être au courant déjà de la	

			la prise en charge » (Annexe III.II ligne 45-46)	situation » (ligne 32-33)	
Quelle vision avez-vous de la neutralité ?		« Elle existe la neutralité ? Ça fait bizarre ce mot » (ligne 99) « <u>l</u> ne faut pas non plus être trop ou pas assez, je pense. Mais on n'est pas des robots, quoi » (ligne 100-101) « J'essaie d'être dans ce qu'on appelle la juste distance. J'essaye, mais il y a <u>des fois</u> où on fait un peu plus en fonction du patient qui est en face et du transfert contre-transfert qui est là » (ligne 106-108)	« <i>Qu'elle est utopique (...) inconsciemment on n'est forcément pas neutre</i> » (Annexe III.II, ligne 52-53). « <i>En parler avec des collègues pour voir si justement on n'a pas été influencé par nos a priori pour après peut être essayer de voir si une situation se reproduisait, de ne pas réagir de la même façon.</i> » (Annexe III.II, ligne 54 à 56).	« La neutralité dans le soin, c'est la capacité du soignant à prendre du recul sur ses opinions » (ligne 54-55) « Il y a des soignants qui sont à force fatiguer et qui sont moins neutres dans le soin et qui influencent du coup notre prise en charge. » (Ligne 49-50)	
Situation pouvant venir bousculer les émotions ?		« C'était une mamie qui était venu, c'était même pas ... elle était venu au CAP, on avait un CAP aux urgences	« <i>Tout ce qui touche les enfants</i> » (Annexe III.II, ligne 76)	« Un patient. OH chronique (...) qui est venu en demandant de l'aide, (...) pour pouvoir pallier son souci	

		<p>et qui est venu alors qu'elle n'avait pas d'antécédents... juste pour un état de choc. Elle venait de perdre son mari, mais de manière brutale » (ligne 134-136)</p>	<p>La violence gratuite qui « <i>ne vient pas d'une pathologie (...)</i> où le patient va se défendre parce qu'il se sent agressé » (Annexe III.II, ligne 78-79).</p>	<p>d'alcoolisme et qui n'a pas pu être pris en charge par manque de place, par manque de moyens » (ligne 63-66)</p>	
<p>Sujet libre pour conclure l'entretien :</p>		<p>« La blouse ça fait que... ben. On s'efface quand même » (ligne 172-173)</p> <p>« Neutralité, c'est la distance, tout ce qui est distance émotionnelle, une distance... Juste. Voilà. Pas être dans le comment dire. Dans le trop, le trop, trop étouffer, trop chouchouter et pas être dans le froid... » (Ligne 181-183)</p>	<p>« Si j'ai un malaise cardiaque devant nous, ben automatiquement on va aller masser parce que c'est une urgence et que c'est un être humain. On ne va pas le laisser dans la souffrance ou mourir parce qu'il a fait quelque chose que nous on ne considérait pas bien. Mais après il y a la justice en France pour ça » (Annexe III.II ligne 112-115)</p>	<p>« On est, on est amené à travailler avec du personnel soignant qui est fatigué et je pense qu'inconsciemment on est conditionné à être moins neutre dans les soins que l'on prodigue (...) je pense qu'il faut vraiment rester dans cette optique-là de de prendre du recul sur les situations pour pouvoir prendre les patients en charge comme il faut. » (ligne 72-75)</p>	

V. Annexe V : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude :



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

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

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

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

Je soussigné(e) (Prénom, NOM) : Yoan BOURING

Promotion : 2022/2025

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 :

Soigner sans s'oublier

.....
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 ...03/04/2025..... Signature :