



DEFREVAL Camille

Institut de formation en soins infirmiers

740, chemin des Meinajariés

84907 AVIGNON Cedex

UE 5.6.S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Entre les mains et le cœur : L'art de soigner à travers les émotions



Date de rendu : 26 mai 2026

Directrice de mémoire : Mme THOMAS Élodie

Note aux lecteurs

“Il s’agit d’un travail personnel effectué dans le cadre d’une scolarité à l’IFSI d’Avignon et ne peut faire l’objet d’une publication en tout ou partie sans l’accord de son auteur”

Remerciements

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde gratitude à mes parents, qui m'ont soutenue tout au long de ces années d'études. Merci pour votre présence, votre patience, vos encouragements constants et la confiance que vous m'avez accordée. Votre soutien, aussi bien moral que personnel, m'a permis d'avancer malgré les difficultés rencontrées et de mener ce travail de fin d'étude à son terme.

Je souhaite également remercier très sincèrement Tess Palanque et Sidonie Pellegrin, mes amies de l'IFSI, pour tous les moments partagés au cours de cette formation. Merci pour votre écoute, votre bienveillance, votre soutien et votre présence dans les moments de doute comme dans les réussites. Ces trois années n'auraient pas été les mêmes sans nos échanges, notre entraide et tous les souvenirs construits ensemble.

Un immense merci à Mathias, pour son soutien inconditionnel, sa patience et sa présence quotidienne. Merci d'avoir su m'encourager, me rassurer et croire en moi tout au long de ce parcours. Ton accompagnement et ta compréhension ont été d'une aide précieuse dans l'aboutissement de ce mémoire.

Je tiens à adresser mes sincères remerciements à Madame Thomas, directrice de mémoire, pour son accompagnement, sa disponibilité et la qualité de ses conseils tout au long de ce travail. Son regard professionnel, ses remarques pertinentes et son soutien m'ont permis d'approfondir ma réflexion et de faire évoluer ce mémoire.

Je remercie également Madame Bory, ma formatrice pédagogique, pour son écoute attentive, sa bienveillance et son accompagnement tout au long de ma formation. Ses conseils et son soutien ont contribué à mon évolution personnelle et professionnelle durant ces trois années.

Mes remerciements s'adressent également à l'ensemble des formateurs de l'IFSI, pour les connaissances transmises, leur investissement et leur accompagnement au cours de ma formation infirmière. Chacun, à sa manière, a participé à la construction de mon identité professionnelle et à mon évolution en tant que future infirmière.

Enfin, je souhaite remercier les professionnels rencontrés en stage ainsi que les soignants ayant accepté de participer à mes entretiens. Leur disponibilité, leurs témoignages et le partage de leurs expériences ont été essentiels à la réalisation de ce travail de recherche.

Table des matières

Introduction	1
1. Situation d'appel	2
2. Question de départ	7
3. Cadre de référence	7
3.1 Les émotions du soignant : une composante indissociable du soin.....	8
3.1.1 Définition.....	8
3.1.2. Les émotions de base universelles	8
3.1.3 La résonance émotionnelle : partager la vulnérabilité pour créer la confiance	13
3.1.4 L'intelligence émotionnelle :.....	14
3.2 La posture professionnelle comme chemin d'équilibre	16
3.2.1 Définition.....	16
3.2.1 Une posture éthique	17
3.2.3 La juste-distance : écouter avec le cœur sans se laisser submerger.....	19
3.3 La relation de soin : un lien tissé à hauteur d'homme	23
3.3.2 La relation de civilité	23
3.3.3 La relation de soin	24
3.3.4 La relation d'empathie	24
3.3.5 La relation d'aide psychologique	25
3.3.6 La relation thérapeutique	26
3.3.7 La relation éducative.....	26
3.3.8 La relation de soutien social	27
3.3.2 Lorsque le cœur soigne autant que les mains.....	28
4. Enquête exploratoire	30
4.1 Méthodologie de recherche.....	30
5. Analyse des entretiens	32
5.1 Synthèse par entretien	32
Premier entretien – IDE 1 CMPEA	32
Second entretien – IDE 2 CMPEA	33
Troisième entretien – E.S CMPEA.....	33
Quatrième entretien – IDE 3 USP	34

Cinquième entretien – IDE 4 USP	35
Sixième entretien - IDE 5 USP	36
6. Limites de l'enquête.....	51
7. Problématique.....	52
8. Question de recherche.....	56
9. Conclusion	56
Bibliographie.....	58
Sommaire des annexes	I
Entretien n°1 : Mathilde (IDE1)	VII
Entretien n°2 : Christine (IDE2)	XII
Entretien n°3 avec Léo (IDE3)	XXI
Entretien n°5 avec Aurélien (IDE4)	XXX
Entretien n°6 avec Zacharie (IDE 5).....	XXXVII

Introduction

Les études en soins infirmiers permettent de développer notre capacité à prendre du recul par rapport à la pratique afin de nous amener à devenir des professionnels capables de s'interroger sur notre fonction, de la mettre en perspective et de comprendre le sens de nos actions. Il y a donc un savoir-faire et une capacité de réflexion que le soignant doit acquérir, dans ses pratiques futures tout autant que dans sa construction personnelle.

Tout au long de cette formation, il est attendu de l'étudiant qu'il puisse adapter sa posture, qu'il examine ses représentations initiales du métier au contact de l'observation de la réalité du terrain s'offrant à lui, et qu'il continue à mûrir professionnellement tant sous l'influence des cours que sous celui des expériences de stage.

Durant mes stages, j'ai pu voir que les dimensions émotionnelles jouaient un rôle primordial dans la relation de soin. Chaque rencontre mobilise des émotions, mais aussi des interrogations qui peuvent parfois se révéler plus personnelles et qui viennent interroger la manière dont on se place dans la relation soignant/soigné. Ces émotions qui jalonnent la vie relationnelle de chaque professionnel et qui viennent, dans certains contextes comme celui de la santé mentale et de la souffrance psychique, interroger et heurter la posture professionnelle.

Je suis amenée à prendre conscience, au cours de mon parcours d'apprentissage, de cette question des émotions et de leur place dans la relation entre le soignant et le soigné. Au cours de mon stage de deuxième année, dans un Centre Médico-Psychologique pour enfants et adolescents, je me souviens avoir eu cette interrogation sur la place des émotions du soignant dans cette relation si précieuse, si difficile et si complexe sur le plan émotionnel. Cette rencontre est bouleversante à plus d'un titre, mais elle est aussi une expérience qui s'impose à moi comme étant révélatrice et importante notamment au niveau des questions concernant la place des émotions dans la relation de soin, sur la nécessité de maintenir la proximité et la distance professionnelle, quand le vécu personnel est touché.

Interroger la résonance émotionnelle comme portail de compréhension de la relation de soin s'est alors naturellement imposé à moi. Être infirmière, c'est avant tout être en relation avec l'autre et, en cela, nous ne pouvons être que touchées par la sensibilité des patients. Sensible, humaine, soucieuse d'harmonie émotionnelle, toute infirmière doit néanmoins savoir quel

usage faire de la part d'émotion qu'elle accueille en elle. Savoir accueillir, reconnaître et réguler. En effet, il est une expérience dont nous nous souvenons toute notre vie d'infirmière : celle où une voix, un regard, une odeur ne laissent pas indifférente la jeune infirmière confrontée pour la première fois à un vécu douloureux d'un patient.

Dans un premier temps, je décrirai la situation de stage qui a nourri ma réflexion. Par la suite, à travers cette situation et après avoir posé ma question de départ, je mettrai des notions en perspectives : émotions soignantes, distance professionnelle et relation du soin dans un cadre de référence. Ensuite, tentant jour après jour d'être attentive à ce qui se joue à chaque instant, je mènerai mon analyse réflexive de cette confrontation. Et pour terminer, je m'autoriserai à des pistes de réflexion plus larges, sur une question de recherche (non traitée dans cet écrit) que ce travail peut soulever.

1. Situation d'appel

Nous sommes le 17 juin 2024, il est 9h30 et j'ai pris mon service une demi-heure auparavant.

Je suis en deuxième année d'infirmière et j'entame alors ma cinquième semaine dans un Centre Médico-Psychologique pour Enfant et Adolescent présent de la région. Une journée de travail dure huit heures, qui commence à 9h00 et se termine à 17h00. Elle est divisée en plusieurs parties, le matin - généralement - nous réalisons des entretiens d'accueil avec les enfants/adolescents, la famille est souvent présente, et l'après-midi nous animons des ateliers à médiation thérapeutique. La spécificité de ce CMP, à l'heure où je réalise mon stage, est qu'il est sur le point de fermer et que cette nouvelle est tombée la semaine passée. Ainsi, nous réalisons des entretiens mais les accueils ne pouvant pas être effectués dans leur intégralité (suite de la prise en charge), les enfants/adolescents étaient alors envoyés vers d'autres structures qui répondent à leurs besoins.

Le CMP est composé du personnel suivant : trois infirmières, une psychiatre, une psychologue, une psychomotricienne et une assistante sociale. Le rôle infirmier en pédopsychiatrie s'inscrit dans une dynamique pluridisciplinaire, où l'observation et le repérage des signes cliniques sont essentiels.

Ce jour, deux entretiens sont programmés entre 9h00 et 11h00. Une petite fille de douze ans avec des troubles du langage et une anxiété généralisée ainsi qu'un garçon de quinze ans avec des troubles du comportement.

Lily est une jeune fille de douze ans présentant également d'autres troubles : une recherche de satisfaction immédiate (impulsivité), inattention (incapacité à soutenir son attention pour réaliser une tâche précise), troubles du sommeil, agitation psychomotrice importante (incapacité à inhiber l'impulsivité lors de stimulations) et une baisse de la vigilance (énormément déconcentrée par son environnement).

Un premier accueil avait été effectué le 26 octobre 2020 pour les motifs suivants : colères, morsure sur la mère et retard de langage.

Lorsque j'entre dans la salle d'attente, je remarque une petite fille à la chevelure blonde recroquevillée dans un coin de la pièce. Tout d'abord je l'observe et je repère immédiatement de nombreux gestes parasites (froisse une feuille de papier blanc avec gestes répétitifs). Les gestes dits parasites sont souvent une façon de gérer le stress, une tentative de contrôle de l'inconscient, une réponse à un inconfort pouvant être physique ou émotionnel. L'infirmière présente ce jour, que nous appellerons Nora, fait alors entrer Lily et sa maman dans un bureau proche de l'entrée, celui qui appartenait auparavant à la psychiatre de l'établissement. La jeune fille ne prend pas place sur le siège en face de nous et préfère jouer avec la dinette. L'entretien n'a pas commencé que Lily jette déjà des objets à travers la pièce. Sa mère réussit à la calmer et lui demande de s'asseoir à côté d'elle le temps de l'entretien.

Dans un premier temps, l'infirmière pose à la mère certaines questions notamment la raison de leur présence aujourd'hui, le déroulement de l'accouchement, la scolarité de Lily, son niveau d'autonomie...

La mère de Lily a tout d'abord été hospitalisée à plusieurs reprises avec menace d'un accouchement prématuré avec ouverture du col. Il y a également eu des questions concernant le prénom de l'enfant, finalement choisi par le père, entraînant un conflit entre la belle famille paternelle et celle de la mère.

Lily est scolarisée en classe de cinquième dans un collège public de la région non loin du CMP. Ses troubles du langage sont apparus lorsqu'elle était en CE2, à la mort de son père, décédé des suites d'un cancer en phase terminale. Durant l'entretien, nous remarquons que pour pallier

ses difficultés de prononciation et d'articulation, Lily montre du doigt et rit exagérément et bruyamment pour essayer de s'intégrer dans la discussion (comportement également observé à la maison).

Nora m'ayant demandé de participer à l'entretien, je me permets de revenir sur le décès du père de famille car je comprends immédiatement que c'est l'élément déclencheur. En effet, la mère de Lily le décrit comme étant un homme bon, généreux et fier de son enfant évoquant même un "amour fusionnel". La jeune fille en était très proche et cherchait constamment à le rendre fier. Au point même où, durant un temps, elle ne voulait plus rien faire avec sa mère. Elle semblait aussi jalouse de la relation que cette dernière entretenait avec son père, selon les dires de sa maman.

Je peux ici me poser la question du deuil qui est un sentiment douloureux, une affliction profonde et triste que l'on éprouve à la suite de la mort de quelqu'un. Le travail du deuil se fait par un processus d'oubli, accompagné de cinq phases. Chez un adulte, ce travail se manifeste sous plusieurs signes que l'on peut retrouver dans les trois différentes sphères : physique (épuisement), psychologique (émotions et mobilisation de l'esprit par la pensée) ainsi que la sphère sociale et relationnelle (comportement modifié et isolement). Chez un enfant, il est plus difficile de reconnaître les phases de deuil si ce n'est passer par le comportement de celui-ci avec le monde qui l'entoure. C'est grâce à Elisabeth Kübler-Ross, une psychiatre helvético-américaine, qu'il est possible de nommer les phases du deuil. Selon elle, chaque individu passe par ce processus sans pour autant en respecter l'ordre et la durée. Nous retrouvons alors cinq étapes : le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation. Dans la situation, il semble difficile de dire dans quelle phase se trouve Lily. En ce qui concerne la mère, elle pourrait se trouver dans la phase d'acceptation puisqu'elle en parle au passé et semble avoir pris conscience de la disparition de son ex-mari. Certaines fois, elle laissait apparaître un sourire lorsqu'elle parlait de lui. La souffrance ne semblait pas prendre le dessus sur la discussion et il était plus simple d'obtenir les informations voulues.

Malgré moi, cette situation me touche particulièrement et de manière très brutale. En effet, ayant perdu un proche quelques mois plus tôt dont je n'avais toujours pas fait le deuil, cette histoire m'a directement ramené à mes émotions. Et j'ai alors ressenti un lien affectif qui s'est instauré de façon automatique entre Lily, la patiente, et moi, l'étudiante infirmière en position d'interprète. Avant que l'entretien ne commence, l'infirmière présente ce jour m'avait demandé de me positionner dans ce rôle. Comment repérer et gérer les émotions dans une relation de

soin, particulièrement lorsque le vécu personnel du soignant résonne avec celui du patient ? Dans un cas comme celui-ci, il est important d'être en mesure de faire la part des choses même si se mettre à la place du patient est un sentiment tout à fait humain. Peut-on alors parler de compassion ? Et doit-on la différencier de l'empathie ? Dans le langage commun, la compassion et l'empathie sont presque synonymes, cependant leur diffère autant dans la nature de la démarche et dans l'intensité. Littéralement, la compassion est traduite par "souffrir avec", de partager les maux et la souffrance des autres. Alors que l'empathie désigne la capacité d'un individu à percevoir et reconnaître les états affectifs d'autrui, ce qui ne veut pas dire que l'on ressent soi-même la douleur de la personne affectée.

C'était un sentiment incontournable et indépendant de tout contexte de réalité. Cette notion de projection était donc très présente dans cet entretien, une relation asymétrique. Peut-on alors dire que la projection est le reflet du patient dans l'âme de l'interprète ? Ces émotions peuvent se traduire par une identification avec le patient, des difficultés à maintenir l'objectivité ou des changements dans la qualité de la communication. Comment mettre au service du soin l'affect dans une situation qui nous touche personnellement ? Et comment faire en sorte que l'engagement émotionnel du professionnel ne soit pas un frein dans le métier de soignant ?

S'impliquer dans le soin, c'est s'engager, se rendre responsable de la prise en charge de la souffrance d'un malade. C'est également y mettre de l'énergie, y consacrer du temps et de l'attention. L'empathie envers le patient amène le professionnel de santé sur un terrain commun à l'individualité et une condition humaine partagée. Il se mobilise en tant qu'être humain et pas uniquement en tant que technicien de la santé envers un corps souffrant. Un autre rapport s'établit, qui engage le professionnel de santé au-delà de sa fonction première et le révèle en tant qu'être humain. L'empathie est une réelle source de savoir pour les soignants, qui ne découle pas uniquement de l'observation de l'autre, mais aussi de l'observation de soi, de ce que l'on ressent, de ce que l'on éprouve vis-à-vis de l'autre. Nous sommes des êtres sensibles : c'est-à-dire que les émotions de l'autre nous touchent et provoquent en nous des émotions. La compétence relationnelle repose sur l'intelligence émotionnelle, la capacité à reconnaître ses ressentis et à les utiliser comme levier pour mieux comprendre le patient sans en être envahi. Selon Paul Audi, un philosophe français ayant rédigé « *Soins et Compassion* » en 2021, la compassion est une expérience affective spontanée, c'est la capacité d'identifier et de comprendre émotionnellement la souffrance d'une autre personne. Elle se traduit par une motivation à aider à apaiser cette souffrance et à agir afin de diminuer la peine ou l'inconfort.

Le vécu émotionnel du soignant tient une place essentielle dans la relation de soin, une relation authentique entre deux personnes, notamment en santé mentale où l'implication affective est particulièrement sollicitée. Mais la posture soignante envers un enfant est-elle la même que celle devant être tenue face à un adulte ? Dans les soins pédopsychiatriques, la posture professionnelle ne peut être la même qu'avec les patients adultes. En effet, il faut être capable de voir en soi, quel que soit le contexte, sa dimension émotionnelle et professionnelle, c'est une étape essentielle vers une pratique réflexive. Dans la situation étudiée, le deuil personnel récemment traversé a trouvé un écho dans l'histoire de l'enfant, provoquant une résonance émotionnelle. Cette dernière a pu entraîner un envahissement affectif, qui est venu renforcer la relation soignant-soigné à ce moment précis. L'aptitude émotionnelle est la capacité que nous avons de ressentir les émotions d'autrui, comme si elles étaient les nôtres à certains moments. Cette connexion humaine dite instinctive peut parfois être belle et intense, étant au centre de nos relations et de nos échanges.

Claudine Blanchard-Laville, professeure de sciences de l'éducation, dans l'article de revue « *Cliopsy* » datant de 2021, avance que la professionnalité ne devrait pas demander aux professionnels de refouler leurs émotions mais bien au contraire de pouvoir accéder à ces dernières, de les nommer et de les solliciter dans l'interaction professionnelle. Comment reconnaître mes émotions comme des indicateurs utiles de la relation, plutôt que comme des faiblesses professionnelles ? En quoi la résonance émotionnelle participe-t-elle à la qualité du soin relationnel ? Aurais-je franchi une barrière en parlant de mon propre vécu ? Cette résonance permet au soignant de mobiliser la souffrance ou l'impuissance ressenties dans une situation comme celle-ci. C'est un mode d'accès à la connaissance de soi et de l'autre pour une pratique plus lucide et plus humaine.

On vous dit souvent qu'il faut protéger sa vie privée, à tout prix. Cependant, parler de son vécu peut aider à humaniser la relation. En effet, les expériences personnelles peuvent favoriser la confiance d'un patient envers un soignant, tant que cela sert au patient et non au soignant. Est-ce qu'une fois que l'on est professionnel, nos émotions doivent être mises de côté ou au profit du soin ?

Malheureusement le contexte institutionnel de l'établissement ne permettait pas d'assurer une nouvelle prise en charge. Elles ont d'ailleurs été mises en relation avec un autre CMP enfant et adolescent de la région.

Je n'ai pas été en capacité de faire la différence entre le vécu de la patiente et le mien, je n'ai pas non plus réussi à prendre de la distance et de la hauteur sur une situation qui n'est pas la mienne. Je n'ai pas repéré l'affect que Lily a suscité chez moi et cela a donc modifié ma façon d'interpréter le transfert dans ce soin. Mais comment, en tant que professionnel de santé, ne pas prendre en compte notre propre vécu ?

Comment différencier les ressentis qui nous appartiennent et ceux que le patient nous transmet ? Et quels outils peuvent aider à maintenir la juste distance professionnelle ? La distance professionnelle ne signifie pas absence d'émotions, mais gestion consciente de celles-ci. Il est possible ici de mettre en lien l'intelligence émotionnelle qui permet au soignant d'anticiper et de répondre aux besoins émotionnels de manière adaptée renforçant ainsi leur rôle d'accompagnants dans les moments difficiles. Comment concilier empathie et distance professionnelle dans la prise en charge d'enfants présentant des troubles anxieux et des comportements impulsifs ? Cette notion de distance repose sur un concept subjectif car aucun de nous n'a la même sensibilité face à cette idée de distance et que ce concept s'applique à la fois en termes de proximité physique comme psychique. Pourtant ce concept est abstrait, non mesurable, même si son importance est capitale dans la prise en charge des patients étant donné que la relation est la base de tous les soins.

2. Question de départ

Ma réflexion autour de cette situation m'amène à poser la question de départ suivante :

« Comment le vécu émotionnel de l'infirmier impacte-t-il sa posture professionnelle et son implication dans la relation de soin ? »

3. Cadre de référence

Autour de ce cadre gravitent trois notions : les émotions du soignant, la posture professionnelle et la relation de soin. Cette partie sera ainsi accompagnée d'une recherche documentaire afin de les définir et d'affiner mon enquête exploratoire sur le terrain, face aux professionnels de santé que j'irai interroger.

3.1 Les émotions du soignant : une composante indissociable du soin

3.1.1 Définition

Selon le Dictionnaire Humaniste Infirmier, les émotions sont une « *expression verbale ou physique réactive, involontaire ou non, de personne affectée par la joie, la douleur, la colère, le chagrin, la perte...* » (2013, p.108). Nous pouvons également nous fier à la définition donnée par le Trésor de la Langue Française : « *L'émotion est une conduite réactive, réflexe, involontaire vécue simultanément au niveau du corps d'une manière plus ou moins violente et, affectivement sur le mode du plaisir ou de la douleur* » (1939).

Selon la psychiatre Lamour Martine et la psychologue clinicienne Barraco Marthe (2005), les émotions soignantes désignent l'ensemble des émotions et sentiments, ainsi que les brefs récits intérieurs expérimentés par le professionnel de santé lors de la rencontre avec le patient et sa souffrance. Elles prennent source dans la relation partagée entre le soignant et la personne soignée : chaque rencontre interpelle la sensibilité du professionnel, ses valeurs, son vécu et sa propre fragilité. Les émotions du soignant ne sont donc pas des entraves au soin, mais des repères précieux de ce qui se joue dans la relation. Elles traduisent la résonance émotionnelle du soignant face à la souffrance, la peur, le rejet ou la tristesse du patient. Ressentir, relier, délimiter et s'approprier ces émotions ouvre la voie à des outils de compréhension, plutôt que de les subir ou de les nier. De ce fait, les émotions soignantes participent à la qualité du lien thérapeutique : elles constituent une matière vivante du soin, à condition d'être reconnues, pensées et partagées dans un cadre professionnel.

Si nous prenons appui sur les récits de Michel Dupuis (2023), les émotions soignantes prennent place dans une dimension de « chair à chair ». Ce ne sont pas des faiblesses à éliminer mais plutôt des forces à adapter, à mettre au profit du soin. Il s'inspire également de Levinas et dit que « *le soin est autre chose qu'un savoir, une expérience ou une connaissance d'un connu maîtrisé [...] Le soin est également autre chose qu'une attitude généreuse, une posture sincère, un humanisme profondément vécu* » mais que c'est aussi « *une émotion, peut-être l'émotion par excellence* ».

3.1.2. Les émotions de base universelles

Pour aborder le sujet des émotions, nous pouvons nous baser sur la théorie des émotions de base universelle expliquée par Paul Ekman dans les années 1970. De ce fait, il s'est orienté

vers la démarche évolutionniste qui caractérise les travaux du naturaliste anglais Charles Darwin. Cette position, notamment celle d'Ekman, repose sur la constatation universelle des émotions et sur l'origine biologique et non culturelle de celles-ci. Selon lui, une émotion est dite universelle si l'individu l'exprime avec la même configuration faciale que n'importe quel autre individu, quelles que soient sa culture ou ses origines. Les six émotions de base universelles sont la peur, la joie, la tristesse, le dégoût, la colère et la surprise.

La peur est définie comme un « *état affectif plus ou moins durable, pouvant débiter par un choc émotif, fait d'appréhension (pouvant aller jusqu'à l'angoisse) et de trouble (pouvant se manifester physiquement par la pâleur, le tremblement, la paralysie, une activité désordonnée notamment), qui accompagne la prise de conscience ou la représentation d'une menace ou d'un danger réel ou imaginaire* » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales). Si nous nous basons sur les recherches de Paul Ekman, c'est l'émotion la plus primitive. Elle est considérée comme fondamentale, celle à partir de laquelle toutes les autres émergent, il s'agit de la prise de conscience d'un danger, la rencontre avec l'Inconnu. Mais la peur c'est aussi « *ce qui permet à un individu ou à un groupe de subsister face à un danger, elle permet la survivance* » (Marie Escudié, 2019, p. 112 à 122). Comme le disait J-P. Sartre « *Tous les hommes ont peur, tous. Celui qui n'a pas peur n'est pas normal* ». Or la peur est une émotion complexe sachant toucher tout un chacun et notamment chez les soignants. C'est une émotion qui fonctionne avec de nombreux mécanismes et d'origines diverses. Se confronter à ses peurs peut être positif et permettre de les apaiser progressivement, cela à condition de bien s'y préparer. Lors de soins infirmiers de bonne qualité, le soignant doit avoir de bonnes compétences relationnelles. Les outils de communication tels que l'empathie, la congruence, l'écoute ou l'authenticité sont nécessaires pour une prise en soins holistique.

La joie est une « *émotion vive, agréable, limitée dans le temps ; sentiment de plénitude qui affecte l'être entier au moment où ses aspirations, ses ambitions, ses désirs ou ses rêves viennent à être satisfaits d'une manière effective ou imaginaire. Contentement, profonde satisfaction* » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales). Pour Paul Ekman, c'est la motivation vitale, le plaisir de vivre. Elle est en partie la libération des peurs mais aussi une forte stimulation du positif. C'est aussi « *une émotion capitale. Elle nous met en mouvement, décuple notre énergie, favorise l'action, la coopération et la créativité* » (Martine-Eva Launet et Céline Peres-Court, 2021, p. 30 à 31). La joie exprime une satisfaction caractérisée par un sentiment de plénitude qui va être un moteur à l'envie de progresser, la meilleure source de

motivation, elle libère une énergie qui va se manifester sous différentes formes : bonne humeur, exaltation, gaieté, réjouissance, plaisir... La joie peut favoriser la relation de soin lorsqu'elle est partagée, transmise, ajustée. Un sourire, une parole encourageante, une attitude positive peuvent apaiser le patient, développer la confiance et améliorer l'expérience de l'hospitalisation. La joie participe à l'humanisation du soin. Elle permet de remettre le patient en chemin vers l'espoir, la motivation, l'adhésion. Mais la joie doit toujours être associée à la clinique et aux émotions du patient. L'infirmier doit faire œuvre d'adaptation et d'écoute et ne pas minorer la souffrance, les inquiétudes de son patient. La joie devient alors, dans le discernement, un pôle structurant de la relation de soin au sein d'une prise en charge globale, respectueuse et humaine.

La tristesse est définie comme étant un « *état d'incapacité à éprouver de la joie, à montrer de la gaieté, se traduisant notamment par les traits du visage affaissés, le regard sans éclat* », ainsi qu'une « *réaction douloureuse en présence d'un mal que l'on ne peut fuir ou en l'absence d'un bien dont on éprouve la frustration* » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales). Paul Ekman, quant à lui, la décrit comme « *un sentiment de vide intérieur, de manque, de désarroi, la gorge nouée et les larmes* ». La tristesse signale un manque affectif. Éprouver de la tristesse, c'est consentir à être en manque. C'est là un état transitoire et utile à un avancement vers une nouvelle situation. Elle est requise chaque fois qu'on doit faire son deuil. Elle induit un abaissement d'énergie. Elle se présente sous différentes intensités : cafard, mélancolie, dépression, chagrin, amertume... La tristesse est, sans conteste, un affect important dans le rapport de soin, car il est en effet possible de partager la tristesse, ressentie ou perçue entre le patient et le soignant. Quand le patient dit sa tristesse, il semble que c'est à l'infirmier d'accompagner ce ressenti. En manipulant l'émotion avec une bienveillance, une empathie et une attention respectueuse. La présence du soignant, parfois muette, peut constituer pour le patient une aide véritable. La capacité d'être à son écoute, l'acte de reformuler, l'attitude non jugeante permettent au patient d'être reconnu dans sa souffrance, ce qui pourrait contribuer à l'installation d'un climat de confiance propice à l'alliance thérapeutique.

Le dégoût est défini comme étant un « *manque d'intérêt ou d'estime pour quelque chose (parfois pour quelqu'un)* » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales) ou « *intense sentiment de lassitude ; absence complète d'attraits pour quelque chose, aversion* » (Centre

National de Ressources Textuelles et Lexicales). En se basant sur la théorie de Paul Ekman, c'est « *la fermeture, le rejet : cette émotion s'illustre facilement dans la survie alimentaire mais aussi dans la confrontation à des actes immoraux. Cette émotion permet la préservation de son intégrité* ». La pratique infirmière est un champ d'expertise où le dégoût peut s'exprimer même s'il est rarement mentionné. L'émotion dégoût est vécue dans certaines situations de soin comme les plaies, les odeurs corporelles, les sécrétions, l'incontinence, ou la malpropreté due à la maladie ou à la dépendance. Cette réaction naturelle, humaine, peut cependant mettre à mal la posture professionnelle des soignants. Selon Freux, « *De même que nous détournons notre organe sensoriel « nez » devant les objets qui puent, de même le préconscient et notre compréhension consciente se détournent du souvenir. C'est là qu'on nomme le refoulement.* » (1897). D'après lui, il permet de comprendre l'ambivalence qu'il suscite (entre refoulement et attirance). Le dégoût est un enjeu dans le soin, car il peut être perçu par le patient, même quand il n'est pas exprimé verbalement. Un comportement qui ne serait pas intentionnel pourrait passer pour une atteinte à la dignité du soigné. L'attitude neutre, respectueuse et empathique permet de corréler la situation du soin avec l'identité de la personne. La prestation de soin devient, dès lors, une approche technique additionnée à une approche relationnelle qui prend soin des besoins de l'autre. Le dégoût reconnu et travaillé aide aussi à s'interroger professionnellement sur sa posture soignante, sur la question de la bonne distance. La réflexion participe ainsi à une construction de l'identité infirmière et donc aussi à la maturation des compétences émotionnelles nécessaires au soin.

Qu'est-ce que la colère ? C'est une « *vive émotion de l'âme se traduisant par une violente réaction physique et psychique* » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales). Pour Paul Ekman, c'est « *une réponse à une menace. Elle semble être, toujours en lien avec la psychanalyse, l'expression de la pulsion de vie. La colère est la volonté de se défendre. C'est la réponse à la peur* ». Ancrée dans le réel, bien qu'elle soit légitime, la colère peut devenir problématique si elle n'est pas gérée correctement. Elle altère la qualité des soins et se révèle néfaste vis-à-vis de la relation thérapeutique, pouvant entraîner des comportements inadaptés (propos et mouvements brusques, retrait physique et moral). La régulation de cette colère, selon S. Nasielski (La Parole aux Emotions, 2009, p.1 à 14) repose sur plusieurs leviers tels que le retrait, l'analyse de la situation, l'expression des ressentis en équipe, la formation à la communication et à la gestion des situations conflictuelles. Par ces moyens, le soignant doit préserver à tout prix une posture professionnelle respectueuse et sécurisante. « *La colère*

constitue d'abord un signal de frustration, ou de violation du territoire, par la mise en train d'un mouvement de protestation » (S. Nasielski, 2009), est une citation de l'article de revue « Le bon usage de la colère » où l'auteur nous explique les fonctions de cette émotion universelle. Dans l'expression des ressentis, la colère peut aussi être mobilisée par le patient qui est en état de souffrance, de douleur, de perte d'autonomie, d'incompréhension ou même d'angoisse. Cette colère peut alors parfois être redirigée vers les soignants, représentants de l'institution. Il a ainsi un rôle à jouer dans l'accueil et la canalisation de cette émotion. Elle ne doit pas être prise comme personnelle mais plutôt comme un mal-être ou un besoin insatisfait. Le relationnel peut aussi être rétabli par le biais de reformulation, d'écoute active ou d'une attitude calme, apaisante. Cela dit, le soignant doit encadrer la situation pour garantir la sécurité de tous. La colère, lorsqu'elle est reconnue et prise en compte, peut devenir un outil de compréhension et d'amélioration de la relation de soin.

« *État de quelqu'un qui est frappé par quelque chose d'inattendu* » (Larousse) est la définition donnée la surprise. Le psychologue Paul Ekman dit que c'est « *l'émotion qui fait sortir de la routine pour répondre à une nécessaire réadaptation à l'environnement* ». Il peut arriver que l'infirmier soit face à un événement provoquant la surprise (évolutions cliniques inattendues, réponses surprenantes venant d'un patient, annonce médicale inattendue, situation d'urgence...). La surprise génère alors un temps d'hébetement ou de déstabilisation. Bien maîtrisée, elle permet au professionnel d'adapter rapidement ses pratiques et sa posture, de déployer les compétences adéquates, de susciter la réflexion clinique et d'induire l'apprentissage professionnel. Au contraire, elle produit une perte de contrôle momentanée ou des réactions inadaptées, notamment dans les gestes techniques ou les paroles. La formation, l'expérience et le travail d'équipe rendent les infirmiers plus « ressources » face aux événements imprévus. La capacité à anticiper ces moments tout en restant disponible cognitivement pourra être une condition pour transformer la surprise en levier de professionnalisation. « *La surprise fait sursauter et permet de prendre du recul pour s'adapter aux événements. Elle est brève et s'estompe, laissant généralement place à une autre émotion. S'il s'agit d'un danger, la peur peut s'installer. S'il s'agit d'une bonne nouvelle, la joie prend le relais* » (Martine-Eva Launet et Céline Peres-Court, 2018) est une citation retrouvée dans l'ouvrage « La boîte à outils de l'intelligence émotionnelle » (2018). Nous comprenons qu'en outre, la surprise positive peut participer au soin, dès lors qu'elle est corrélée à une attention

spécifique au patient. Dans ce sens, elle participe à rendre le soin plus qualitatif en mettant l'humanité à profit.

A côté des émotions primaires, on retrouve également les émotions secondaires, dites mixtes, puisqu'elles constituent un mélange des émotions de base. Comme la honte qui réunit la peur et la colère envers soi-même. Ces ressentis sont plus réfléchis.

3.1.3 La résonance émotionnelle : partager la vulnérabilité pour créer la confiance

En partant des affirmations formulées par Claudine Blanchard-Laville (2021) et des concepts mobilisés dans son article, la résonance émotionnelle est, dans ce cadre, perçue comme la possibilité pour le soignant de découvrir (de repérer au sens plus large) ce que la rencontre avec l'autre rappelle chez lui : émotions, affects, mouvements intérieurs, etc. Ces manifestations ne sont pas seulement des réponses individuelles mais également des repères de la dynamique relationnelle : tensions et/ou besoins dans la situation de soin. En s'y attendant, le professionnel peut accéder à une compréhension plus aigüe de ce qui se joue dans la relation. Dès lors, loin d'être un risque de débordement ou de perte de distance professionnelle, la résonance émotionnelle est partie intégrante de la professionnalité : elle témoigne de l'engagement du sujet dans la relation et, si elle est reconnue, « travaillée », elle participe à l'ajustement, à la compréhension, à la transformation. Prendre conscience de la résonance permet au soignant de mobiliser la souffrance, l'impuissance ou la culpabilité qu'il a ressenties comme ressources de discernement. La résonance émotionnelle devient alors un mode d'accès à la connaissance de soi et de l'autre pour une pratique plus lucide, plus éthique, plus humaine.

La résonance émotionnelle est étroitement liée à l'intuition, car elle implique la capacité à ressentir et à comprendre les émotions des autres de manière profonde et instinctive. Elle peut également aider à identifier les connexions profondes et authentiques avec les autres. Lorsque nous ressentons une forte résonance émotionnelle avec quelqu'un, cela peut indiquer que nous partageons des expériences similaires, des valeurs communes ou une compréhension mutuelle, ce qui renforce nos liens interpersonnels et nous guide vers des relations de confiance. L'intuition est souvent guidée par nos émotions et nos sentiments intérieurs. Lorsque nous ressentons une résonance émotionnelle avec une décision ou une situation, cela peut être un indicateur puissant que cette voie est alignée avec nos besoins et nos désirs profonds, ce qui renforce notre intuition pour suivre cette direction. Cette connexion émotionnelle renforce

notre intuition sur la manière d'interagir avec les autres, de soutenir leurs besoins émotionnels et de cultiver des relations positives et enrichissantes.

3.1.4 L'intelligence émotionnelle :

Nous retrouvons deux définitions intéressantes de l'intelligence : « *Ensemble des fonctions psychiques et psycho-physiologiques concourant à la connaissance, à la compréhension de la nature des choses et de la signification des faits ; faculté de connaître et de comprendre* » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales) ainsi que « *Fonction mentale d'organisation du réel en pensées chez l'être humain, en actes chez l'être humain et l'animal* ». Il n'y a cependant aucune incompatibilité entre l'action et la pensée dans une intelligence complète (Lamartine, *Voyage en Orient*, 1835, p. 137).

Viendra ensuite une réflexion sur l'intelligence émotionnelle décrite ici par Daniel Goleman dans son ouvrage « *L'intelligence émotionnelle - Analyser et contrôler ses sentiments et émotions, et ceux des autres* » (1995). Ce psychologue américain aborde la conscience émotionnelle, la régulation des émotions, l'empathie et les compétences relationnelles. Même si cet ouvrage n'est pas axé sur le soin, les notions qu'on y retrouve sont une base conceptuelle chez les soignants. Tout comme les dictionnaires et Daniel Goleman, l'intelligence émotionnelle est aussi « *la capacité à comprendre et gérer ses émotions et celles des autres* ». Il est pourtant bon de rappeler que c'est la définition d'intelligence émotionnelle formulée par le psychologue américain Howard Gardner à partir de ses travaux sur « *Les Douze Intelligences multiples* » (dont Daniel Goleman fut l'un des collaborateurs) qui aide à comprendre la définition de l'intelligence émotionnelle. Gardner donne, au sens large, la définition de « *la possibilité d'interagir efficacement avec les autres membres du groupe et avec le monde extérieur* ».

Goleman décrit alors cinq composantes de l'intelligence émotionnelle. D'abord, il reconnaît « *la conscience de soi* » faisant référence à la capacité de reconnaître et comprendre ses émotions. Elle recouvre ici cette première dimension qui est la capacité à prendre conscience - dans le moment présent - de ses émotions. C'est-à-dire à observer ses émotions, à les nommer, à repérer leur intensité et même à prendre conscience de ce qui est sur le point ou susceptible d'être fait et de l'impact que cette émotion peut avoir sur nos actions. Elle aide à contrôler nos réactions

émotionnelles, si, par exemple, une insulte vous est proférée, il est alors possible de prendre du recul, de penser avant de répondre.

La deuxième composante est « *L'autorégulation* » ou encore « *La maîtrise des émotions* » qui renvoient ici à la capacité d'auto-réguler ses émotions, de les ajuster à son environnement. L'expression courante se trompe à cet égard puisque « maîtriser ses émotions » renvoie généralement à l'incapacité de faire face à une émotion écrasante. On peut avoir délibérément l'esprit occupé à une émotion donnée, à condition d'utiliser au moins un dispositif susceptible d'y favoriser celui-ci.

La troisième composante est la « *motivation* ». Elle résulte d'un processus complexe qui mobilise à la fois la personne et son environnement. Pourtant il faut pouvoir faire la distinction. Au fond, la motivation est causée par l'intérêt, qui correspond à une mise en mouvement volontaire vers un objectif. L'intérêt est la prise en compte d'une situation jugée valorisante, et donc potentiellement atteignable. En vérité l'intérêt peut parfaitement être synonyme de la motivation. Car en fin de compte ce qui est moteur, c'est être intéressant, pour soi, ou pour l'autre. L'intérêt est une façon de motiver.

L'empathie, étant la quatrième composante, renvoie à la capacité de se mettre à la place de l'autre. La possibilité d'être empathique requiert bien la possibilité de se projeter dans le point de vue de l'autre. C'est une forme de perception dont la spécificité, l'autonomie de fonctionnement par rapport à l'intelligent, est précisément établie. L'empathie consiste en un processus cognitif donnant une réponse émotionnelle à autrui telle qu'identifiée, mais aussi inscrite dans le contexte et dans les raisons qui font que l'autre ressent ce qu'il ressent, et donc, en fonction d'une situation en fonction de laquelle il ressent ce qu'il ressent.

La dernière concerne « *les compétences sociales* » pouvant être interprétées comme les capacités que détient un individu à mener à bien avec les autres ce que l'on pourrait appeler des interactions sociales au sens très large, c'est-à-dire « interpersonnelles » ou « interculturelles », dites de manière plus harmonieuse. Ces compétences sociales sont ce qui aide l'individu à échanger avec autrui et vivre sereinement les différences interculturelles relevant de la maîtrise de soi et de l'empathie.

Thorndike, 1920 (Thorndike & Stein, 1937) mentionne différents types d'intelligence, dont l'une est dite « sociale » : « *la capacité de comprendre et de gérer les hommes [...] d'agir avec sagesse en matière de relations humaines.* » Comprendre, c'est entendre les motivations et comportements de l'autre (Dhani & Sharma, 2016). Bien que Wechsler soit le précurseur de

notre intelligence émotionnelle nous faisant écho aujourd'hui, il introduit pour sa part l'idée d'intelligence « non-cognitive » qui rendrait compte d'une part d'adaptation non négligeable des humains (Wechsler, 1943) et il élargit la définition de l'intelligence : « *L'intelligence est la capacité agrégée ou globale de l'individu d'agir intentionnellement, de penser rationnellement et de faire face à l'environnement avec efficacité* ». Dès les années 1920, le QI ou l'intelligence générale ne suffisent plus à expliquer les capacités d'adaptation et de réussite des individus. Plus près de nous, Gardner (1983) reprend cette question de l'intelligence sociale dans des théories des intelligences multiples s'attachant à développer différents types d'intelligences. Salovey et Mayer (1990) proposent une approche centrée uniquement sur les émotions et ils développent des méthodes de mesures s'inspirant des tests classiques d'intelligence. Le MSCEIT (Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test) est un outil d'évaluation des habiletés qui repose sur le principe que les capacités affectives et relationnelles des individus peuvent être développées à travers des dispositifs adaptés. L'instrument est conçu pour mesurer la capacité des individus à percevoir, utiliser, comprendre et réguler les émotions.

3.2 La posture professionnelle comme chemin d'équilibre

3.2.1 Définition

Le terme « posture » apparaît en 1588, de l'italien « postura » et désigne une « attitude particulière du corps », synonyme d'attitude, de maintien et de position, mais aussi de contenance. Or sa caractéristique « professionnelle » est dérivé de la profession avec le suffixe -el. Il est souvent utilisé pour apprécier les manières de travailler, en référence notamment à la conscience professionnelle ou aux compétences.

La posture en général est la « *Position du corps ou d'une de ses parties dans l'espace* » au sens propre (Larousse). Mais au sens figuré, on la définit également comme « *Attitude adoptée pour donner une certaine image de soi ; positionnement tactique* » (Larousse). Pour ce qui est de la posture professionnelle, c'est la « *situation dans laquelle agit un professionnel, tout autant que le système d'attitudes qu'il adopte dans cet exercice* » (T. Mullin, 2022).

Pour C.Paillard, « *la place que l'on veut occuper dans la vie professionnelle ; dans une situation donnée. Ce terme englobe un ensemble de connaissances mises en actions (savoir-faire et savoir-être) pour assurer son désir d'efficacité mais aussi pour favoriser un soin basé sur une relation professionnelle avec les individus [...]. Savoir où l'on est, ce que l'on fait, pourquoi on le fait, poser sans cesse la question du sens et agir en conséquence* » (Paillard, 2013, p 414). Elle tente de montrer quelle attitude adopter vis à vis d'un patient en ne cessant de se poser la question : « Pourquoi est-ce que je fais cette action ? ». Selon Maela Paul, c'est « un processus de construction qui permet de se positionner mais aussi d'être positionné dans un environnement défini » (2004). Le terme e posture vient faire suite à celui de positionnement et désigne « une manière d'être en relation à autrui dans un espace et à un moment donné. C'est une attitude 'de corps et d'esprit' » (2012). Cela nous permet de dire qu'il n'y a pas une posture spécifique mais un changement d'attitude physique et/ou psychologique. « *La posture du professionnel, c'est en termes d'implication, de négociation, de participation qu'elle se définit. L'implication est à entendre comme l'expression de la volonté. Il s'agit bien de s'impliquer, et non d'être impliqué malgré soi. C'est également la manifestation d'une parole professionnelle, d'une perspective spécifique sur les situations* » (Posture du corps et de l'esprit, 2007, p.77) a confié J. Ladsous, un pédagogue français. Il est fondamental d'être lucide sur les objectifs des soignants Savoir adopter une posture professionnelle doit être un attendu social partagé.

3.2.1 Une posture éthique

Pour Maela Paul (2004), la posture professionnelle est conçue comme « *une relation éthique et une disposition relationnelle, plutôt qu'un simple geste technique ou un rôle joué par le professionnel* ». C'est à condition de mettre en œuvre son savoir-faire et son savoir-être à l'égard de l'accompagné, tout en respectant son choix, sa dignité et son autonomie. La posture professionnelle est désignée comme « spécifique » car elle ne se réduit pas à une gestualité technique ou une action relevant du rôle prescrit, mais redistribue cette notion dans une dimension humaine, émotionnelle et réflexive à l'accompagnement.

Selon elle, l'attitude professionnelle de l'accompagnant repose sur plusieurs « *sous- postures* ». Au préalable, la posture éthique fait intervenir une réflexivité continue, un besoin de ne pas juger, un impératif de non-violence pour soi et en accord avec l'autre, en respectant les conditions d'existence de l'autre. Le professionnel doit donc être en constant éveil sur le sens

de son action et agir éthiquement. En second lieu, la posture de non-savoir consiste à d'une part, admettre d'abord auprès de l'autre que le professionnel n'a pas les réponses. Cela permet au professionnel de rendre l'autre participant du processus, de cocréer une espace de questions, d'échange de réflexions au lieu de soumettre au patient des solutions. La posture de dialogue repose sur l'égalité entre les partenaires dans la relation, sur la confiance. Le partage est réciproque au niveau des pensées libres, du dialogue, d'un échange d'idées exprimées sans crainte ; la participation active de l'accompagner au processus est ainsi encouragée tout autant que le refus. Enfin, la posture d'écoute constitue la dernière posture mise en œuvre. L'écoute dépasse la simple audition de l'autre. Elle nécessite un accord du praticien dans le cadre de la rencontre et ne doit pas être passive mais doit nécessiter de reformuler, de poser des questions, car c'est la personne accompagnée elle-même qui doit apprendre à construire son propre sens, son intelligibilité et ses propres réponses. L'écoute devient alors une véritable médiation active auprès du patient, permettant son développement et pouvant le soutenir par rapport à ses difficultés.

La notion de posture professionnelle, figurant dans la réforme de la formation infirmière, est précisée dans l'arrêté du 31 juillet 2009 mettant en avant la compétence posture professionnelle décline en cinq sous-unités : « *L'accompagnement de la personne dans la réalisation de ses soins quotidiens ; l'évaluation d'une situation clinique ; la communication et conduite de projet ; soins éducatifs et formation des professionnels et stagiaires ; mise en œuvre des thérapeutiques et coordination des soins ; analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles* ». Un brin d'intégration par ces compétences intégratives permet d'appeler, à mobiliser des savoirs qui seront effectivement utilisés en situation de soins ou en situation clinique pour ainsi intégrer les savoirs. La posture professionnelle de l'infirmier est aussi moyen de prendre la place qui est la sienne en son savoir-être et savoir-faire en relation de soin avec la personne soignée ou son entourage.

Dans le contexte dans lequel il effectue sa pratique, l'infirmier est parfois amené à entrer dans l'intimité de la personne. L'infirmier dispose d'un savoir-faire qui recouvre d'une part des savoirs théoriques et pratiques et d'autre part du savoir-être propre qui autorisent à adopter la bonne attitude. Ces savoirs se construisent de toute manière au cours des parcours professionnel et personnel, ils s'obtiennent presque entièrement par la pratique (comme le souligne Sureau, 2018). Tout au long de notre carrière, nous rendons compte, au travers de l'expérience, accumulée dans la pratique du métier que nous exerçons et c'est là qu'émerge l'identité professionnelle.

A l'issue d'un travail d'investigation sur 6 mois ayant mené à l'ouvrage « Professional Identity in the Caring Professions : meaning, measurement and mastery » (2020), Ellis et Hogard ont proposé des définitions de la notion d'identité professionnelle, qui correspond à la réponse à la question : « *Qui suis-je en tant que professionnel et comment fais-je pour exercer mon rôle avec cohérence et éthique ?* » ainsi qu'au croisement de l'identité personnelle (valeur, émotions, histoire), des attentes du rôle professionnel (normes, cadre institutionnel) et de la relation à l'autre (usager, patient, client). Dans les professions du soin, cette identité est d'une grande complexité car l'outil majeur de travail est la relation humaine, l'implication émotionnelle est forte, les frontières entre soi et l'autre sont parfois malaisées à situer. La dimension du sens fait référence aux valeurs, motivantes et signifiantes, que le professionnel se donne et accorde à son activité. Le sens qu'il donne à son action lui permet d'agir de façon cohérente et éthique. Lorsque les valeurs personnelles et celles qui animent l'articulation professionnelle s'entrelacent, l'engagement professionnel s'en trouve augmenté. A contrario, il peut se révéler insupportable de vivre la perte du sens de son activité. De même, les situations d'incompréhension du sens peuvent être à l'origine de malaise, de démotivation ou d'épuisement émotionnel. Ellis et Hogard affirment que « *l'identité professionnelle peut se voir observée et travaillée* ». Cette « mesure » renvoie à la clarté du rôle et à la capacité à se situer dans la relation, savoir gérer les émotions et l'alignement entre le discours et le mode pratique. Les lieux de supervision, d'analyse des pratiques et de formation permettent de « tester et ajuster » sa posture professionnelle dans le cadre d'une dynamique de développement continu. La maîtrise renvoie à l'intégration de l'identité professionnelle, qui se manifeste par une posture ajustée d'empathie et de juste distance. Le professionnel sait ce qu'il peut ou ne peut pas faire, sait utiliser ses émotions comme ressources et se place, dans son agir, dans une position réflexive plutôt que réactive.

3.2.3 La juste-distance : écouter avec le cœur sans se laisser submerger

Selon le Larousse, la distance est « *Intervalle qui sépare deux points dans l'espace ; longueur de l'espace à parcourir pour aller d'un point à un autre* » ou encore « *intervalle, espace qui sépare deux ou plusieurs personnes* ». Ainsi, Deswarte (2019) différencie la distance en quatre points. On y retrouve la distance publique, utilisée lorsqu'on parle à des groupes. Cette dernière rejoint également la distance dite sociale utilisée au cours d'une interaction avec des amis.

Ensuite vient une dimension plus personnelle que l'on retrouve dans certains types de conversations et la distance intime, étant une zone s'accompagnant d'une grande implication physique et psychique.

En prenant appui sur l'article de Sylvie Pucheu-Paillet (2015), une psychologue clinicienne et docteure en psychologie, elle interroge à la fois l'expérience émotionnelle du soignant et la difficulté à maintenir une juste-distance dans la relation de soin. Selon elle, cette notion est un mouvement réajustable en fonction du professionnel, du patient et du contexte institutionnel. Il s'agit d'une juste distance qui passe par le fait de se reconnaître ému, pas d'un renoncement à ses émotions ; le soignant doit pouvoir saisir expérimentalement ce que sont pour lui la tristesse, l'impuissance, la colère et la culpabilité, comme des signaux de ce qui se joue dans la relation. C'est bien parce que l'on comprend ce qui est éprouvé intérieurement que l'on peut ajuster sa posture sans pour autant se dérober, mais au contraire admettre sa présence aux tensions relationnelles sans être pris par elles. Dans le cas où une projection du patient au soignant se crée, on parlera alors de transfert. Mais qu'est-ce que le transfert ? Freud considère cette notion comme le mécanisme sur lequel repose la psychanalyse. J. LAPLANCHE et J.B. PONTALIS définissent le transfert comme « *le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets (c'est-à-dire sur certaines personnes) dans le cadre d'un certain type de relation établie avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique* » (Vocabulaire de la psychanalyse, 1967). Ce transfert peut aussi être appelé « transposition », ou « *report sur une autre personne de sentiments, de désirs, de types de relations, auparavant organisés ou éprouvés par rapport à des personnes clés de l'histoire du sujet* » (J. BENAROSCH, « Transfert et contre-transfert dans l'accompagnement vers les soins », 2017, p.49 à 53).

Enfin, au sujet du soin, il est important de le recontextualiser dans l'hôpital lui-même, car celui-ci ne peut être pensé en dehors de la charge émotionnelle qui habite les soignants, du travail et de la pression institutionnelle. Ainsi, l'ajustement de la distance, qui devrait être respecté et anticipé est sans doute plus difficile à maintenir dans un cadre qui paraît manquer de temps. Entre la nécessité d'être efficace et de prendre soin, il revient au soignant de trouver un chemin personnel, entre l'approche centrée sur la personne et la prise de risque au travail. La bonne distance apparaît en fait comme une compétence relationnelle bien établie, dépendante d'une position de recul et non pas comme une attitude de réserve. C'est en tout cas ce qui définit la conscience. La conscience éthique du soin fait écho à ce qui fonde son engagement dans la fonction soignante, engagement lui-même nourri par les valeurs universelles du soin : le

respect, l'humanité, l'hospitalité, la sollicitude, la justice, la solidarité et l'équité. Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), la conscience est définie comme étant l'« *organisation de son psychisme qui, en lui permettant d'avoir connaissance de ses états, de ses actes et de leur valeur morale, lui permet de se sentir exister, d'être présent à lui-même* ». Alors, lorsqu'on parle de la « conscience de ses actes », cela pourrait faire écho à l'engagement du soignant dans le soin avec différentes valeurs universelles telles que : le respect, l'humanité, l'hospitalité, la justice....

La juste distance, dans ce cas : professionnelle, peut aussi être appelée « proxémie ». Selon Edward T. Hall, la proxémie est une « *distance physique que nous maintenons entre nous et autrui suivant le type de relation que nous établissons avec lui* » (La dimension cachée, 1966). « La distance professionnelle adaptée en soins palliatifs » (P. Prayez, 2003) défend la relation soignant-soigné, elle-même révisée comme « la distance professionnelle », au profit de « la juste distance », s'imposant comme une alternative à l'affaïssement d'un soin relationnel rigide par un lien plus souple et intelligent, du respect pour les soignants en jeu et de l'autonomie participative à la prise en charge vers « l'accompagnement thérapeutique », un choix de compétence en gestion proxémique. En soins palliatifs plus qu'ailleurs, les patients atteints gravement dans leur santé disent souvent souffrir d'un sentiment de perte de leur dignité. Dès lors, aller vers un mode de communication fait d'humanité participe à redonner sens à leur vie. L'auteur souligne qu'il ne faut jamais perdre de vue que « *l'identification à l'autre est un mouvement imaginaire. Et même si le fait de se mettre en pensée à la place de l'autre peut nourrir une certaine empathie, fondamentalement, je ne suis jamais à la place de l'autre. Ce qui ne signifie pas : incommunication ou rencontre impossible* ». (2003)

Dans cette notion de juste-distance, nous pouvons ajouter les mécanismes de défense. Martie Ruszniwski a notamment décrit neuf mécanismes permettant au soignant d'atténuer ses propres angoisses à mesure qu'il compose avec une réalité perturbante. Huit seront brièvement abordés avant que je tente d'approfondir en dernier l'un des principaux thèmes de mon étude.

- Le mensonge : mécanisme le plus radical mis en place pour faire face à l'angoisse de révéler la maladie grave, ou la situation grave aux patients. Mécanismes dits d'urgence et d'efficacité primaire : il permet de « figer » le temps en annihilant toute possibilité de dialogue, toute possibilité de questionnement.

- La banalisation : intolérable pour les patients puisqu’il ne sera pas pris dans son entièreté, que l’on va traiter plus sa maladie que lui-même, jusqu’à oublier la souffrance psychique.
- L’esquive : se caractérise par une attitude fuyante du soignant, en parlant d’autre chose que de son état de santé, sans jamais lui donner une réponse adéquate.
- La fausse réassurance : mécanisme consistant à faire optimal des résultats pour entretenir chez le malade un espoir factice alors que le malade n’en est plus capable.
- La rationalisation : le soignant tente de donner du sens à ce qu’il vit en permanence, la souffrance à chaque instant, l’angoisse au quotidien dans la banalisation des tâches journalières.
- L’évitement est un mécanisme de défense qui ressemble à une sorte de fuite, le soignant va rentrer dans la chambre sans regarder le patient. Il est préoccupé par tout ce qui l’entoure dans la pièce, sans jamais prêter véritablement attention au patient qui devient lui aussi objet.
- La fuite : parfois, le soignant n’évalue mal ou pas la connaissance du patient sur sa maladie et va très vite dans les questions posées sur ce qu’il a pu comprendre de cette dernière. Ne laissant au patient qu’angoisse et poids de sa souffrance psychique.
- La dénéigation : à partir du moment où se trouve confronté au patient résidant à la même détresse, cela devient la pathologie du soignant. Le soignant peut aussi donner aux patients des informations à la fois plus optimistes, pouvant lui-même faire que de cet espoir trop mauvais, une fausse sensation.

Dans les écrits de Martie Ruzniwski, nous ne retrouvons pas le mécanisme suivant : l’humour, fréquemment utilisé par les soignants, « *cela leur permet d’envisager la situation sous un angle plus positif mais aussi de réduire leur niveau de stress lié au travail* » (Wilkins, 2014). L’humour est l’un des 31 mécanismes de défense du DSM IV, il permet de réduire l’anxiété et de se distancer psychologiquement de la mort. Jean Cocteau disait même que « *La faculté de rire aux éclats est preuve d’une âme excellente* » (« La Difficulté d’être », 1947)

3.3 La relation de soin : un lien tissé à hauteur d'homme

3.3.1 Définition

« Chaque patient est unique, chaque infirmière est différente, chaque rencontre est donc singulière » (Formarier, 2007, p. 33). Une relation de soin lie directement le soigné et le soignant. Pour Alexandre Manoukian, psychologue clinicien en milieu hospitalier, « une relation, c'est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires » (2008). Pour ce qui est du terme soignant, selon Walter Hesbeen, infirmier et docteur en santé publique « Le terme de soignant regroupe l'ensemble des intervenants de l'équipe pluridisciplinaire, qui ont tous pour mission fondamentale de prendre soin des personnes, et ce quelle que soit la spécificité de leur métier ». En prenant appui sur le Dictionnaire humaniste infirmier : approche et concepts, le soigné est une « personne en situation de besoin d'aide pour une durée plus ou moins déterminée » mais aussi une personne qui « ne parvient plus à exercer momentanément son autonomie, mentale ou physique, et peut ne plus être en mesure de décider par elle-même ». En tant qu'humaniste et psychanalyste, Carl Rogers parle d'une relation soignant-soigné qui est simplement une rencontre authentique et empathique. Il en dégage trois attitudes essentielles qui sont la congruence (authenticité et transparence du thérapeute), la considération positive inconditionnelle (acceptation sans jugement du thérapeute) et l'empathie (compréhension du patient selon le point de vue où il se trouve).

Monique Formarier, enseignante à l'Institut international supérieur de formation des cadres de santé de Lyon (en 1988) et rédactrice de la revue Recherche en soins infirmiers (en 2010), décrit la relation soignant-soigné en sept niveaux.

3.3.2 La relation de civilité

Il existe plusieurs niveaux en ce qui concerne la relation de soin, la première étant la relation de civilité. Elle se manifeste à travers des rituels sociaux et des codes culturels. Cette interaction repose sur la reconnaissance de l'autre par des gestes et des paroles bienveillantes tels faire preuve de politesse. Ce niveau est essentiel car il instaure un climat de confiance et de respect dès l'accueil du patient. Cela facilite la création d'une relation positive. Bien que souvent

perçue comme anodine, cette relation joue un rôle important en établissant un environnement convivial et respectueux, tout en évitant les malentendus ou les impressions de mépris.

Selon Monique Formarier, la relation de civilité est « *une interaction. Elle se situe en dehors du soin, elle répond à un code culturel et social ritualisé où chaque interlocuteur, sans en être toujours conscient, joue un rôle* » (p36). Dans ces codes, elle compte la gentillesse, la courtoisie, la politesse et le respect du patient. En ce qui concerne les rôles, Rocheblave-Spenle (1968) dit que cette notion s'impose comme un modèle à partir duquel s'établissent les comportements des individus en interaction. Le rôle est donc, pour lui, un schéma organisé de comportements liés à une certaine position de l'individu dans un ensemble d'interactions.

3.3.3 La relation de soin

Toujours selon Monique Formarier, ce type de relation peut être un simple acte de communication ou de relation suivant les interlocuteurs ; elle dépend d'eux, de la connaissance que les uns ont des autres, du contexte dans lequel se situe le soin (milieu familial ou hospitalier).

Cette relation est basée sur la communication, elle est la plus fréquente en milieu hospitalier. Si, à travers elle, le soignant va échanger avec le patient ou sa famille, elle va être exercée en premier lieu par le soignant pendant les actes techniques ou de confort. Elle se concentre sur le présent, sur l'acte en train de se dérouler, sur l'activité en cours, sur le devenir du patient à court ou long terme : traitement, douleur, planning de soins...

3.3.4 La relation d'empathie

L'empathie est la capacité à se projeter dans la personnalité de son interlocuteur, afin de mieux comprendre ses émotions et son ressenti.

Brené Brown, une enseignante à l'Université de Houston, propose de concevoir l'empathie comme une opération construite selon quatre axes : un changement de perspective qui implique de se projeter dans la position de l'autre ; l'écoute, qui ne doit pas être accompagnée d'un

jugement ; le repérage des émotions que nous aurions pu éprouver dans ce que l'autre dit et faire savoir à l'autre que nous lui ressemblons dans ces émotions.

Cette relation on distingue également la sympathie et la compassion. À la fin du XIXe siècle, dans l'usage de la langue allemande, le terme « sympathie » désigne un sentiment allant dans le sens de l'autre et qui suppose une sorte « d'aimantation » au sens de Joseph H. Green. On peut sans doute transformer cette formule pour en tirer l'idée selon laquelle « *être dans la peau de l'autre ou de son interlocuteur* » devient progressivement le sens établi d'une sympathie supposant une relation interpersonnelle.

L'identification empathique est considérée comme « *la manière d'aimer l'autre, de le connaître et le reconnaître comme autre-sujet, de l'inclure dans notre sentiment de base de l'humanité* » (René Roussillon, p. 122 à 138). Il parle d'une « *identification narcissique* » automatique des praticiens à des patients. Loin d'être inconfortable, cette identification est un facteur de la dynamique thérapeutique (potentiellement positive), elle peut pourtant poser problème si les défenses l'empêchent d'être « utilisable » dans le soin.

De plus, cette empathie favorise l'alliance thérapeutique. Edward BORDIN, auteur du concept moderne de l'alliance thérapeutique, la définit en trois éléments significatifs : le lien de confiance entre patient et soignant, l'objectif commun de santé et la coopération sur les tâches thérapeutiques. Si elle est trop fragile, le lien, la relation de soin s'en trouverait dégradés tout en compromettant l'efficacité de la prise en charge. L'alliance thérapeutique désigne le « processus interactionnel qui lie patient et thérapeute autour de la finalité et du déroulement de la thérapie. Souvent synonyme de relation thérapeutique, il croise aussi les concepts d'empathie, de relation d'aide et de transfert »

3.3.5 La relation d'aide psychologique

Selon le Larousse, la notion d'aide est l'« *action d'aider quelqu'un, de lui donner une assistance momentanée ; appui, soutien* ».

La relation d'aide s'appuie sur la confiance et l'empathie, c'est « *relation à visée thérapeutique qui a pour but d'aider, de façon ponctuelle ou prolongée, un patient (et/ou une famille) à gérer une situation qu'il juge dramatique pour lui* » (Formarier, p.38). La relation d'aide constitue une forme interpersonnelle, entre acteur-soignant et sujet-aidé, dans laquelle le soignant, par

sa posture et ses interventions, permet que l'émergence, la mise en lumière et la résolution de l'expérience d'une situation difficile soit possible.

Pour elle, la relation d'aide psychologique a pour but d'apaiser une souffrance psychique, aiguïser le sens de ce qui est vécu, reconstruire un équilibre psychologique, renforcer la confiance et favoriser l'autonomie mais aussi accompagner l'adaptation à la maladie, au changement ou à la perte. Il revient donc à ce travail relationnel d'être un instrument thérapeutique fondamental, en complément des soins techniques.

Dans cette relation d'aide psychologique, le counselling est aussi évoqué : « *accompagnement relationnel favorisant la confrontation avec les problèmes rencontrés dans la vie courante* » (Jacqui Schneider-Harris, p.52 à 57). Dans ses travaux sur la relation d'aide et la communication thérapeutique, Monique Formarier ne parle pas toujours de counselling, mais elle présente cette démarche. En ce sens, le counselling est une forme d'intervention professionnelle relevant du champ du rôle propre infirmier dont l'objet est d'aider une personne à mobiliser ses ressources internes pour faire face à une situation difficile. C'est une forme d'aide psychologique non directive, centrée sur la personne, qui favorise l'expression des émotions, la compréhension de la situation, la clarification du problème, l'invention de ses propres solutions, l'autonomisation. Elle souligne la dimension thérapeutique, structurée et intentionnelle de cet acte qui le qualifie de soin.

3.3.6 La relation thérapeutique

Cette relation concerne surtout les patients nécessitant un suivi psychiatrique, alcooliques ou drogués. Elle vise à faire bénéficier le patient d'un traitement thérapeutique en soin, après prescription d'un médecin, dans le cadre d'un projet de soins. Les Infirmiers des services psychiatriques peuvent réaliser des entretiens thérapeutiques, dans la mesure où ils ont reçu la formation requise.

3.3.7 La relation éducative

Toujours selon Formarier, la relation éducative est « *une démarche professionnelle dans laquelle le soignant accompagne la personne pour qu'elle comprenne, assimile et mette en œuvre les connaissances et comportements nécessaires à la gestion de sa santé ou de sa situation* » (p. 39).

La relation éducative consiste à fournir à un sujet les savoirs, les savoir-faire et les savoir-être dont il a besoin pour prendre en charge sa santé. Formarier identifie quatre caractéristiques à la relation éducative : une centration sur le sujet, prenant en compte ses besoins, ses acquis et ses motivations, une dimension participative, où le sujet est acteur de ses apprentissages, une posture du professionnel de santé d'éducateur, mobilisant son écoute, sa capacité à restituer, structurer et synthétiser les informations) qu'il délivre et le besoin du sujet d'être encouragé, valorisé et guidé, une démarche en étapes : identification des besoins, élaboration des objectifs, transmission des savoirs, expérimentation, évaluation. La relation éducative a pour objet de conduire à l'autonomie et à la responsabilisation du patient ainsi qu'à son adhésion aux soins, mais aussi de favoriser la compréhension de sa pathologie et le vivre avec.

3.3.8 La relation de soutien social

Le soutien social provient de la famille, de l'environnement (ami-e-s, voisins-collègues), des professionnels de santé, des professionnels sociaux, ou de personnes significatives pour le patient (officier du culte, supérieur hiérarchique, ...) Parfois, il peut être apporté par des associations, par des bénévoles. Son but est d'aider et de soutenir un patient à mobiliser toutes ses ressources (physiques, psychologiques, émotionnelles, cognitives, matérielles...) pour faire face à sa situation, pour préserver sa dignité, pour alléger sa souffrance, ou pour mourir dans les meilleures conditions.

Le soutien social provient de la famille, mais aussi de l'environnement — amis, voisins, collègues, professionnels... La capacité d'une famille à apporter de l'aide à un membre malade est très inégale, d'un côté selon ses ressources intérieures — liens sécurisants, adaptabilité, acceptation de la dépendance ou de l'aide extérieure, densité du réseau extérieur ou isolement, conditions de vie matérielles. Mais cette capacité familiale est-elle même muable, pouvant évoluer en fonction d'un certain nombre de critères comme la durée, des événements intenses, stabilité affective. L'expérience montre que la situation d'aidant naturel est toujours une

épreuve qui peut faire souffrir tous les membres de la famille : déstabilisation voire isolement social pour le quotidien de chacun au sein du groupe familial. L'aide qu'apporte le personnel soignant à ces aidants naturels dépend de la capacité de ces derniers à gérer leurs ressources, leurs besoins, leurs rapports au contexte, à leur réseau extérieur lui-même bien défaillant quelquefois en matière d'équipes, d'efficacité, de relations interindividuelles.

Ces différentes relations fournissent bien des évidences s'il en était besoin de l'ampleur du travail relationnel que peuvent faire les soignants dans certaines situations de soin. Formaliser les relations de soins, c'est à la fois les rendre plus visibles, plus intelligibles, pouvoir vérifier leur pertinence et contrôler leur efficacité, mais c'est aussi les affaiblir, mépriser leur spontanéité, leur authenticité, ignorer leur émotion, en quelque sorte les réduire à l'outil intellectuel. Entre ces deux exigences, il faut savoir trouver un bon équilibre pour ne pas enfermer la relation de soin dans une théorie mais pour ne pas faire n'importe quoi dans la relation soignant/soigné.

3.3.2 Lorsque le cœur soigne autant que les mains

C'est une phrase souvent entendue lorsque l'on aborde le sujet de la médecine énergétique. Cependant, il me semble évident qu'elle puisse s'étendre à tous les domaines du soin. D'ailleurs, Françoise Duménil-Guillaudeau met bien en avant le fait de dépasser cette simple notion de « soigner ». Le sens strict du terme ne permet pas de recentrer ce concept sur le « prendre soin de ». Ici, le cœur permet d'écouter mais aussi de respecter la volonté pour obtenir une approche du soin bien plus humaniste, terme fondamentalement présent dans le milieu médical. L'humanisme a été défini par Erasme (1500), philosophe et grand penseur de son temps, comme le trait que possède un Homme capable de progrès, d'évolution, de s'améliorer et de se remettre en question. C'est ce qui le différencie des animaux, c'est la raison qui le rend capable de discernement, l'habilité de discerner le vrai du faux et la possibilité d'agir avec mesure, de penser rationnellement. Pour en revenir à Françoise Duménil-Guillaudeau, elle aborde régulièrement le travail relationnel et émotionnel au sein du soin, ce qui fait écho à l'idée de soigner avec son cœur. Il s'agit de penser au-delà du geste technique et de reconnaître l'engagement humain, l'écoute et la présence. Soigner avec le cœur, c'est ne jamais réduire la personne à un protocole ou à un symptôme. Le soin humaniste exige d'être à l'écoute des émotions du patient : sa solitude, sa peur mais aussi son besoin d'être rassuré. Accueillir les

émotions de l'autre, sans jugement. C'est dans un rapport humain que le soignant est engagé. Pour elle, la sensibilité est une force qui doit servir le coin. Finalement, c'est l'éthique de la délicatesse.

De plus, nous apprenons tout au long de notre vie, par le biais de différentes personnes. Mais qui sont ces « autres » qui nous permettent d'apprendre ? Selon Edith Luc, Docteur en psychologie sociale à Montréal, il existe des profils significatifs de personnes grâce auxquelles nous pouvons apprendre. Les autres sont nos parents, nos amis, notre conjoint, nos voisins, nos collègues etc. Tout d'abord, nous retrouvons celui qui a pour rôle d'orienter : le mentor, un guide accompagnateur qui entraîne le sujet vers ses connaissances personnelles en sollicitant les ressources internes de l'apprenant. Le mentor accompagne la personne à trouver sa solution, par elle-même. Ensuite nous retrouvons le coach, qui construit et propose un cadre large et libre, propice au bon développement des compétences. Il a pour but de soutenir, instruire sans apporter de jugement. Puis vient le challenger, celui qui provoque, met à l'épreuve et demande au sujet de sortir de sa zone de confort et qui favorise la prise de confiance. L'inconnu du challenge, de la surprise, semblerait alors plutôt formateur. Le passeur, quant à lui, est celui qui permet d'accéder à de nouvelles expériences et informations. Savoir qui ne pourrait pas exister sans sa présence, peut-être qu'il se trouve être le seul porteur de certaines connaissances. La vision de l'apprenant sur le monde extérieur peut alors changer en découvrant de nouvelles notions, de nouveaux lieux, de nouvelles expériences, etc.... C'est l'intermédiaire dans notre métier. Nous retrouvons ensuite le modèle mais aussi l'anti-modèle. L'envie de découvrir et de devenir meilleur peut être donnée par le biais du modèle, qui permet de changer en permettant au sujet de confronter ses connaissances aux siennes. Pourtant, il existe également le contre-modèle qui « *contre- inspire* », qui permet de confirmer sa connaissance par rejet d'un autre modèle.

Et parfois, lorsque le cœur soigne trop et ne se protège pas, les conséquences d'un stress chronique commencent à apparaître : notamment le burn out. Selon l'HAS (Haute Autorité de Santé), c'est un « *épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel* ». Il peut être dû par un épuisement physique, impuissance face à la souffrance, relations patient-soignant difficiles, environnement de travail stressant, débordement de la vie professionnelle sur la vie personnelle, surcharge administrative... Ce n'est pas « juste » de la fatigue : c'est une accumulation qui conduit, à terme, à un effondrement physique et psychique. Parmi les symptômes énonciateurs d'un burn out, nous retrouvons : une fatigue émotionnelle avec

anxiété, tensions musculaires, irritabilité ou alors tout simplement une absence d'émotions ; des troubles de la mémoire et de la concentration ; désengagement par des doutes ; isolement social et potentielle augmentation des comportements addictifs ; troubles du sommeil, vertiges ou troubles musculosquelettiques...

4. Enquête exploratoire

Pour réaliser mon enquête exploratoire, j'enverrai dans un premier temps des courriers aux lieux d'investigation choisis afin d'obtenir une autorisation de réaliser des entretiens. Pour cela, je préparerai une grille d'entretien pour organiser mon enquête exploratoire, préalablement validée par ma référente de mémoire.

4.1 Méthodologie de recherche

Afin de réaliser mon enquête exploratoire, j'ai choisi d'utiliser la méthode clinique de J. Piaget. Virginie Laval décrit cette méthode comme ayant pour objectif « *d'appréhender au plus près le raisonnement de l'enfant pour pouvoir le situer dans son développement.* » (2020, p.210-214).

Les entretiens réalisés seront semi-directifs. Un entretien est défini comme « *Une situation de communication interpersonnelle orientée vers le recueil de données du point de vue du sujet interrogé. Il peut être à visée d'aide, d'orientation, de soin, ou au service d'une recherche en référence à un champ théorique.* » (Costantini, 2019, p.243.). Un entretien semi directif est « *Une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier de paradigmes constructivistes* » (Lincoln, 1995). L'étude sera ainsi qualitative tout en laissant l'interlocuteur libre de ses réponses et de son expression.

Un guide d'entretien avec les notions clés et des questions ouvertes à aborder aura été réalisé au préalable et validé par ma directrice de mémoire, afin que l'entretien puisse être structuré. Les réponses ouvertes pourront permettre une certaine liberté en ce qui concerne l'avis, la

réflexion et les motivations de l'interlocuteur. Les thèmes sont élaborés en amont de l'entretien avec le cadre de référence et la question de départ

En enregistrant les entretiens, je pourrais alors réaliser une analyse complète et fluide de la discussion. Les questions posées pourront être réadaptées au fur et à mesure de la collecte de données. Les enregistrements me seront très utiles lors de la retranscription des entretiens pour garder la précision et la véracité des paroles des professionnels interrogés.

Pour espérer mener à bien mon enquête, j'aimerais interroger différents soignants (infirmiers comme aides-soignants) afin d'obtenir un panel d'opinions variant selon les métiers. De plus, je souhaiterais interroger des soignants venant de différents secteurs pour être en capacité d'observer comment la gestion des émotions est abordée selon les services.

Dans un premier temps, j'ai choisi d'interroger des professionnels issus d'un service de pédopsychiatrie. Il semblait intéressant d'interroger les soignants sur leur vécu et leur gestion des émotions peu importe la situation, en début ou en fin de carrière. Avec les enfants, l'implication émotionnelle et l'identification peut parfois être plus forte que voulue et les soignants doivent constamment s'interroger sur leur posture professionnelle en respectant une certaine juste-distance avec le patient. Contrairement aux soins palliatifs ou aux services généraux de pédiatrie (étudiés ci-dessous), le soignant fait plus souvent face aux violences (verbales ou physiques), un relationnel parfois mis en péril, des traumatismes, des maltraitements, une forme d'identification personnelle... La posture doit alors être adaptée à l'enfant : équilibrée afin de ne pas se laisser gouverner par les projections de l'enfant, une autorité à la fois douce et ferme, une posture protectrice et respectueuse de l'autonomie de l'enfant. Elle doit être à la fois contenante et limitative.

Dans un second temps, j'interrogerai des soignants venant d'un service de soins palliatifs. Ces derniers, exerçant au sein de ce service, sont régulièrement confrontés à des situations de fin de vie et à la souffrance, souvent même à l'impuissance. J'aimerais alors les interroger afin de savoir si l'ajustement émotionnel devient plus « simple » au fur et à mesure des années d'expérience, quelles stratégies émotionnelles ont-ils mis en place... En soins palliatifs, nous retrouvons deux notions : le care et le cure. Selon Jean-Manuel Morvillers, le *Care* est « *soit un sentiment, soit une action (caring) qui appelle un état affectif qui, dans chacun de ces deux cas, se situe dans la sphère intime de la personne. En d'autres termes, la personne peut être touchée sur le plan personnel, au plus profond d'elle-même puisqu'il s'agit là de ses émotions*

propres » (2015, p.77 à 81). Le concept de « cure » peut se traduire littéralement par le verbe « guérir ». Il correspond aux soins de réparation, de traitement de la maladie et a pour but de limiter la pathologie, lutter contre elle et s'attaquer à ses causes. L'objet de réparation est devenu la fonction organique, la fonction mentale, l'organe, le tissu, voire la cellule isolée de son tout.

5. Analyse des entretiens

Une fois les entretiens réalisés dans les services respectifs, (cf. annexes : II). Ensuite, j'ai pu les analyser, me permettant de faire une synthèse de chacun d'eux. Puis, j'ai effectué une analyse croisée par thématique afin de lier ou délier les différents entretiens avec mon cadre de référence, ceci m'a également permis de repérer les limites de l'enquête et d'en faire une analyse critique.

5.1 Synthèse par entretien

Premier entretien – IDE 1 CMPEA

Mathilde (IDE 1) est infirmière depuis treize ans en pédopsychiatrie, en CMPEA (Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents). Cet entretien a été réalisé le 20 mars 2026, dans un bureau et a duré 9min43. Elle a fait sa scolarité dans le Var, ses études à Marseille et n'a travaillé qu'en pédopsychiatrie.

L'entretien avec Mathilde, infirmière en pédopsychiatrie depuis treize ans, met en avant la place centrale des émotions dans la pratique soignante, impactée ici par la relation au patient et la prise en charge, les situations rencontrées étant souvent marquées par de la souffrance, par des expériences difficiles et dans des situations à forte charge émotionnelle. L'expérience de la pratique professionnelle fait partie des éléments qui permettent de moduler les émotions. Mathilde décrit un parcours qui lui a permis de développer un équilibre entre l'implication empathique et la prise de distance afin d'universaliser les émotions pour se préserver tout en restant dans une qualité de soin. La posture professionnelle est présentée comme une

construction en tension, dynamique, dépendante, s'appuyant sur la capacité d'adaptation et la conscience de ses limites. Le travail d'équipe, l'échange d'expériences vont également constituer des supports, des lieux de régulation, d'aide étant susceptibles d'aider à tenir cette posture réflexive. Enfin, la relation de soin est présentée comme fondamentale dans la prise en charge du patient en pédopsychiatrie. Elle constitue le principal levier dans la prise en charge du patient, dans un contexte établi par de nombreux facteurs émanant du soignant au patient, soulignant la complexité et l'aspect évolutif de la relation

Second entretien – IDE 2 CMPEA

Christine (IDE2), infirmière depuis 1987 en pédopsychiatrie, au CMPEA (Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents). Cet entretien a été réalisé le 20 mars 2026, dans un bureau et a duré 12min31.

Dans l'entretien réalisé avec Christine, infirmière depuis 1987, le point lié aux émotions dans la pratique est un point fondamental. Les émotions sont présentées comme un outil de travail, sous réserve de ne jamais être envahissantes et toujours maîtrisées, qui participe à la compréhension des situations cliniques et au lien au patient. L'expérience mais aussi le travail sur soi et les espaces de réflexion apparaissent nécessaires pour prendre du recul afin de distinguer entre ce qui relève du soignant et du patient. Christine souligne ainsi que le vécu du professionnel peut modifier la posture professionnelle, si celui-ci n'en a pas conscience. La posture professionnelle est définie de manière simple par le fait de « rester infirmière », c'est-à-dire de maintenir un cadre et une identité professionnelle quels que soient les cas rencontrés. Cela permet de garder une juste-distance dans la relation de soin même si quelquefois des ajustements peuvent être nécessaires. Pour conclure, elle verbalise que la relation de soin est essentielle parce qu'elle est fondée sur l'alliance thérapeutique, la confiance, la disponibilité, l'écoute, l'empathie, mais est surtout fortement influencée par la qualité de la première rencontre et l'adhésion des patients et de leur famille, qui sont indispensables à la prise en charge.

Troisième entretien – E.S CMPEA

M est éducateur spécialisé depuis 10 ans, en pédopsychiatrie depuis 4 ans au CMPEA (Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents). Cet entretien a été réalisé le 20 mars 2026, dans un bureau et a duré 9min26.

L'entretien avec M, éducateur spécialisé intervenant dans le champ de la pédopsychiatrie depuis quatre ans, illustre la centralisation des émotions au cœur de l'exercice professionnel. Celles-ci sont au cœur de toute relation d'aide mais s'invitent de façon particulièrement exacerbée dans la relation avec l'enfant ou l'adolescent, dans une activité de soins où le matériau des émotions des uns et des autres, prêt à être exploité est omniprésent. Il rappelle que la posture professionnelle, propre à chacun ne peut être normée, mais elle est indissociable à une bonne distance avec le patient, dans un travail sur la capacité de ne pas envahir, avec une réserve qui lui soit propre et un accès partagé à une bonne suffisance personnelle. Le vécu émotionnel comme personnel influence d'une manière ou d'une autre la posture professionnelle du fait qu'il participe à construire l'identité du soignant. Maintenir une juste-distance se soutient encore davantage par un travail d'équipe, en particulier interdisciplinaire, offrant la possibilité de faire circuler la parole sur la situation, croiser les regards, baliser toute situation significative ayant fait appel à des ressources que l'on se sait pouvoir convenablement communiquer au sein d'un récapitulatif, et ainsi prévenir tout débordement émotionnel. Finalement, la relation de soin est appréhendée comme centrale, conditionnée par la qualité des échanges et la position d'implication des personnes dans le temps de soin. Elle est en effet soumise à de nombreux facteurs externes, qu'ils soient contextuels, familiaux ou institutionnels, tantôt facilitants, tantôt empêchant l'alliance thérapeutique. M remarque que le public (enfant ou adulte) influence les émotions investies au milieu de la relation de soin.

Quatrième entretien – IDE 3 USP

Léo est IDE depuis 2023, en soins palliatifs depuis 6 mois. Cet entretien a été réalisé le 11 avril 2026, dans une salle de pose de l'USP et a duré 21min10.

L'entretien réalisé avec Léo, jeune diplômé infirmier en soins palliatifs, montre le rôle fondamental des émotions dans la pratique du soin. Ces émotions constituent des leviers, plus particulièrement du point de vue de l'empathie et de la qualité de soins, à condition de pouvoir les réguler. Aussi l'expérience professionnelle pourrait être considéré sans doute comme un facteur facilitateur de la régulation de ces émotions, donc d'un bon ajustement à des situations complexes. La posture professionnelle est décrite comme évolutive et flexible, en fonction du patient, de son environnement et des interactions établies. Léo s'attache à ne pas évincer les émotions de la pratique pour mieux les intégrer, de façon maîtrisée, au service d'une relation

de confiance. L'organisation du vécu peut se révéler déterminante pour la posture à avoir, avec notamment des mécanismes de résonance émotionnelle, poussant parfois à recourir à la délégation à d'autres soignants de l'équipe qui peut permettre d'accepter une vulnérabilité. La sauvegarde d'une juste-distance résulterait de cette capacité à être en mesure de se protéger hors du domaine professionnel, à distinguer vie privée et vie professionnelle. Cette régulation apparaît indissociable de la possibilité d'exercer cet exercice à risque d'usure émotionnelle. Elle instaure en effet des enjeux d'adhésion profondément singuliers, la détermination des limites professionnelles est bien souvent diamétralement opposée chez le soignant et le soigné. Le soignant doit également combiner plusieurs réalités antinomiques, qui nuisent à l'élaboration d'une relation, d'une rencontre. Pourtant, son émergence est liée à une grande diversité de facteurs (de l'état affectif du soignant à la prédisposition à une demande de soin ou à la réceptivité du patient), qui peuvent aussi bien la favoriser ou au contraire, la mettre en péril.

Cinquième entretien – IDE 4 USP

Aurélien est IDE depuis 2017. Cet entretien a été réalisé le 11 avril 2026, dans la salle de soin de l'USP et a duré 14min31.

L'entretien réalisé avec Aurélien, infirmier en soins palliatifs, met en évidence l'importance fondamentale des émotions dans la pratique. Celles-ci relèvent d'une dynamique en retour d'affect personnel et affect dans l'expérience professionnelle. La posture professionnelle est conceptualisée dans le sens d'un positionnement permettant de mettre sous le couvercle de l'ancrage émotionnel d'une part ce qui est émotion par ailleurs, pour autant que les états émotionnels personnels de l'infirmier ne s'actualisent pas dans le lien relationnel si particulier du soin. Il est observé par le soignant que son état peut imprégner les états de l'autre, en lui apportant aussi de l'anxiété peut aller jusqu'à provoquer du stress ou amener de l'apaisement. Il exprime une grande difficulté à garder une juste-distance, d'une part dans un contexte de surcharge de travail mobilisant son attention, de l'autre sous forte mobilisation émotionnelle face aux patients et leurs familles. Pour conclure, la relation qui se noue dans le soin repose sur la confiance et un ajustement aux besoins du patient. Elle est largement déterminée par des

facteurs organisationnels (charge de travail, temps, niveau de stress) mais également par la disponibilité de l'aidant. Les soins palliatifs sont cités comme un contexte favorable à l'exploration de cette relation, même si les contraintes institutionnelles peuvent en entraver la qualité.

Sixième entretien - IDE 5 USP

Entretien n°6 avec Zacharie, IDE depuis 2019. Cet entretien a été réalisé le 11 avril 2026, dans la salle de soin et a duré 24min11.

Zacharie, infirmier depuis 2019, porte son émotion au centre de sa pratique. En soins palliatifs, elle est également présente car les relations sont en effet plus intenses. Il utilise ses émotions tout en faisant attention à trouver une juste distance pour ne pas être submergé et passer d'empathie à indifférence. Zacharie illustre cette réalité en rapportant les difficultés vécues dans une situation marquante ; face à une patiente en fin de vie, dont on soupçonnait la famille d'intervenir elle-même sur la délivrance du traitement ; il est amené à se poser des interrogations éthiques et émotionnelles autour du consentement non recueilli de cette dernière ; ce qui génère un sentiment d'injustice ou d'inachevé. L'expérience montrant que la gestion des émotions s'améliore avec le temps, la médicalisation des émotions traversée par ses propres vécus, reste incarnée dans cette posture professionnelle difficile à définir. Il s'agit là de trouver un compromis entre être dans le partenariat et pouvoir prendre du recul, sans outils formalisés, à partir de l'expérience, du travail d'équipe et de la réflexion a posteriori. Enfin, la relation de soin peut être définie comme une relation bidirectionnelle, centrée sur l'écoute, l'attention aux besoins du patient, ce qui implique en soins palliatifs de respecter les choix de toute nature du patient, ainsi lorsque ce dernier refuse des soins, en postulant l'axe de l'accompagnement, du confort pas de la guérison.

5.2 Analyse croisée des entretiens

Pour examiner mes différents entretiens, j'ai décidé de faire une analyse par thèmes et sous-thèmes. Pour effectuer cette analyse, j'ai utilisé une grille d'analyse regroupant les différents entretiens par thèmes (Cf. Annexe III).

Les émotions du soignant : une composante indissociable du soin

Définition et la place des émotions

La première question posée lors de l'entretien, après la présentation de chaque soignant, était : **Comment définiriez-vous la place des émotions dans votre pratique soignante au quotidien ?** Pour tous, elle semble centrale. Cette « *conduite réactive, réflexe, involontaire vécue simultanément au niveau du corps d'une manière plus ou moins violente et, affectivement sur le mode du plaisir ou de la douleur* » (Trésor de la Langue Française, 1939), est définie comme relativement importante à la bonne prise en charge des patients, notamment en pédopsychiatrie et en soins palliatifs.

Dans le domaine de la pédopsychiatrie, Christine la décrit comme étant « *un outil de travail.* » (E2 IDE2 - L.18), ce qui fait lien avec la réponse de Mathilde, un outil lui permettant de se poser la question suivante : « Qu'est-ce que je vais ressentir par rapport à ce que le patient va amener ou la famille va amener » (E1 IDE1 – L.17). M. DUPUIS, qui décrit le soin comme une dimension « chair à chair », met les émotions en lien avec une force et non une faiblesse, tout comme Léo qui tente chaque jour de trouver le juste-milieu dans chacune de ses prises en charge : « *Ça peut être quelque chose de positif qui te booste ou ça peut être quelque chose qui te plombe un peu* » (E4 IDE3 – L.24). Zacharie aussi pense que l'humanité est faite d'émotions : « *On est humains, je veux dire on est obligé d'être dans... de ressentir des émotions, d'éprouver des émotions mais c'est savoir les gérer* » (E6 IDE5 – L.25). Paul Ekman décrit les émotions de base universelles comme étant des sentiments communs à tout être humain. Ces six émotions (colère, tristesse, joie, peur, dégoût, surprise), théorie datant des années 1970, font ce que nous sommes et ce que nous deviendrons. Selon lui, une émotion est dite universelle si l'individu l'exprime avec la même configuration faciale que n'importe quel autre individu. Pour un soignant, il est normal de les ressentir, tant qu'elles ne deviennent pas envahissantes (« *Il faut pas se laisser envahir par les émotions* » (E2 IDE2 – L.16)) et qu'elles ne prennent pas le dessus sur la bonne prise en charge d'un patient. C'est en effet ce qu'exprime une nouvelle fois Mathilde, « *Je veux pas être insensible à ce qui m'est raconté mais d'un autre côté j'ai besoin quand même de me protéger* » (E1 IDE1 – L.41). Zacharie décrit leur place comme centrale également, mais peuvent aussi « *prendre trop d'ampleur* » (E6 IDE5 – L.21) si elles sont mal gérées. Les émotions devraient être alors mise au profit de la prise en charge.

C'est ce qu'on appelle « *l'intelligence émotionnelle* », bien décrite par Daniel Goleman : « *Capacité à comprendre et gérer ses émotions et celles des autres* ».

Une situation où les émotions ont été particulièrement mobilisées

Après avoir demandé quelle était, selon eux, la place des émotions soignantes dans la profession, j'ai demandé aux intervenants s'ils étaient en mesure de **me décrire une situation** de soin où leurs émotions ont été particulièrement mobilisées. Seule Mathilde n'a pas pu me m'en citer une en particulier mais a tout de même répondu de manière générale. Dans les entretiens réalisés en pédopsychiatrie (CMPEA – Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents), les histoires relatées sont souvent liées aux carences affectives ressenties par les enfants de la part des parents. « *Des histoires de vie avec des enfants qui sont très euh... carencés, des histoires de vie très difficiles* » (E1 IDE1 – L.28), c'est ce que rencontre généralement Mathilde lors des premiers entretiens dans la structure. L'histoire de Christine ne s'est pas déroulée lorsqu'elle était en poste au CMPEA mais quand elle travaillait à l'Unité Parent-Bébé : « *cette petite fille avait deux ans et elle avait été retirée à sa mère, elle avait été placée* » (E2 IDE2 – L.26) et « *La maman elle avait eu également un parcours d'enfant placé.* » (E2 IDE2 – L.27). M, parle également d'une situation lorsqu'il travaillait dans le domaine du médico-social, toujours en tant qu'éducateur spécialisé, d'un jeune homme à qui une injection devait être faite afin de le calmer et provoquer des « *soucis au niveau sexuel* » (E3 ES – L.35). Tous trois ont été amenés à ressentir de l'empathie, définie par Carl Rogers comme « *La compréhension du patient selon le point de vue où il se trouve* » dans le cadre du soin. M décrit l'enfant comme avec une « *histoire de vie touchante* » (E3 ES – L.32). Mathilde et Christine emploie le terme d'« empathie » dans les citations respectives suivantes : « *Ça peut être compliqué euh... en termes d'empathie parce que... bah des fois on se... on a un transfert quand même qui est important* » (E1 IDE1 – L.30) et « *Ça a amené énormément d'empathie avec la maman par rapport à son histoire.* » (E2 IDE2 – L.39). Ce transfert, aussi appelé résonance émotionnelle par Claudine Blanchard-Laville (2021) est définie comme étant la possibilité pour le soignant de découvrir (de repérer au sens plus large) ce que la rencontre avec l'autre rappelle chez lui : émotions, affects, mouvements intérieurs, etc. En effet, le professionnel peut accéder à une compréhension plus aigüe de ce qui se joue dans la relation, elle est partie intégrante de la professionnalité et témoigne de l'engagement du sujet dans la relation. Mathilde en parle d'ailleurs de manière générale puis ramène cette notion à elle-même,

« *Leur détresse elle-elle nous touche aussi. En tous cas moi elle me touche quoi* » (E1 IDE1 – L.33). Christine, elle, met en avant cette ambivalence vécue dans le soin avec deux rôles totalement opposés, notamment dans sa situation : « *J'étais à la fois son soutien et à la fois son punching ball.* » (E2 IDE2 – L.48). Malgré tout, cette position du soignant est celle qu'il doit adopter afin de satisfaire le patient et de se satisfaire lui-même.

Dans le cadre des soins palliatifs, deux des histoires relatées concernent des fins de vie. Léo, décrit une situation avec un patient dont il s'occupait quotidiennement, « *énormément* » (E4 IDE3 – L.49) : « *Je lui faisais une prise en charge complète parce qu'il avait des pansements, tout ça donc le matin je lui faisais sa douche, je lui faisais ses pansements, on discutait...* » (E4 IDE3 – L.50). En effet, après avoir « *sympathisé* », cet homme est décédé. Léo décrit alors ce moment comme étant brutal. La famille a également joué un rôle important dans cette situation puisqu'elle lui aurait fait part des derniers dires du patient : « *dans ses derniers moments il nous a énormément énormément parlé de vous euh même il disait votre prénom en boucle, en essayant d'attraper en l'air comme ça* » (E4 IDE3 – L.70) et « *oui tu sais pour moi t'es pas juste le petit infirmier du coin, t'es devenu un ami* » (E4 IDE3 – L.83). Le transfert, défini précédemment a alors opéré puisque Léo décrit sa réaction durant l'entretien : « *J'ai mon cœur qui s'est serré, j'ai eu la gorge pareil comme ça, j'ai fait demi-tour (...) j'ai tourné les talons et je suis allé chialer au-aux toilettes quoi pour faire sortir tout ça et puis voilà évacuer.* » (E4 IDE3 – L.75). Créer du lien peut être bon pour la prise en charge mais peut aussi impacter le soignant. Comme le dit Claudine Blanchard-Laville, prendre conscience de la résonance permet au soignant de mobiliser la souffrance, l'impuissance ou la culpabilité qu'il a ressenties comme ressources de discernement. Et c'est d'ailleurs ce que s'est dit intérieurement Léo : « *Fais attention à ne pas trop non plus créer du lien* » (E4 IDE3 – L.92) et « *t'es en pallia' donc des décès tu vas en avoir d'autres et voilà. Et des gens sympas tu vas sûrement en rencontrer d'autres dans ce service et ils vont partir aussi, il va falloir faire la part des choses quoi* » (E4 IDE3 – L.99), même si cette empathie et cette approche font partie intégrante de la personne qu'il est et qu'il aime avoir ce lien, ce contact avec autrui, mettre de la distance entre ses émotions et celles que lui apporte le patient est primordial. Avec l'expérience, ce point rejoint l'histoire et la conclusion qu'en a faite Zacharie : « *Je sais que si demain ça se reproduit, déjà je saurais mieux agir, je saurais être beaucoup plus prudent, vigilant et euh je serais un peu plus « blindé »* » (E6 IDE5 – L.126). C'est la culpabilité, « *l'inachevé et l'injustice* » (E6 IDE5 – L.94) puisque la question du consentement est remise en cause dans l'histoire qu'il nous apporte. L'histoire d'Aurélien, quant à lui, fait le parallèle entre le fait d'être récemment devenu

jeune parent et affronter la mort de vieillesse chaque jour. De plus, il évoque des soucis au niveau de l'effectif et de certains patients « *omniprésents* » en terme de soins : « *Tu passes ton temps avec lui mais t'as onze autres patients dans les lits qui sont pas biens et donc t'as pas le temps avec eux.* » (E5 IDE4 - L.33). Aurélien dit d'ailleurs que cette nouvelle venue « *ajoute de l'instabilité euh émotionnelle et tout ça et... les deux-les deux réunis bah ça fait un bon petit cocktail. Fatigant.* » (E5 IDE4 - L.39). Dans ce cas, Daniel Goleman, un psychologue américain, décrit une part de l'intelligence émotionnelle par la « *conscience de soi* » faisant référence à la capacité de reconnaître et comprendre ses émotions. Nous remarquons en effet qu'Aurélien a conscience de l'impact que peut avoir sa « *nouvelle vie* » sur son travail et la prise en charge pouvant en découler.

En mettant en lien chaque spécialité : pédopsychiatrie et soins palliatifs, nous pouvons nous rendre compte que l'expérience joue un rôle important dans la gestion des émotions. C'est du moins la réponse qui en ressort le plus lorsque je pose la question de relance suivante : ***est-ce que pour vous la gestion des émotions est plus simple aujourd'hui qu'à l'obtention du diplôme ?*** Pour Zacharie, récemment diplômé face à cette situation, il dit « *je pensais vraiment, tout naïvement* » (E6 IDE5 - L.121) et avec le recul, en plus de l'expérience prise depuis : « *Je sais que si demain ça se reproduit, déjà je saurais mieux agir, je saurais être beaucoup plus prudent, vigilant et euh je serais un peu plus « blindé ».* » (E6 IDE5 - L.126). Mathilde dit d'ailleurs qu'aujourd'hui, elle est en capacité de faire la part des choses et de ne pas ramener chez elle les problèmes pouvant être rencontrés au cours de la journée. Aurélien prend en compte l'expérience, majorée depuis la venue de son enfant en décembre. Il met d'ailleurs en avant un énorme contraste entre la vie à l'état brute retrouvée chez son enfant et la mort retrouvée en soins palliatifs.

La posture professionnelle comme chemin d'équilibre

Définition de la posture soignante

La question ensuite posée lors de l'entretien afin d'entamer la partie sur la posture soignante est la suivante : ***Comment définiriez-vous la place des émotions dans votre pratique soignante au quotidien ?*** Mathilde comme Zacharie évoquent la notion de juste distance : « *Ça m'évoque un peu la-la question peut-être de la distance de... soignant-soigné* » (E1 IDE1 - L.53) et « *Notre posture professionnelle en tant qu'infirmier c'est ce que je disais un peu en début, c'est*

vraiment en fait trouver euh trouver la juste-distance » (E6 IDE5 - L.134). C. PAILLARD les rejoint sur ce point en la définissant comme étant « *Savoir où l'on est, ce que l'on fait, pourquoi on le fait, poser sans cesse la question du sens et agir en conséquence* » (Paillard, 2013, p 414). M tenait à préciser que chaque soignant possède sa propre posture, « *Y a pas UNE posture professionnelle type ou une posture professionnelle plus adaptée qu'une autre.* » (E3 ES - L.45). Il trouvait important de la définir selon lui comme phénomène de « *ne pas envahir l'autre euh, savoir garder pour soi.* » (E3 ES - L.48). Mais tout comme Mathilde et Zacharie, il aborde la notion de juste-distance en évoquant les possibilités : « *il peut y avoir du transfert, il peut y avoir du voilà des partages de-de-d 'expérience de vie etc. mais sans... sans trop on va dire polluer* » (E3 ES - L.49). Cet avis est partagé par Christine qui dit ne pas avoir de « *définition très carrée* » (E2 IDE2 - L.77). Pourtant, nous retrouvons des notions éthiques dans les discours de Christine et Aurélien qui disent respectivement : « *Pour moi avoir une posture professionnelle, c'est euh... c'est euh... jamais oublier qu'on est infirmière* » (E2 IDE2 - L.78) et « *La posture professionnelle, je dirai que c'est un-un positionnement qu'il faut prendre... qui-qui et qu'il est recommandé* » (E5 IDE4 - L.55). Et, en effet, de manière générale, la posture est défini comme une « *attitude adoptée pour donner une certaine image de soi ; positionnement tactique* » (Larousse). La posture professionnelle, au sein de la réforme de la formation infirmière, est caractérisée dans l'arrêté du 31 juillet 2009, qui précise la compétence « *posture professionnelle* », déclinée en cinq sous-unités : « *Accompagner la personne dans la réalisation de ses soins quotidiens ; évaluer une situation clinique ; communiquer et conduire un projet ; soins éducatifs et former les professionnels et stagiaires ; mettre en œuvre des thérapeutiques et coordonner les soins ; analyser la qualité et le traitement des données scientifiques et professionnelles* ». La posture professionnelle de l'infirmier permet aussi de prendre la place de la compétence qui est la sienne dans son savoir-être et son savoir-faire en relation de soin avec la personne soignée ou son entourage. Mathilde rejoint alors Christine et M : « *Y a pas de juste- distance ou de posture euh... fixe à tenir (...) en tout cas sur la pédopsychiatrie* » (E1 IDE1 - L.60), en disant également que réajuster sa posture survient généralement après avoir fait face à une situation particulière ayant potentiellement mis en échec la prise la charge. De ces faits, nous pouvons aussi lier ces réponses avec la définition donnée par E.T HALL, un anthropologue américain : « *distance physique que nous maintenons entre nous et autrui suivant le type de relation que nous établissons avec lui* » (La dimension cachée, 1966). En effet, la juste-distance, également appelée « proxémie », s'impose comme une alternative à un soin relationnel trop rigide, en le remplaçant par un soin plus souple, voire même plus intelligent.

De tous, Léo est certainement celui qui base le plus ses prises en charge sur le relationnel. En effet, même s'il décrit la posture professionnelle comme « *quelque chose qui... qui est assez malléable* » (E4 IDE3 - L.105), il dit également que « *le fait d'être un homme, d'être une femme, selon les patients ça passe plus ou moins bien.* ». La discrimination au sein des établissements de santé est toujours bien trop présente de nos jours. Pour Léo, les familles peuvent aussi avoir un impact sur la prise en charge, tout comme il l'expliquait précédemment avec la situation récemment vécue. Il fait la comparaison entre deux types de famille : d'un côté « *si t'as des familles ultra procédurières, qui sont tout le temps derrière toi etc... bon bah là tu vas essayer de... tu vas faire très attention, faire attention à ce que tu dis, à ce que tu fais* » (E4 IDE3 - L.112) ou d'un autre côté « *Si c'est des familles un peu plus cool bon bah en fait voilà tu rentres dans la chambre plus sereinement* » (E4 IDE3 - L.113). Lorsque des familles dites « procédurières » interagissent avec le soin, tout comme dans l'histoire racontée par Zacharie (sœurs infirmières ayant « saboté » les machines), un climat de méfiance peut s'installer entre les soignants, le patient et sa famille. Cette ambiance tendue, sur la défensive, peut augmenter la charge mentale des soignants (stress, peur des conflits et de l'erreur). Quand les familles sont plus « collaboratrices », le dialogue et la confiance sont mises en avant avec différents effets sur le soin : alliance thérapeutique renforcée, une prise en charge plus fluide, une meilleure adhésion aux soins. La charge mentale du soignant est alors préservée. Christine rappelle donc la place que nous devons occuper, qui doit être celle dont le patient a besoin : « *On est des professionnels, on est des gens qui sont là pour soigner.* » (E2 IDE2 - L.79).

L'influence du vécu émotionnel sur la posture

Après leur avoir demandé de me définir la « posture professionnelle », j'ai posé la question suivante : ***Avez-vous le sentiment que votre vécu émotionnel influence votre posture professionnelle ? Si oui, de quelle manière ?*** Tous, sans exception, m'ont répondu « oui », peu importe le service.

Dans le cadre de la pédopsychiatrie, la projection s'est déjà produite. Que ce soit pour Mathilde, Christine ou M. Mathilde dit alors : « *j'ai déjà eu des situations ça m'a ramené quelque chose vraiment de très personnel et où j'ai dit non bah voilà je préfère pas avoir la référence de cet enfant* » (E1 IDE1 - L.70) sans forcément REFUSER la prise en charge mais plutôt en déléguant à d'autres collègues. Avis partagé par M, qui est « *intimement persuadé que notre*

vécu fait-fait qui on est sur le-sur le- sur le-sur le champ professionnel » (E3 ES - L.57) et pour Christine « il peut influencer la posture professionnelle si-si on en est pas conscient » (E2 IDE2 - L.89) tant qu'il est toujours présent. Elle emploie également la notion de « conscience » puisque « dans l'expérience on finit par mieux se connaître et puis connaître ses points faibles mais je pense que c'est surtout un travail euh personnel » (E2 IDE2 - L.92). Mais qu'est-ce que la « conscience » à proprement parler ? Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), la conscience est définie comme étant l'« organisation de son psychisme qui, en lui permettant d'avoir connaissance de ses états, de ses actes et de leur valeur morale, lui permet de se sentir exister, d'être présent à lui-même ». Alors, lorsqu'on parle de la « conscience de ses actes », cela pourrait faire écho à l'engagement du soignant dans le soin avec différentes valeurs universelles telles que : le respect, l'humanité, l'hospitalité, la justice... Ainsi, lors de discussion externes au soin, notamment avec les collègues, Christine peut faire la part des des aussi entre « ce qui nous appartient et ce qui... est du patient » (E2 IDE2 - L.96). Pour M, le vécu émotionnel fait de nous « qui on est, ce qu'on est, comment on s'est fait » (E3 ES - L.55) et « a forcément un impact sur-sur ouais sur notre manière de- d'être, professionnellement parlant » (E3 ES - L.55).

Aurélien donne un exemple avec comme acteur principal l'anxiété. En effet, il dit que « si t'arrives avec pas mal d'anxiété (...) et que tu fais pas attention à comment tu (...) es quand tu rentres dans une chambre, tu peux véhiculer cette anxiété » (E5 IDE4 - L.69). Il dit d'ailleurs être en proie à l'anxiété régulièrement. Durant l'entretien, je peux constater des signes d'anxiété récurrents : tremblement au niveau des jambes, se ronge les ongles... Et ce vécu, en rejoignant le constat fait par Léo lors de la partie émotions (« Ça peut être quelque chose de positif qui te booste ou ça peut être quelque chose qui te plombe un peu » (E4 IDE3 - L.24)), Aurélien l'aborde comme quelque chose qui « agit dans les deux sens et ça peut être positif ou négatif aussi, selon comment tu le vis » (E5 IDE4 - L.73).

Léo et Zacharie parle tous deux de « transposition » et « transfert ». Pour Léo, que ce soit du côté professionnel ou personne, nous avons tous déjà vécu des situations rencontrées dans les soins et « des fois y des espèces de-de transfert, de choses comme ça qui sont difficiles à... qui sont difficiles à gérer » (E4 IDE3 - L.144). Mais qu'est-ce que le transfert ? Freud considère cette notion comme le mécanisme sur lequel repose la psychanalyse. J. LAPLANCHE et J.B. PONTALIS définissent le transfert comme « le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets (c'est-à-dire sur certaine personnes) dans le cadre d'un

certain type de relation établie avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique » (Vocabulaire de la psychanalyse, 1967). Ce transfert peut aussi être appelé « transposition », ou « *report sur une autre personne de sentiments, de désirs, de types de relations, auparavant organisés ou éprouvés par rapport à des personnes clés de l'histoire du sujet* » (J.BENAROSCH, « Transfert et contre-transfert dans l'accompagnement vers les soins », 2017, p.49 à 53). Le personnage clé dans l'histoire de Zacharie est son petit frère : « *J'ai un petit frère qui a eu un cancer (...) mais tu vois là rien- rien que le fait d'en parler je transpose* » (E6 IDE5 - L.195). Pour lui, l'expérience de vie joue systématiquement un rôle dans la qualité de notre prise en charge : « *Indirectement (...) on ramène des choses de notre vécu dans notre profession, mais euh mais c'est pas un mal, faut savoir juste le gérer* » (E6 IDE5 - L.210).

Maintenir la juste-distance

Pour continuer sur le thème de la juste-distance, j'ai posé la question suivante : ***Comment parvenez-vous à maintenir une juste distance professionnelle dans la relation de soin ? Quels éléments vous aident ou, au contraire, vous mettent en difficulté ?*** Contrairement aux autres soignants, Zacharie est le seul qui dit ne pas avoir assez d'expérience pour répondre à cette question mais qui émet des hypothèses : « *Peut-être désamorcer la situation par de l'humour* » (E6 IDE5 - L.161), « *Essayer de-de fuir par nos autres obligations* » (E6 IDE5 - L.166). L'humour reste en effet un mécanisme fréquemment utilisé par les soignantes en cas d'intimidation, « *cela leur permet d'envisager la situation sous un angle plus positif mais aussi de réduire leur niveau de stress lié au travail* » (Wilkins, 2014). M. RUSZNIWSKI, pour faire le lien, a décrit neuf mécanismes de défense pouvant permettre aux soignants de maintenir une bonne distance dans le soin. Elle parle de la fuite, qu'elle rallie avec la notion « d'évitement ». En effet, le soignant est préoccupé par tout ce qui se passe dans la pièce, mais ne porte pas une attention significative au patient lui-même. Le patient devient alors « objet » du soin et la prise en charge devient moins qualitative sur le point relationnel. Aurélien, quant à lui, dit tout simplement que « *parfois je sais pas si elle est juste* » (E5 IDE4 - L.77) et rapporte cette difficulté à maintenir une distance correcte par le sous-effectif (présent dans sa structure). En effet, « *les recommandations des sociétés savantes c'est euh c'est euh 5 patients pour un binôme infirmier/aide-soignant. Euh... ici, on est à 6 patients pour un binôme infirmier/aide-soignant* » (E5 IDE4 - L.78). Et ce sous-effectif entraîne des problématiques d'organisation et de gestion de cette juste-distance selon Aurélien car malgré l'efficacité des soignants dans un

binôme IDE/AS, il « *faut aussi gérer l'émotionnel des familles, gérer l'émotionnel des patients, gérer l'émotionnel des patients après le départ des familles* » (E5 IDE4 - L.85) et dans certains cas il peut se dire « *là t'es pas étanche* » (E5 IDE4 - L.94). Le sous-effectif provoque certaines contraintes : moins de temps pour chaque patient, manque de disponibilité donc trop de distance ou alors être submergé émotionnellement mais aussi physiquement. C. DEJOURS et C. GUÉRET, experts dans la souffrance au travail, exprime dans l'article de revue « *La psychodynamique au travail* », (2026, p.26 à 32) que le travail de qualité se fait par des moyens suffisants. En cas de sous-effectif, cela crée un conflit éthique chez les soignants qui n'est ajusté, adapté, dans la relation de soin et limite la disponibilité. Pour ces auteurs, une question revient alors : « *La question n'est plus : qu'est-ce que le travail détruit ? Elle devient : comment la majorité des femmes et des hommes parvient-elle à rester dans la normalité malgré des contraintes considérables ?* » (P.26-32). Tandis qu'Aurélien parle des recommandations des sociétés savantes, Mathilde parle de « *l'outil de... d'analyse des pratiques* » (E1 IDE1 - L.82) et en dit plus à ce sujet : « *ça devient un outil rare, ça c'est dommage parce que du coup sans... en fait si-si on nous enlève ces espaces euh... de pensée euh... de réunion clinique euh... ou ces espaces dans le couloir où on peut juste échanger sur ça (...) c'est là où on va perdre la possibilité d'être dans une posture réflexive par rapport à notre relation avec euh... le patient par rapport à notre posture* » (E1 IDE1 - L.86). Malgré le fait que l'expérience soit en premier point pour Mathilde lorsque je lui demande quels outils lui permettent de maintenir cette juste-distance, elle parle également d'une écoute active par le biais de l'équipe, « *le fait d'être en équipe (...) On met beaucoup de... de mots sur ce qu'on ressent, sur euh...bah les différents regards aussi* » (E1 IDE1 - L.79), ce qui rejoint les dires de son collègue M. : « *je pense que l'équipe ça aide euh à pas trop déborder* » (E3 ES - L.61) et « *D'où je pense la richesse de pouvoir avoir une équipe pluridisciplinaire aussi* » (E3 ES - L.64). Les réponses données lors de ces entretiens permettent d'amener un semblant de solution au problème : ***comment la maintenir pour qu'elle soit qualitative ?*** Christine répond simplement « *en restant infirmière* » (E2 IDE2 - L.100), même si certains glissements peuvent tout de même survenir, nous resterons toujours l'infirmière et l'autre, le patient puisque « *C'est compliqué de... de sortir de ce... de ce statut là* » (E2 IDE2 - L.109). Léo, toujours penché sur le relationnel, n'accepte pas ce terme ou du moins : « *c'est un concept qui m'a toujours un peu... un peu fait grincer des dents* » (E4 IDE3 - L.159) même si « *il faut quand même mettre cette distance pour ne pas justement être trop impacté par les événements* » (E4 IDE3 - L.162). Il semblait plus difficile pour lui, en début de carrière, de faire la part des choses puisqu'il n'avait pas de réelle expérience. Aujourd'hui, il est en capacité de faire la part des choses : « *Quand je sors de la*

clinique, que je pose ma blouse au vestiaire bah le monsieur j'y pense plus quoi. Ou vraiment j'ai une petite pensée vite fait, voilà sur le chemin du retour » (E4 IDE3 - L.169) et *« quand je rentre chez moi, que je suis avec mes potes, avec ma copine ou quoi que ce soit, ça y est le boulot c'est à l'extérieur »* (E4 IDE3 - L.170). En effet, le métier d'infirmier, ou de le soignant en général est une profession connue pour être relativement anxiogène, avec de nombreuses responsabilités. Si la mise à distance n'est pas correctement faite et qu'au domicile, les faits ressurgissent et deviennent envahissants, Léo dit : *« Ça te dégoûte en fait tout simplement et puis c'est comme ça que tu finis en burn out, c'est comme ça que ouais tu te dégoûtes du métier »* (E4 IDE3 - L.177). De nombreuses émotions peuvent alors s'entremêler et comme l'a dit, précédemment, Christine, il devient difficile de faire la part de ce qui appartient au patient et ce qui fait partie de nous. Pouvant mener à des situations difficiles des mises en danger propre, telles que le burn out. Mais qu'est-ce que le burn out ? Selon l'HAS (Haute Autorité de Santé), c'est un *« épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel »*. Il peut être dû par un épuisement physique, impuissance face à la souffrance, relations patient-soignant difficiles, environnement de travail stressant, débordement de la vie professionnelle sur la vie personnelle, surcharge administrative... C'est pour cette raison que, pour éviter un tel phénomène, Léo propose de déléguer à un autre collègue lorsque la pression devient trop intense en commençant par *« se questionner sur soi-même d'abord »* (E4 IDE3 - L.180). Cette conclusion rejoint les dires de Zacharie qui dit que *« si on est pas capables par exemple de d'estimer qu'on fait un soin de la manière la plus neutre possible à un patient bah autant passer le relais à son-à son collègue si ça nous pèse »* (E6 IDE5 - L.176). Ainsi, deux des soignants interrogés proposent de déléguer à un collègue si possible. Selon S. LESCURE, L. SOYER et N.TANDA, le terme « délégation » est défini comme étant un *« acte par lequel le dépositaire d'une fonction en transmet l'exercice à un tiers, sans en abandonner la responsabilité »* (2022, p.98). Cette notion repose sur cinq principes : bonne tâche, bonne circonstance, bonne personne, bonne supervision, bonne direction/communication.

La relation de soin : un lien tissé à hauteur d'homme

Définition de la relation de soin

Pour aborder la dernière partie de mon mémoire, c'est à dire la relation de soin, j'ai posé la question suivante : ***Comment définiriez-vous la relation de soin et quelle est son importance dans votre pratique ?*** Une fois de plus, cette notion semble centrale à la pratique. Les trois soignants interrogés en services de pédopsychiatrie parle d'une relation « *capitale* » (E1 IDE1 - L.96), « *essentielle* » (E2 IDE2 - L.112) et est décrite comme un « *axe* » (E3 ES - L.73). Pour Alexandre Manoukian, psychologue clinicien en milieu hospitalier, une relation est « *une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* » (2008). Et comme le dit Zacharie : « *C'est une relation donc elle doit aller dans les deux sens* » (E6 IDE5 - L.263). Nous pouvons également parler d'échange puisque c'est ce que l'on retrouve dans les entretiens réalisés avec Christine et M, respectivement : « *Le soin commence par le.. par- déjà le-le relationnel avec les transferts, avec l'échange qu'on peut avoir, avec l'alliance... euh la mise en confiance du patient* » (E2 IDE2 - L.112) et « *Il y a des échanges qui se font, il y a des retours qui se font du patient je trouve que c'est-c'est là où je vois la relation ouais la relation de soin.* » (E3 ES - L.79). Qu'est-ce qu'un échange ? C'est une « *action ou fait de donner une chose et d'en recevoir une autre en contrepartie* » (Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales - CNRTL). En effet, la plupart des conflits qui surviennent entre soignants et soignés résultent d'un manque de communication. La communication est d'ailleurs un pilier fondamental dans le domaine des soins. Elle joue un rôle crucial non seulement dans la transmission des informations, mais aussi dans la coordination des équipes, la qualité des soins et la sécurité des patients. Léo verbalise le fait de pouvoir adapter sa relation de soin en disant qu'« *elle va être... différente en fonction de chaque personne* » (E4 IDE3 - L.220), elle sera donc personne-dépendante. Selon M. FORMARIER, ayant décrit la relation soignant-soigné en sept niveaux, ce type de relation peut être un simple acte de communication ou de relation suivant les interlocuteurs ; elle dépend d'eux, de la connaissance que les uns ont des autres, du contexte dans lequel se situe le soin. Ce qui rejoint alors l'avis donné par Léo. Pour Aurélien, la relation de soin c'est « *la confiance que tu arrives à établir euh... avec le patient* » (E5 IDE4 - L.145). Pour Georg Simmel, la confiance est une énigme reliant l'individu à la société et donc aux soignants dans ce contexte. Comment une prise en charge peut-elle être qualitative si le patient ne fait pas confiance aux soignants qui s'occupent de lui ? Mathilde dit même que la qualité de cette relation « *va faire que... on va pouvoir être soignant ou non* » (E1 IDE1 - L.97). Zacharie décrit d'ailleurs une bonne relation de soin où « *dans la relation du soignant et-et soigné, il faut vraiment qu'on soit... pas clivants, faut pas qu'on soit dans- dans du forcing, faut... faut essayer d'adhérer (...)* au maximum dans le sens du patient » (E6 IDE5 - L.276) tout en essayant d'être dans une «

alliance thérapeutique, qu'elle mène à un soin... sur du long terme » (E6 IDE5 - L.284), que cela mène à du réconfort ou à du soin de confort. Léo dit d'ailleurs que cela va dépendre de la personne qu'il retrouve en face de lui : « *une personne très avenante ça va me donner envie d'être avenant avec elle, une personne qui l'est pas ça va me demander un effort* » (E4 IDE3 - L.222) et fait ainsi une sorte de parallèle avec sa propre personne puisqu'il dit que « *si toi-même t'es pas dans un... un bon état psychologique à ce moment-là bah ta relation de soin elle peut être un peu détériorée* » (E4 IDE3 - L.230). Pour Christine, cette qualité de la relation passe « *par l'écoute mais aussi euh par l'empathie qu'il peut ressentir de notre part* » (E2 IDE2 - L.114). Mathilde pense aussi que travailler avec les émotions peut rendre la relation de soin plus qualitative et productive. M. FORMARIER décrit la relation d'empathie et Brené Brown propose de concevoir l'empathie comme une opération construite selon quatre axes : se projeter dans la position de l'autre, l'écoute, le repérage des émotions que nous aurions pu éprouver dans ce que l'autre dit et faire savoir à l'autre que nous lui ressemblons dans ces émotions. L'identification empathique, souvent reconnue dans les métiers de la santé est considérée comme « *la manière d'aimer l'autre, de le connaître et le reconnaître comme autre-sujet, de l'inclure dans notre sentiment de base de l'humanité* » (René Roussillon, p. 122 à 138).

Facteurs pouvant influencer la relation

Pour faire suite au thème, la dernière question était la suivante : ***Selon vous, qu'est-ce qui peut influencer la relation soignante avec un patient ?*** Mathilde résume bien cela en disant que « *c'est multifactoriel en fait* » (E1 IDE1 - L.117). On parlera ici de facteurs d'influence qui sont des facteurs agissant, de façon directe ou indirecte, sur l'état d'un enjeu et dont l'analyse peut aider à déterminer les objectifs à long terme. J'ai dû reformuler la question dans les premiers entretiens puisqu'elle ne semblait pas claire, j'ai donc inséré le terme « facteur » dans mon interrogation.

Dans un contexte plus pratique, M. dit que « *ça peut être aussi les institutions* » (E3 ES - L.90) en portant la conclusion suivante que « *Toute institution a des-des incohérences et des paradoxes* » (E3 ES - L.91). Ce qui revient à ce qu'a dit Aurélien lors de la question : ***Comment parvenez-vous à maintenir une juste-distance ?*** Ce dernier abordait le problème du sous-effectif dans son établissement, ce qui n'est pas réellement le cas dans le CMPEA interrogé mais qui le fut un temps. M. parle également du côté institutionnel et familial au niveau des

foyers d'accueil puisqu'en effet « *on peut avoir des fois des familles qui sont pas mobilisables* » (E3 ES - L.85). Et si elles ne le sont pas, Christine dit que « *c'est difficile si on a pas l'alliance des familles* » (E2 IDE2 - L.127). Au moment de la rencontre, si l'alliance thérapeutique n'est pas favorable, alors l'enfant, comme la famille, peuvent aller à l'encontre de ce qui peut être proposer. Elle constitue la base de la confiance, la coopération entre le soignant et le patient, autour d'un objectif commun : la santé physique et/ou mentale. Edward BORDIN, auteur du concept moderne de l'alliance thérapeutique, la définit en trois éléments significatifs : le lien de confiance entre patient et soignant, l'objectif commun de santé et la coopération sur les tâches thérapeutiques. Si elle est trop fragile, le lien, la relation de soin s'en trouverait dégradés tout en compromettant l'efficacité de la prise en charge. Mathilde fait également lien avec « *le contexte familial* » (E1 IDE1 - L.115) et dit ça va être « *le désir ou non de l'enfant ou l'ado d'être en soins* » (E1 IDE1 - L.115). La volonté fait l'alliance.

Les facteurs sont multiples et peuvent parfois mener à une « mauvaise » prise en charge dans le sens où elle n'est pas 100% qualitative. Comme le dit Léo, « *ça passe par ouais soit déléguer à tes collègues ou essayer de comprendre qu'est-ce qui fait que ça fonctionne pas avec ce monsieur ou cette madame, qu'est-ce que tu peux faire pour moi pour améliorer ça, pour changer ça* » (E4 IDE3 - L.242), déléguer est une des solutions permettant d'améliorer la prise en soin même si cela doit se faire par le biais d'un collègue. Et cette délégation rejoint une des citations d'Aurélien : « *faut se questionner* » (E5 IDE4 - L.162) car en effet nous apprenons, non seulement tout au long de notre formation, mais également tout au long de notre pratique. C'est ce que montre d'ailleurs Edith Luc, docteur en psychologie, dans « *Le leadership partagé* » (2010) en décrivant les différents profils de personnes grâce auxquelles nous pouvons apprendre chaque jour. Dans ce cas-ci, Aurélien et Léo font référence à ce qu'on appelle le profil du « modèle » qui permet de confronter ses propres connaissances à celles d'autrui. Même si parfois, la fierté ou l'égo ne nous laisse pas apprendre des autres, il est important de pouvoir être aidé notamment dans un métier comme celui du soin, en trouvant « *un peu de positif dans toutes ces galères* » (E4 IDE3 - L.253). Aurélien parle donc du fait de se questionner par des expériences déjà vécues dans son service de soins palliatifs, car « *j'ai vu des collègues qui en ont pas forcément grand-chose à faire, qui font juste ce qui est prescrit et qui... voilà qui se posent pas de questions* » (E5 IDE4 - L.160). Contrairement à ce « type » de soignant, Aurélien dit aimer avoir le temps « *de proposer euh savoirs si euh ils sont absolument conciliants avec les soins que je vais faire* » (E5 IDE4 - L.167) et pour cela, pour avoir le temps et mettre en place une bonne relation de soin, « *il faut pas trop de patients par soignant pour*

euh pour avoir le temps de se poser, de discuter » (E5 IDE4 - L.156). Pour Léo, la relation de soin c'est aussi une rencontre, « c'est... comment la personne se comporte avec toi, comment toi tu as envie de te comporter avec elle euh... en tant que soignant » (E4 IDE3 - L.237) tout en maintenant une juste-distance adéquat et donc il ne « faut pas non plus trop s'attacher » (E6 IDE5 - L.299) selon Zacharie. Mais pour ce dernier, même si la relation de soin n'est pas parfaite et si les bons facteurs ne sont pas réunis afin de la rendre ainsi, « nous on fera quoi qu'il arrive le-notre devoir, on soignera le patient de la même manière ». (E6 IDE5 - L.301), tout en essayant de faire adhérer le patient au mieux à ses soins, malgré tout. La relation et la qualité de cette dernière va être celle qui va amener à la confiance et à une prise en charge plus qualitative. Pour ce qui est du fait d'être en palliatifs, Zacharie garde les pieds sur terre et admet : « c'est pas un médicament qui va leur sauver la vie, ils sont pas là pour que leur vie soit sauve, ils sont, ils sont là pour que... pour ne plus avoir mal, pour ne plus être anxieux et pour être accompagné » (E6 IDE5 - L.317) et avec l'observance des traitements pour les patients en fin de vie : « ça c'est du... c'est du bullshit, faut les laisser un peu... faut les laisser un peu tranquille en palliatifs, faut les écouter » (E6 IDE5 - L.316). Pour terminer cette analyse concernant la relation de soin et les facteurs pouvant l'altérer, Zacharie termine sur une phrase de conclusion : « C'est toujours mieux de mourir accompagné que de mourir seul » (E6 IDE5 - L.321)

Distinctement de chaque thème, j'ai décidé de poser la question de relance suivante : **selon vous, est-ce que la prise en charge d'un enfant à un adulte diffère ?** Aurélien verbalise le fait qu'il n'ait pas les compétences requises pour travailler avec les enfants, malgré un projet professionnel aux urgences pédiatriques. « C'est à ce stage où j'ai eu moins le sentiment d'inutilité quoi » (E5 IDE4 - L.111) même s'il reconnaît s'être « pris une grande claque » (E5 IDE4 - L.105). P. PRAYEZ (2003) dit d'ailleurs que la communication, verbale comme non verbale, retrouvée en soins palliatifs est totalement différente de celle présente en pédiatrie. Christine rejoint d'ailleurs les dires de P. PRAYEZ puisque, selon elle, la prise en charge serait plus complexe avec les adultes. Elle en fait d'ailleurs le comparatif dans les citations suivantes : « un enfant il renvoie des choses mais on (...) il va être euh... plus euh...facilement dans une demande d'aide (...) dans un désir » (E2 IDE2 - L.60) et « les adultes, souvent la souffrance est tellement ancrée, tellement (...) inscrite en eux que c'est plus difficile de-des fois d'avoir accès.» (E2 IDE2 - L.63). C'est le contrôle pour Zacharie, qui fait le comparatif avec son métier actuel et emploie le terme d'urgence. Pour les adultes en fin de vie : « Y a moyen l'urgence vitale, y a moins le côté à sauver coûte que coûte, que lorsqu'on se retrouve avec des enfants

» (E6 IDE5 - L.232), alors que pour les enfants : « *C'est pas humainement et-et logiquement et éthiquement dans l'ordre des choses qu'un enfant meurt* » (E6 IDE5 - L.239). Même s'il rajout par la suite que tous les soignants doivent prendre en soin n'importe quel patient de la même manière. On parlera dans ce cas « d'équité ou d'égalité des soins », comme décrit dans l'article R. 4127-7 du code de la santé publique (article 7 du code de déontologie médicale) précisant « *qu'aucune personne ne doit faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins* ». L'équité dans ce contexte signifie que chaque individu a le droit à une accès égal aux soins et surtout aux possibilités de vivre en bonne santé. Léo, quant à lui, pense qu'il y a forcément plus d'appréhension dans la prise en soin d'un enfant plutôt que dans celle d'un adulte, que ce soit sur le versant relationnel que sur celui de la pratique (posologies, manipulations...). Il dit apprécier les enfants et aime s'en occuper « *mais pas forcément dans le domaine de la santé* ». Il transpose alors avec sa vie privée : « *j'ai un petit frère, j'ai une petite sœur qui sont assez jeunes euh voilà le fait de les imaginer dans un état comme ça, ça-ça m'angoisse* » (E4 IDE3 - L.211).

6. Limites de l'enquête

La partie majeure de mon travail de fin d'étude est l'enquête exploratoire réalisée par le biais de la méthode clinique et d'entretiens semi-directifs. Bien que les connaissances théoriques apportés par le cadre conceptuel m'aient aidé à rédiger une analyse croisée des entretiens réalisés en service, je remarque plusieurs limites, notamment au niveau de certaines réponses.

Premièrement, j'ai dû retravaillé certaines questions après les trois premiers entretiens. Par exemple, la dernière question : ***selon vous, est-ce que la prise en charge d'un enfant à un adulte diffère ?*** semblait trop vague pour les soignants du CMPEA. Ainsi, pour mes entretiens réalisés à l'USP, j'ai rajouté le terme « facteur d'influence ». Certaines fois, j'ai eu l'impression de faire répéter le soignant puisque toutes mes questions se rejoignent et les adapter à leurs dires était parfois difficile. L'appréhension s'est pourtant dissipée après les trois premiers entretiens car j'avais finalement compris la méthodologie et j'ai pu mettre à distance le stress de l'inconnu (oublier certains sujets, bégayer, ne pas poser les bonnes questions ou simplement ne pas me faire comprendre...).

Pour ce qui est de la grille d'entretien, il était difficile de mettre en lien les citations avec certains thèmes puisque certaines réponses pouvaient entrer dans plusieurs cadres en même temps. Après réflexion, certaines questions de relance auraient pu favoriser une meilleure compréhension et approfondir les connaissances retrouvées dans le cadre conceptuel.

Les deux services rencontrés sont deux extrêmes : pédopsychiatrie et soins palliatifs. Pourtant, j'aurais peut-être apprécié interroger un autre service afin de recueillir plus de données pour l'analyse, bien que six entretiens la rendent déjà relativement complète.

7. Problématique

Les divers entretiens réalisés avec soignants m'ont toutefois permis de mieux éclairer des éléments liés aux thèmes de mon travail de recherche mais également de découvrir des éléments nouveaux que je n'avais pas pu aborder dans ma revue de littérature. Ces divers éléments me conduisent donc à pousser ma réflexion vers une nouvelle recherche qui donnera lieu à une question de recherche. Tout d'abord, nous allons reprendre ma question de départ qui était : ***« Comment le vécu émotionnel de l'infirmier impacte-t-il sa posture professionnelle et son implication dans la relation de soin ? »***

Tout d'abord, il a semblé simple de donner une définition pour chaque thème : les émotions soignantes, la posture professionnelle et la relation de soin. En effet, nous pouvons remarquer que les émotions tiennent une place centrale dans la pratique soignante. Mais lorsque ces émotions sont trop présentes ou mal élaborées, elles peuvent fragiliser et déstabiliser le soignant. On parlera ici de résonance émotionnelle, définie dans le Dictionnaire de l'Académie Française comme une « *émotion, un souvenir que font naître ou que ravivent, dans le cœur ou dans l'esprit, des paroles, un écrit, une œuvre artistique* ». Pour Claudine Blanchard-Laville (2021), la résonance émotionnelle est perçue comme la possibilité pour le soignant de repérer ce que la rencontre avec l'autre rappelle chez lui. On pourrait également parler d'intuition puisque c'est aussi le ressenti et la compréhension de l'émotion d'autrui. Dans le sens de l'intelligence émotionnelle, chaque soignant interrogé a abordé, au moins une fois, le terme d'empathie lors de la réalisation des entretiens semi directifs. Rappelons que l'empathie est une des cinq composantes de l'intelligence émotionnelle avec la conscience de soi, l'autorégulation, la motivation et les compétences sociales. Pour C. ROGERS, l'empathie est définie comme étant la compréhension du patient selon le point de vue d'où il se trouve. Et pour M. FORMARIER, « *plus les*

infirmières font preuve d'empathie, moins les patients sont anxieux, dépressifs ou furieux. Autrement dit, non seulement l'empathie favorise le traitement thérapeutique, mais elle facilite la relation thérapeutique. En faisant l'effort de comprendre leurs patients, les infirmières se facilitent la tâche » (M. FORMARIER, 2007, p. 38).

Cette résonance émotionnelle par transposition peut faire ressurgir certaines émotions de base universelle décrites par P. EKMAN dans les années 1970. Selon les réponses données par les soignants, nous retrouvons surtout la tristesse, qui est « *un sentiment de vide intérieur, de manque, de désarroi, la gorge nouée et les larmes* » (P. EKMAN, 1971). Quand le patient exprime sa tristesse, il semble que c'est à l'infirmier de prendre soin de cet affect, en traitant la souffrance avec bienveillance, empathie et attention respectueuse. La présence du soignant, parfois silencieuse, peut représenter pour le patient une aide à part entière. Être à son écoute, reformuler, avoir une attitude non-jugeante permettent au patient d'être reconnu dans sa souffrance, ce qui pourrait contribuer à mettre en place les conditions d'un climat de confiance propice à l'alliance thérapeutique. En totale opposition avec l'émotion précédente, on retrouve dans les dires la joie, définie comme « *une émotion capitale. Elle nous met en mouvement, décuple notre énergie, favorise l'action, la coopération et la créativité* » (M-E. LAUNET et C. PERES-COURT, 2021, p. 30 à 31). La joie peut entrer dans la relation de soin quand elle s'accompagne du partage, de la transmission et de l'ajustement. Elle concourt à l'humanisation du soin. Elle permet de remettre le patient sur le chemin de l'espoir, de la motivation, de l'engagement. Mais la joie doit toujours s'allier à la clinique et aux émotions du patient. Elle devient alors, dans le discernement, l'un des pôles structurant de la relation de soin dans un dispositif de soin global, respectueux et humain.

Pour ce qui est de la posture professionnelle, l'une des personnes interrogées n'est pas en accord avec le terme de « juste-distance », puisque selon elle, c'est un positionnement adaptable à chaque situation, patient-dépendant. Et en effet, si on se base sur la définition donnée par M. PAUL, la posture est « *une manière d'être en relation à autrui dans un espace et à un moment donné. C'est une attitude de corps et d'esprit* » (2012) et rejoint donc les pensées du soignant perplexe. Cela semble effectivement être la bonne façon d'adopter la posture professionnelle la plus adéquate à certaines situations. Et l'un d'entre eux dit même qu'il n'existe pas qu'une seule et unique posture et que chacun possède son propre positionnement dans le soin, faisant alors lien avec une citation de J. LADSOUS : « *La posture du professionnel, c'est en termes*

d'implication, de négociation, de participation qu'elle se définit. L'implication est à entendre comme l'expression de la volonté. Il s'agit bien de s'impliquer, et non d'être impliqué malgré soi. C'est également la manifestation d'une parole professionnelle, d'une perspective spécifique sur les situations » (Posture du corps et de l'esprit, 2007, p.77). Et cette posture englobe donc la juste-distance puisque le soignant est parfois amené à entrer dans l'intimité de la personne et notamment dans les services considérés comme des lieux de vie. Il existe d'ailleurs, selon les soignants travaillant en soins palliatifs, un lien entre ce service et un lieu de vie puisque c'est souvent leur dernier endroit de repos. Et lorsque l'intimité devient trop envahissante, dans le sens où la possible projection devient incontrôlée, le soignant, comme expliqué lors des entretiens, peuvent alors mettre en place des mécanismes de défense afin de mettre à distance ce qui appartient au patient et ce qui appartient au soignant. C'est d'ailleurs ce que décrit M. RUSZNIWSKI. Selon elle, il en existe neuf : mensonge, banalisation, esquivage, fausse réassurance, rationalisation, évitement, fuite et déni. L'évitement par nos propres obligations, ainsi que la délégation (non décrite par l'autrice précédente) sont les deux mécanismes les plus retrouvés dans le vécu des soignants interrogés. La définition donnée à l'évitement par Le Dictionnaire Médical de l'Académie de Médecine, c'est un « *comportement qui consiste pour un sujet à éviter la confrontation avec l'objet ou la situation* » (2018). La délégation, quant à elle, est l'« *action de charger quelqu'un d'une mission, généralement officielle, avec tout pouvoir pour la remplir ; action de transmettre, de confier quelque chose, généralement des attributions officielles, à quelqu'un* » (CNRTL). L'humour est aussi abordé et utilisé en tant que mécanisme de défense par un infirmier afin de maintenir une juste-distance adéquate, de désamorcer une situation pouvant être ressentie comme dérangeante. Ce mécanisme est défini comme une « *forme d'esprit qui s'attache à souligner le caractère comique, ridicule, absurde ou insolite de certains aspects de la réalité ; marque de cet esprit dans un discours, un texte, un dessin, etc* » et qui leur permet d'envisager « *la situation sous un angle plus positif mais aussi de réduire leur niveau de stress lié au travail* » (Wilkins, 2014).

Les entretiens semi-directifs se sont alors terminés sur le sujet suivant : la relation de soin. Pour tous, elle est décrite comme étant capitale et singulière, un axe de référence pour une bonne prise en soin, même si elle reste ajustable à chaque situation. Comme ils le disent bien, c'est d'abord une rencontre donc le lien doit être créé dans les deux sens. Ces pensées rejoignent celles du psychologue clinicien A. MANOUKIAN, qui décrit la relation comme « *une ren-*

contre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires » (2008). La relation de soin est la rencontre la plus fréquente dans le milieu hospitalier parmi toutes celles décrites par M. FORMARIER, avec la relation d'empathie, décrite précédemment. Mais outre la théorie, nous nous rendons compte au fur et à mesure des discussions, que toutes les relations analysées par cette autrice se rejoignent pour former une seule et unique relation de soin. Et si une de ces composantes n'est pas stable, alors elle peut s'en retrouver dégradée. En effet, chaque soignant parle d'une alliance composée de : civilité (politesse et amabilité, qui instaure un climat de confiance), empathie (capacité à pouvoir se projeter dans la personnalité de son interlocuteur), aide psychologique (qui s'appuie également sur la confiance et l'empathie, permettant d'apaiser les souffrances psychiques en reconstruisant un équilibre psychologique), thérapeutique (vise à faire bénéficier au patient d'un traitement thérapeutique en soin), éducative (vise à accompagner la personne afin qu'elle comprenne et mette en œuvre les connaissances et comportements nécessaires à la gestion de sa santé), soutien social (aide donnée par la famille, l'environnement, l'entourage en général, voire même des professionnels de santé ou sociaux). Toutes ces composantes montrent bien que le travail relationnel possède une place centrale dans la pratique et que c'est en partie grâce à cette relation de soin que la posture professionnelle et la gestion des émotions seront les bonnes. Nous remarquons donc que chaque thème est lié à un autre et ainsi de suite, comme une boucle.

Dans tout cela, nous retrouvons une importante conséquence de l'épuisement au travail que je n'avais pas abordé dans mon cadre conceptuel : le burn out, verbalisé par un des infirmiers interrogés. Il arrive que le corps et l'esprit se retrouvent sous tension, et que le principal concerné n'arrive plus à faire la part des choses. On parlera alors d'« *épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel* » (Haute Autorité de Santé). La vie personnelle se trouve alors totalement envahie par le plan professionnel et le sujet n'est plus en capacité de se protéger. Cela peut se remarquer de par certains symptômes annonciateurs tels que : fatigue émotionnelle ou absence d'émotions, troubles de la mémoire et de la concentration, désengagement, irritabilité, isolement, troubles du sommeil...

Pour ma part et en conclusion de cette problématique, je trouve qu'il est essentiel de prendre en compte les émotions du patient mais aussi celles du soignant puisque ce sont elles qui amèneront ou non une bonne relation de soin avec une bonne alliance thérapeutique. Je les catégoriserais même comme : le cœur de notre métier. La frontière entre le « trop » et le « pas assez »

est si fine qu'il paraît facile de passer à travers, quitte à mettre en péril la prise en charge. Cette conclusion m'amène vers de nouvelles notions et pistent de réflexions, faisant ainsi naître une nouvelle question : la question de recherche avec pour thèmes : la résonance émotionnelle et la vulnérabilité.

8. Question de recherche

« Comment transformer la résonance émotionnelle en levier de soin plutôt qu'en facteur de vulnérabilité ? »

9. Conclusion

Ce travail de fin d'étude marque la fin de trois années d'étude intenses. Je pourrais même parler de consécration. Après la rédaction du cadre conceptuel et l'analyse croisée des entretiens semi-directifs réalisés dans les services de pédopsychiatrie et de soins palliatifs, j'ai pu mieux comprendre l'impact du vécu émotionnel sur la pratique soignante et sur son implication dans les soins, physiques comme psychiques. De plus, cela m'a permis de me faire une idée de la pratique des infirmiers dans ces deux services, pour mon futur poste. Parmi toutes les réponses données par les soignants, il semble que les émotions aient une place prédominante, centrale, dans la pratique infirmière et qu'elles peuvent être mises à profit à partir du moment où elles ne deviennent pas envahissantes. Parfaitement gérées, elles peuvent même être un point positif dans la prise en charge des patients, voire même devenir un outil relationnel.

Pour commencer, le choix de ma situation d'appel m'est apparu comme une évidence puisque c'est un sujet qui me touche personnel. De nature sensible, je me suis directement projetée sur la situation de la patiente et en a ensuite découlé un cadre conceptuel avec trois thèmes importants, validé par ma directrice de mémoire : les émotions soignantes, la pratique professionnelle et la relation de soin. De cette situation, j'ai pu développer ma question de départ :

« Comment le vécu émotionnel de l'infirmier impacte-t-il sa posture professionnelle et son implication dans la relation de soin ? »

Ce travail, aussi difficile qu'intéressant et formateur, souligne l'importance de la protection personnelle des soignants : mise à distance, espace de parole, soutien extérieur à la structure... L'équilibre entre le professionnel et le personnel peut alors être maintenu. Pour revenir au cadre conceptuel, les nombreuses lectures et recherches internet, m'ont permis d'approfondir mes connaissances sur les différents sujets abordés afin de mieux comprendre les réponses données par les soignants. Cette étude en a fait ressortir une nouvelle question de recherche, plus précise que la question de départ :

« Comment transformer la résonance émotionnelle en levier de soin plutôt qu'en facteur de vulnérabilité ? »

Cette recherche pourrait donc être approfondie en explorant davantage les moyens pouvant permettre aux soignants, peu importe le service, de mieux appréhender, gérer, leurs émotions au quotidien, que ce soit dans le personnel comme dans le professionnel. Comment mettre au profit du soin les émotions ressenties dans certaines situations ?

On m'a souvent qualifié « d'éponge » et je comprends aujourd'hui pourquoi. Non seulement de par la pratique lors des stages mais aussi dans la rédaction de se mémoire. J'ai tendance à absorber facilement les émotions d'autrui et à transposer. Cette projection a pu être un frein dans certaines prises en charge, notamment celle de Lily, retrouvée dans ma situation d'appel. Après ce travail, il semble plus simple d'appréhender le futur et le ressenti des autres : faire la part des choses, de ce qui appartient au soignant et de ce qui appartient au patient.

Ces trois années au sein de l'IFSI ont été très enrichissantes, bien que parfois déconcertantes et m'ont permis de me retrouver, de découvrir qui je suis mais aussi ce que je veux faire plus tard, bien que cela reste encore flou. Je sais que les émotions seront peut-être une source d'inquiétude lorsque je serais diplômée, mais je compte bien en faire un atout, un levier dans ma prise en charge et transmettre ces connaissances aux futurs soignants que je rencontrerais, tout comme les futurs étudiants.

Bibliographie

- Audi, P. (2011). Soins et compassion. Dans *L'Empire de la compassion*. Encre Marine.
- Benaroch, J. (2017). Transfert et contre-transfert dans l'accompagnement vers les soins. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, p. 49-53.
- Blanchard-Laville, C. (2025). L'analyse clinique des pratiques professionnelles : Quelles perspectives aujourd'hui ? *Cliopsy*.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
- Cocteau, J. (1947). *La difficulté d'être*. Éditions du Rocher.
- Collot, É. (Dir.). (2011). *L'alliance thérapeutique : Fondements et mise en œuvre*. Dunod.
- Deval, C., & Bernard-Curie, S. (2016). Entrer en résonance émotionnelle. Dans *Simplifiez vos relations avec les autres* (p. 95–115). InterEditions.
- Duménil-Guillaudeau, F. (2003, 6 août). Une approche humaniste du soin. *Espace éthique Île-de-France*.
- Érasme. (1500). *Les Adages*.
- Escudié, M. (2019). Peur dans l'institution et dans la relation soignant-soigné. *Cliniques*, 2019/2(18), 112–122. Érès.

- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, (89), p.33–42. Éditions Association de Recherche en Soins Infirmiers.
- Gardner, H. (2008). *Les intelligences multiples*. Retz.
- Hall, E. T. (1966). *La dimension cachée* (A. Petita, Trad.). Éditions du Seuil. (Œuvre originale publiée en 1966)
- Lamour, M., & Barraco, M. (2021). Souffrances autour du berceau : Repères pour l'intervention. *La vie de l'enfant*.
- Launet, M.-E., & Peres-Court, C. (2018). Outil 11. La surprise. Dans *La boîte à outils de l'intelligence émotionnelle* (p. 40–41). Dunod.
- Launet, M.-E., & Peres-Court, C. (2021). La joie. Dans *La boîte à outils de l'intelligence émotionnelle* (Outil 7, p. 30–31). Dunod.
- Le concept de « CARE » : Les soins liés aux fonctions de la vie. (2011).
- Lecomte, J. (2017). La psychologie des émotions. Dans *30 grandes notions de la psychologie* (p. 31–35). Dunod.
- Luc, E. (2010). *Le leadership partagé*. Montréal, QC : Chenelière Éducation.
- Manoukian, A. (2008). *La relation soignant-soigné*. Paris : Lamarre.

- Morvillers, J.-M. (2015). Le care, le caring, le cure et le soignant. *Recherche en soins infirmiers*, (122), 77–81.
- Nasielski, S. (2009). Le bon usage de la colère. *La parole aux émotions : Actualités en analyse transactionnelle*, (132), 1–14.
- Paul, M. (2012). L’accompagnement comme posture professionnelle spécifique : L’exemple de l’éducation thérapeutique du patient. *Recherche en soins infirmiers*, (110), 13–20.
- Pétermann, M. (2016). La juste distance professionnelle en soins palliatifs. *Revue internationale de soins palliatifs*, p.177–181. Éditions Médecine & Hygiène.
- Pucheu-Paillet, S. (2015). Groupes d’analyse de pratiques de soignants à l’hôpital général. Expérience d’une psychologue clinicienne. Dans *La conduite de groupe* (pp. 135–148). Connexions.
- Roussillon, R. (2014). L’identification narcissique et le soignant dans le travail de soin psychique (p. 122–138). Dans *Cliniques, La dépendance : de la fusion à la confusion*.
- Ruzniewski, M. (2011). Les mécanismes de défense dans la relation médecin malade : confrontation à la maladie grave. Communication présentée aux 18^e Journées *La douleur de l’enfant. Quelles réponses ?* (8–9 décembre). Institut Curie, Paris.
- Sartre, J.-P. (1939). *Esquisse d’une théorie des émotions*. Paris : Hermann. Cité par CNRTC.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Presses Universitaires de France.

Sommaire des annexes

Annexe I : guide d'entretien.....	II
Annexe II - Demande d'autorisation CMPEA.....	IV
Annexe III - Réponse cadre de service.....	V
Annexe IV - Demande d'autorisation Equipe USP	VI
Annexe V : Retranscription des entretiens.....	VII
Annexe VI – Grille d'analyse des entretiens	XLVIII

Annexe I : guide d'entretien

Thèmes et concepts	Ce que je veux savoir	Questions
1. Présentation	Connaître au mieux mon interlocuteur	- Prénom - Âge - Année d'obtention du diplôme - Ancienneté - Service
2. Les émotions soignantes	La place des émotions du soignant dans la pratique	- Comment définiriez-vous la place des émotions dans votre pratique soignante au quotidien ? - Pouvez-vous me décrire une situation de soin où vos émotions ont été particulièrement mobilisées ? Comment avez-vous vécu cette situation ?
3. La posture professionnelle	Comprendre comment les soignants se positionnent professionnellement dans la relation de soin et en quoi ce positionnement est influencé par leur vécu émotionnel	- Comment définiriez-vous le terme de posture professionnelle ? - Avez-vous le sentiment que votre vécu émotionnel influence votre posture professionnelle ? Si oui, de quelle manière ? - Comment parvenez-vous à maintenir une juste distance professionnelle dans la relation de soin ? Quels éléments vous aident ou, au contraire, vous mettent en difficulté ?
4. La relation de soin	Représentation de la relation de soin	- Comment définiriez-vous la relation de soin et quelle est son importance dans votre pratique ?

		- Selon vous, qu'est-ce qui peut influencer la relation soignante avec un patient ?
--	--	---

Annexe II - Demande d'autorisation CMPEA



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M. Camille Defreval

Étudiant(e) en soins infirmiers

Adresse :

à Madame la Directrice des Soins

Monsieur le Directeur des soins

Téléphone :

Mail :

Avignon, le 13/03/2026

Madame, Monsieur,

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

service(s) : Équipe ELISEA - Centre pédopsychiatrique

auprès de la(des) population(s) : Enfants et adolescents

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

Les émotions soignantes dans la profession

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

Comment définiriez-vous la place des émotions dans votre pratique soignante au quotidien ?

Pouvez-vous me décrire une situation de soin où vos émotions ont été particulièrement mobilisées ? Comment avez-vous vécu cette situation ?

Comment définiriez-vous le terme de posture professionnelle ?

Avez-vous le sentiment que votre vécu émotionnel influence votre posture professionnelle ? Si oui, de quelle manière ?

Comment parvenez-vous à maintenir une juste distance professionnelle dans la relation de soin ? Quels éléments vous aident ou, au contraire, vous mettent en difficulté ?

Comment définiriez-vous la relation de soin et quelle est son importance dans votre pratique ?

Selon vous, qu'est-ce qui peut influencer la relation soignante avec un patient ?

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

Annexe III - Réponse cadre de service

Bonjour,

Je vous autorise à réaliser des entretiens avec les soignants du CMPEA d' [REDACTED] dans le cadre de votre travail de recherche.

Bien cordialement,



L'intelligence collective

[REDACTED] Bérengère
Pôle de Psychiatrie Enfants et Adolescents
Service Adolescents
[REDACTED]
Tél. : [REDACTED]
Service Centre

Annexe IV - Demande d'autorisation Equipe USP



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M. DEFREVAL Camille

Étudiant(e) en soins infirmiers

Adresse :

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Téléphone :

Mail :

Avignon, le07/04/2026.....

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le(s)
service(s) ... soins palliatifs (USP) et d'une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP).....
auprès de la(des) population(s) :
dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

Les émotions soignantes dans la pratique

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

- Comment définiriez-vous la place des émotions dans votre pratique soignante au quotidien ?
- Pouvez-vous me décrire une situation de soin où vos émotions ont été particulièrement mobilisées ? Comment avez-vous vécu cette situation ?
- Comment définiriez-vous le terme de posture professionnelle ?
- Avez-vous le sentiment que votre vécu émotionnel influence votre posture professionnelle ? Si oui, de quelle manière ?
- Comment parvenez-vous à maintenir une juste distance professionnelle dans la relation de soin ? Quels éléments vous aident ou, au contraire, vous mettent en difficulté ?
- Comment définiriez-vous la relation de soin et quelle est son importance dans votre pratique ?
- Selon vous, qu'est-ce qui peut influencer la relation soignante avec un patient ?

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

Annexe V : Retranscription des entretiens

Entretien n°1 : Mathilde (IDE1)

- 1 **Moi** : Alors, du coup mon thème de mémoire, c'est les émotions soignantes dans la profession.
2 Euh, j'ai trois thèmes mais d'abord on va commencer par une petite présentation si ça vous
3 dérange pas.
- 4 **Mathilde** : Hm hm
- 5 **Moi** : Euh, du coup j'aurais besoin de votre nom, prénom...
- 6 **Mathilde** : Alors je m'appelle Mathilde *nom*, j'ai 34 ans, je suis infirmière depuis 13 ans.
- 7 **Moi** : Hm hm
- 8 **Mathilde** : Euh, en pédopsychiatrie. J'ai fait que de la pédopsy.
- 9 **Moi** : D'accord. Et vous avez fait votre scolarité où ?
- 10 **Mathilde** : J'ai fait ma scolarité dans le Var et euh mes études infirmières à Marseille
- 11 **Moi** : D'accord. Alors, ma première question du coup c'est : ***comment définiriez-vous la place***
12 ***des émotions dans votre pratique soignante au quotidien ?***
- 13 **Mathilde** : La place des émotions pour qui ? Pour moi ou pour euh...
- 14 **Moi** : Pour vous.
- 15 **Mathilde** : Pour moi euh, la place des émotions bah c'est... elle est... elle est importante
16 surtout en psychiatrie. Euh, elle est un peu centrale dans ce que... bah comment voilà, bah co-
17 comment je ressens euh... euh... qu'est-ce que je vais ressentir par rapport à ce que le patient
18 va amener ou la famille va amener. Euh, ça peut être quand même déterminant sur euh, bah sur
19 aussi quand même sur la prise en charge.
- 20 **Moi** : Et le fait que vous soyez en pédopsychiatrie, est-ce que vous pensez que ça change votre
21 vision des choses par rapport à la psychiatrie adulte ?

22 **Mathilde** : Alors je connais peu la psychiatrie adulte parce que j'y suis... j'y suis passée
23 quelques fois mais bon je... j'ai jamais travaillé très longtemps. Euh, mais pour moi oui c'est...
24 c'est complètement différent, c'est pas du tout la même approche et euh... et euh... le lien moi
25 je trouve qu'il est aussi différent avec les enfants quoi.

26 **Moi** : D'accord. Euh, *pouvez-vous me décrire une situation de soin où vos émotions ont été*
27 *particulièrement mobilisées ?*

28 **Mathilde** : Euh, bah y en a plein hein. Euh... il peut y avoir des... des histoires de vie avec
29 des enfants qui sont très euh... carencés, des histoires de vie très difficiles où euh... bah là ça
30 peut être euh... ça peut être compliqué euh... en termes d'empathie parce que... bah des fois
31 on se... on a un transfert quand même qui est important et on... on peut être touché par les
32 histoires des... des petits. Après il peut y avoir la... la détresse aussi sur les adolescents euh...
33 qui sont dans des passages à l'acte suicidaires euh... voilà leur détresse elle-elle nous touche
34 aussi. En tous cas moi elle me touche quoi.

35 **Moi** : Vous avez pas une situation en particulier qui vous vient euh...

36 **Mathilde** : *souffle* Non parce que c'est un peu du quotidien en fait. J'ai pas de... de situation
37 particulière je... Voilà c'est ce type de situation-là qui... bah qui vient... qui vient nous... nous
38 impacter quand même en tant que soignant.

39 **Moi** : Et est-ce qu'au fur et à mesure du temps, vous vous y habituez un petit peu ?

40 **Mathilde** : Bah oui c'est sûr. Et euh... quelque part heureusement après il faut réussir à trouver
41 l'équilibre entre euh... Je veux pas être insensible à ce qui m'est raconté mais d'un autre côté
42 j'ai besoin quand même de me protéger. Et je sais que au bout de... Voilà treize ans de pratique,
43 j'étais beaucoup plus euh... beaucoup plus sensible on va dire dans les premières années parce
44 que euh... bah tout me touchait beaucoup plus fort en fait, de manière beaucoup plus intense.
45 Et petit à petit bah on apprend quand même à se protéger, mettre un peu de distance pour pas
46 euh... bah pour pas ramener tout ça aussi à la maison euh... et puis réussir à vivre notre vie un
47 petit peu normalement quoi. Fin' le plus normalement possible.

48 **Moi** : Donc ça du coup c'était mon premier thème sur les émotions et le deuxième thème c'est
49 sur la posture professionnelle donc *comment vous définiriez la... le terme de posture*
50 *professionnelle ?*

51 **Mathilde** : Alors la posture professionnelle... Qu'est-ce que ça m'évoque c'est ça ?

52 **Moi** : C'est ça, qu'est-ce que c'est pour vous ?

53 **Mathilde** : Euh... bah moi, ça m'évoque un peu la-la question peut-être de la distance de...
54 soignant-soigné. Après euh... *souffle*... ça c'est beaucoup de théorie. Après je pense que
55 dans la pratique euh... ça peut être euh... différent en tout cas euh... adaptable aux situations.
56 Euh, je pense que ce qui est important c'est d'être en conscience de ce qu'on fait, de ce qu'on
57 ressent. Voilà euh... on peut euh... des fois être dans une proximité avec un enfant, on peut
58 avoir euh... des liens privilégiés c'est possible. On suit des enfants des fois pendant plusieurs
59 années donc euh... on fait partie de leur quotidien, on peut faire partie du quotidien de la famille
60 aussi. Donc il y a pas... Je pens qu'il y a pas de... y a pas de juste-distance ou de posture euh...
61 fixe à tenir, je pense que en tout cas sur la pédopsychiatrie c'est quand même du cas par cas.
62 Euh... après je pense qu'il faut être en accord avec soi-même, avec ses propres limites. Euh...
63 et faire attention à sa... à son intégrité, pas aller trop loin euh...réussir à trouver l'équilibre, mais
64 je pense que ça prend du temps ça.

65 **Moi** : De l'expérience...

66 **Mathilde** : Et des fois on se casse un peu la... la minette et puis on... la fois d'après bah on
67 arrive à mieux à ajuster quoi.

68 **Moi** : Et ça vous arrive parfois de refuser euh... d'entrer en contact avec un enfant par son vécu
69 ?

70 **Mathilde** : Alors... refuser non. Par contre voilà j'ai-j'ai eu des situations ça m'a ramené quelque
71 chose vraiment de très personnel et où j'ai dit non bah voilà je préfère pas avoir la référence de
72 cet enfant-là euh...par rapport à ce que ça me renvoyait quoi.

73 **Moi** : Ok. Euh, *avez-vous le sentiment que votre vécu émotionnel influence votre posture*
74 *professionnelle* ? Du coup vous avez un petit peu répondu...

75 **Mathilde** : Ouais je pense que là la réponse est...

76 **Moi** : Euh, *comment parvenez-vous à maintenir une juste distance professionnelle dans la*
77 *relation de soins et quels éléments vous aide ou au contraire vous mettre en difficulté ?*

78 **Mathilde** : Alors, bah je pense que c'est l'expérience en premier point. Euh... qu'est-ce qui peut
79 nous aider bah c'est le fait d'être en équipe hein quand même. On met beaucoup de... de mots
80 sur ce qu'on ressent, sur euh... bah les différents regards aussi, ça nous permet un peu de...
81 d'avoir une... un regard sur la situation qui est plus approfondi et plus... plus... moins collé
82 aussi. Euh, après y avait l'outil de... d'analyse des pratiques mais bon ça c'est quand même assez
83 rarissime.

84 **Moi** : Hm hm.

85 **Mathilde** : Malheureusement, alors que ça devrait être euh... des prérequis de base pour faire
86 de la pédopsychiatrie mais euh... ça devient un outil rare, ça c'est dommage parce que du coup sans...
87 en fait si-si on nous enlève ses espaces euh... de pensée euh... de réunion clinique euh... ou ces
88 espaces dans le couloir où on peut juste échanger sur ça euh... c'est là où on va perdre euh...
89 justement, c'est là où on va perdre la possibilité d'être dans une posture réflexive par rapport à
90 notre relation avec euh... le patient par rapport à notre posture.

91 **Moi** : Donc quand vous rentrez chez vous, vous êtes en capacité de prendre du recul sur les
92 situations...

93 **Mathilde** : Ah oui oui, aujourd'hui je... oui.

94 **Moi** : Euh...*comment définiriez-vous la relation de soins ? Et quel est son importance dans*
95 *votre pratique ?*

96 **Mathilde** : Pour moi, elle est capitale. Euh... comment je la définis bah c'est centrale hein pour
97 moi c'est vraiment ce qui va faire que... on va pouvoir être soignant ou non. C'est que dans
98 notre métier c'est la relation qui fait soin. Donc du coup euh... faut réussir à se dire OK... où le
99 patient il en est ? où j'en suis ? Co-par quel moyen je peux réussir à le prendre ? mais de toute
100 façon ça va être relationnel. Je peux pas lui mettre une piqûre ou voilà. Moi je travaille
101 avec euh... avec ça, avec les émotions, avec la relation donc forcément euh... pour moi c'est-
102 c'est central.

103 **Moi** : D'accord. Euh. Et du coup ma dernière question c'est : *selon vous qu'est-ce qui peut*
104 *influencer la relation soignante avec un patient ?*

105 **Mathilde** : Qu'est-ce qui peut influencer. Euh... bah un peu tout hein... je-je-je suis pas sûre de
106 comprendre la question, c'est-c'est-à-dire dans-dans-dans quel sens ?

107 **Moi :** Dans votre... du coup le sens émotionnel, la façon que vous avez de prendre du recul sur
108 certaine situation, d'employer les bons termes, parfois de... de faire en sorte que cette relation,
109 elle garde une bonne distance. Mais aussi qu'elle soit quand même constructive sur le long
110 terme.

111 **Mathilde :** Qu'est-ce qui peut influencer... vous pouvez relire la question ?

112 **Moi :** *Qu'est-ce qui peut influencer la relation soignante avec un patient ?*

113 **Mathilde :** Bah tout ce que j'ai dit un peu avant, le fait de... le fait de pouvoir avoir un espace
114 de réflexion par rapport à la situation clinique... euh... pour notre côté soignant, après de son
115 côté à lui, il y a plein de choses qui peuvent influencer la relation. Ça va être le contexte
116 familial, ça va être euh... euh... le désir ou non de l'enfant ou l'ado d'être en soins euh... Voilà
117 donc c'est un peu euh... d'un côté et de l'autre y a pl... c'est multifactoriel en fait hein. Plein de
118 choses qui peuvent influencer euh... la relation je pense.

119 **Moi :** Merci beaucoup...

120 **Mathilde :** De rien, avec plaisir.

121 **Moi :** ... d'avoir répondu à mes questions.

Entretien n°2 : Christine (IDE2)

1 **Moi** : Donc, dans le cadre de mon mémoire qui est sur les émotions soignantes, euh...je vais
2 vous poser quelques questions. Euh, j'ai trois thèmes, c'est les émotions soignantes, la pos-
3 ture professionnelle et la relation de soin. Donc pour commencer, ***est-ce que ce serait pos-***
4 ***sible de vous présenter ?***

5 **Christine** : Oui donc euh, je suis Christine *nom*, infirmière depuis euh 1987. Euh...

6 **Moi** : Vous avez toujours travaillé en pédopsychiatrie ?

7 **Christine** : Alors non j'ai pas toujours travaillé en pédopsychiatrie. J'ai travaillé en clinique,
8 en service de chirurgie, j'ai travaillé onze ans en libéral, euh deux ans et demi en tant que
9 directrice de crèche et puis 2004 en pédopsychiatrie, exclusivement.

10 **Moi** : D'accord !

11 **Christine** : Donc Unité Parents-Bébé puis Hôpital De Jour et maintenant CMPEA.

12 **Moi** : D'accord, oui vous avez beaucoup bougé... Euh, donc première question : ***comment***
13 ***définiriez-vous la place des émotions dans votre pratique soignante au quotidien ?***

14 **Christine** : Euh, comment définir la place euh... je dirai que... les émotions c'est euh...
15 essentiel au travail. Euh, parce qu'on travaille avec, à partir des émotions. Euh, après euh il est
16 clair qu'il faut pas se laisser envahir par les émotions voilà. Il faut rester au clair avec, c'est-à-
17 dire que ça... c'est un outil de travail.

18 **Moi** : C'est sûr. Euh... ***Est-ce que vous pouvez me décrire une situation de soins où vos***
19 ***émotions ont été particulièrement mobilisées ?***

20 **Christine** : Alors, plutôt en psychiatrie ?

21 **Moi** : Non euh... une qui vous vient à l'esprit. Pas forcément en psychiatrie.

22 **Christine** : Euh... où les émotions ont été particulièrement euh... *souffle*. Y en a beaucoup
23 donc *rit*. Euh, alors je dirai-oui j'aurais peut-être en tête euh... une situation quand j'étais
24 à l'unité parents-bébé. Euh, c'était une... jeune maman. Enfin jeune maman qui avait une
25 vingtaine d'années quand même. Qui avait euh une petite fille euh... qui s'appelait Madison,
26 son prénom mais il est quand même bien resté. Et euh, donc cette petite fille avait deux ans et

27 elle avait été retirée à sa mère, elle avait été placée. Mais euh sachant que la maman elle avait
28 eu également un parcours d'enfant placé. Euh, donc euh... la situation était assez compliquée
29 et euh on la recevait alors de façon un peu différente de ce qu'on pouvait recevoir les autres
30 *inaudible*. C'est-à-dire qu'elle elle venait passer un temps assez court de rencontre avec sa-
31 sa petite fille qu'elle n'avait plus vu depuis plusieurs mois. Parce que lorsqu'elle lui avait été
32 retirée, ça avait été tellement douloureux qu'elle avait jamais voulu faire les visites euh au
33 CDEF. Donc euh après elle avait été en famille d'accueil donc y avait beaucoup euh en tout
34 cas chez la maman y avait énormément d'émotions qui euh... qui étaient agitées par la situation
35 entre la colère, la tristesse alors on avait-on faisait une rencontre de-d'une heure qui après était
36 réduite à demi-heure. On était deux référentes, y avait une collègue qui elle était référente de
37 la petite fille, moi j'étais référente de la maman. Donc en fait on... je prenais un temps avec la
38 maman puis après on faisait la-l'approche avec la petite fille et ça a été sur beaucoup de séances.
39 Mais c'était assez euh difficile parce que... ça amené énormément d'empathie avec la maman
40 par rapport à son histoire. Et à la fois très compliqué parce que cette maman était... on pourrait
41 traduire d'intolérance à la frustration et je pense que là c'était au-delà en tout cas une très très
42 grosse souffrance. Et euh... en fait toutes les visites à chaque fois étaient plus ou moins mises
43 en échec parce qu'elle euh... elle euh...elle essayait-elle tentait une approche vers sa-sa fille
44 et sa fille pour elle sa mère c'était un peu une inconnue et puis bon peut-être qu'il y avait aussi
45 euh un vécu un peu difficile aussi avec cette maman avant le placement. Certainement
46 d'ailleurs. Et du coup la maman vivait mal le rejet de sa petite fille et puis à la fois elle en avait
47 be-elle en avait envie et... et... voilà donc euh c'était émotionnellement euh difficile et-et à la
48 fois elle venait rejeter sur moi tout sa colère *rit* et toute sa... Donc euh voilà j'étais à la fois
49 son soutien et à la fois sont punching ball.

50 **Moi** : D'accord.

51 **Christine** : Donc c'est vrai que là euh ça aide pas... ça aide pas à-à travailler mais c'était...la
52 position que je devais avoir pour elle dans cette situation et c'est qu'on est-on a du mal après à
53 être satisfait de-de son travail quand euh... quand on en est là quoi.

54 **Moi** : Parce que pour vous gérer ses émotions c'est plus compliqué avec les enfants ou plus
55 avec les adultes ou alors c'est complètement différent ?

56 **Christine** : Oh pour moi... je dirais presque que c'est plus compliqué avec les adultes.

57 **Moi** : Avec les adultes.

58 **Christine** : Ouais.

59 **Moi** : D'accord. Pourquoi ?

60 **Christine** : Bah par rapport à ce qu'il renvoie. Un enfant euh... oui un enfant il renvoie des
61 choses mais on... on va-on va être là, il va être euh... plus euh...facilement dans une demande
62 d'aide, dans-dans un be- fin ouais dans-dans un désir voilà, dans un désir et dans... en général
63 être accessible. Les adultes, souvent la souffrance est tellement encrée, tellement euh...
64 tellement... inscrite en eux que c'est plus difficile de-des fois d'avoir accès. D'arriver à avoir
65 accès.

66 **Moi** : Ouais.

67 **Christine** : Ouais

68 **Moi** : Ouais c'est un peu compliqué.

69 **Christine** : ouais je... bon après ça reste exceptionnel parce que... *inaudible*

70 **Moi** : C'est une situation parmi tant d'autres.

71 **Christine** : Oui, oui, oui. Oui parce qu'après dans l'ensemble, je dirai que majoritairement il y
72 a de très bonnes alliances avec les-les parents et dans les situations... 'fin en tout cas en
73 pédopsychiatrie. On a de très bonne alliance et puis bon même dans les autres expériences que
74 j'ai eu euh très-très bonnes alliances avec euh avec les patients.

75 **Moi** : D'accord. Donc du coup ça c'était pour ma partie émotions. Ensuite, ***comment définiriez-***
76 ***vous le terme de posture professionnelle ?***

77 **Christine** : Alors définir le terme de posture professionnelle. J'ai pas euh de... je dirai de
78 définition euh...très carrée. Pour moi avoir une posture professionnelle, c'est euh... c'est
79 euh... jamais oublier qu'on est infirmière. Voilà. On est... on est des professionnels, on est des
80 gens qui sont là pour soigner. Voilà.

81 **Moi** : ***Avez-vous le sentiment que votre vécu émotionnel influence votre posture***
82 ***professionnelle ?***

83 **Christine** : Euh... oui.

84 **Moi** : De quelle manière ?

85 **Christine** : *rit* Euh, bah je pense qu'on aborde... on aborde... 'fin en tout cas on peut...
 86 Alors, influence la posture professionnelle ? Euh, je pense que la-le vécu... personnel c'est ça
 87 ? Hein ? Le vécu personnel est toujours présent. Après c'est vrai que si on l'a bien en tête, si
 88 on en est-'fin en tout cas... qu'on en soit conscient, il ne doit pas influencer la posture
 89 professionnelle. Voilà. C'est je pense qu'il peut influencer la posture professionnelle si-si on
 90 en est pas conscient.

91 **Moi** : Donc c'est une question d'expérience aussi ?

92 **Christine** : Euh... *souffle* oui c'est sûr que dans l'expérience on finit par mieux se connaître
 93 et puis connaître ses points faibles mais je pense que c'est surtout un travail euh personnel.
 94 C'est euh... c'est euh... pour cette raison que... en psychiatrie y a quand même des... des
 95 euh... comment ça s'appelle... des supervisions, des réunions cliniques, y a des régulations
 96 'fin tout ça c'est aussi pour faire la part de ce qui nous appartient et ce qui... est du patient. Et
 97 du soignant.

98 **Moi** : D'accord. *Comment parvenez-vous à maintenir une juste-distance professionnelle*
 99 *dans la relation de soin ?*

100 **Christine** : *blanc* En restant infirmière.

101 **Moi** : Oui vous avez répondu un peu avant aussi, avec les régulations...

102 **Christine** : Ouais... Oui, oui en restant euh... Bon après on peut toujours hein je veux dire on
 103 peut toujours être... Il peut toujours y avoir des... des petits glissements. Jamais en dehors de-
 104 du-de ce cadre de l'infirmière et je pense que de toute façon les prises en charge font que euh...
 105 quand ça fait euh une durée... le-le-la-le patient nous voit toujours comme l'infirmière. 'Fin
 106 puis non je crois que... non je crois qu'en fait on restera... on reste toujours euh... infirmière
 107 avec les patients.

108 **Moi** : Hm.

109 **Christine** : C'est compliqué de... de sortir de ce... de ce statut là quand même.

110 **Moi** : Euh. Ensuite, *comment définiriez-vous la relation de soin et quelle est son importance*
 111 *dans votre pratique ?*

112 **Christine** : La relation de soin... elle est... essentielle. Parce que le soin commence par le..
113 par-déjà le-le relationnel avec les transferts, avec l'échange qu'on peut avoir, avec l'alliance...
114 euh la mise en confiance du patient. Euh... que ce soit par l'écoute mais aussi euh par
115 l'empathie qu'il peut ressentir de notre part. Donc euh... je sais pas si j'ai bien répondu.

116 **Moi** : Oui *rit*.

117 **Christine** : *inaudible* si j'ai répondu...

118 **Moi** : C'est une réponse *rit* qui me... Et ensuite ma dernière question c'est : ***selon vous***
119 ***qu'est-ce qui peut influencer pardon la relation soignante avec un patient ?***

120 **Christine** : Influencer la relation soignante... Alors là je... comprends pas la question. Ou
121 j'arrive pas...

122 **Moi** : Quels sont les facteurs qui peuvent faire en sorte qu'une prise en charge sera mieux
123 réalisée qu'une autre.

124 **Christine** : D'accord. Alors euh... la rencontre, pour moi déjà. Le premier moment où on se
125 rencontre. Et puis euh l'alliance. C'est euh, pour moi c'est l'essentiel.

126 **Moi** : D'accord.

127 **Christine** : Donc si euh 'fin le transfert quoi. Le transfert des deux côtés mais euh... c'est
128 difficile si on a pas l'alliance des familles. Pour ce qui est de la pédopsychiatrie, si on a pas
129 l'alliance des parents ou si on a pas l'alliance de l'enfant... on a-arrive difficilement à lui
130 apporter quelque chose.

131 **Moi** : Hm.

132 **Christine** : Puisqu'il va être euh... en fait il va par défense aller à-à l'encontre de ce qu'on
133 peut proposer. Qu'on peut apporter.

134 **Moi** : D'accord. Merci beaucoup.

Entretien n°3 avec M (E.S)

1 **Moi** : Donc dans le cadre de mon mémoire qui est sur les émotions soignantes dans la profes-
2 sion, euh je vais vous poser plusieurs questions, y a trois thèmes : les émotions soignantes, la
3 posture professionnelle et la relation de soin. Donc tout d'abord ***est-ce que vous pouvez vous-***
4 ***vous présenter un petit peu ?***

5 **M** : Alors monsieur... je donne pas mon nom du coup alors ? *rit*

6 **Moi** : Non pas votre nom *rit*.

7 **M** : Alors je suis éducateur spécialisé euh depuis-depuis-depuis- depuis maintenant presque
8 dix ans. Euh et donc je suis arrivé sur l'hôpital en 2022 donc ça va faire quatre ans que je suis
9 sur l'hôpital ouais. Et au CMP même.

10 **Moi** : D'accord. Vous avez toujours fait de la pédopsychiatrie ?

11 **M** : Non justement non non. J'étais sur du médico-social, j'ai fait euh j'ai fait d'autres secteurs
12 ouais ouais pour le coup euh la psychiatrie euh bah c'est-c'est une première expérience en
13 psychiatrie et agréablement surpris-ouais agréablement surpris.

14 **Moi** : Ok. Alors du coup, pour commencer euh mon thème des émotions donc ***comment***
15 ***définiriez-vous la place des émotions dans votre pratique soignante au quotidien ?***

16 **M** : Bah pour moi je pense qu'elles sont euh... elles sont au quotidien. Elles sont au quotidien
17 déjà parce que euh parce qu'on travaille euh bah avec l'humain et encore plus euh quand on-
18 en tout cas pour moi personnellement euh travailler avec l'enfant euh ça a beaucoup de sens et
19 euh donc du coup euh moi je *inaudible* je trouve qu'elles sont pour moi au quotidien ouais,
20 quand je-quand je suis au contact d'enfants, d'adolescents euh y a-y a tout de suite des choses
21 qui se-qui se-qui se jouent et euh voilà. Je trouve qu'au niveau des émotions y a des choses qui
22 passent.

23 **Moi** : Ok.

24 **M** : Dans les deux sens.

25 **Moi** : ***Est-ce que vous pouvez me décrire une situation de soin où vos émotions ont été***
26 ***particulièrement mobilisées ?***

27 **M** : Euh... *souffle* Alors alors alors alors, j'en ai une la qui me vient en tête et j'en ai peut-
28 être une deuxième. Euh bon-bon après c'est un adolescent pour le coup que bah c'est peut-être
29 le plus-le plus marquant pour moi parce que j'arrivais-j'arrivais et c'est une prise en-c'est euh
30 une référence que j'ai eu euh quasiment ouais dès mon arrivée. Et c'est un jeune garçon qui
31 euh qui-voilà qui était pris de... par plusieurs euh difficultés on va dire, si on peut dire ça
32 comme ça. Et euh et son histoire de vie était touchante ouais son histoire de vie était touchante
33 et euh-et voilà euh voilà il se retrouvait à avoir une injection retard euh et on en a pas souvent
34 des gens-en plus ici donc du coup c'était-c'était-c'était bien de le voir d'entrée mais euh voilà
35 c'est-c'est une injection retard qui-qui le... bah qui lui-qui pouvait, de ses dires à lui hein,
36 provoquer on va dire des -des soucis au niveau-au niveau sexuel donc voilà...

37 **Moi** : D'accord.

38 **M** : Donc pour un adolescent, je trouvais que c'était quand même compliqué à gérer, difficile
39 et voilà.

40 **M** : Merci. Donc du coup ça c'était ma partie émotions euh maintenant la partie de **la posture**
41 **professionnelle, comment est-ce que vous pourriez la définir ?**

42 **M** : Comment je définirais la posture professionnelle. Alors, si je parle de moi euh je dirais que
43 euh je définis la posture professionnelle comme euh... tout le monde a sa propre posture y a
44 pas *inaudible* voilà. Ca y a une chose que je voulais mettre déjà euh que je voulais exprimer
45 déjà d'entrée c'est-c'est y a pas UNE posture professionnelle type ou une posture
46 professionnelle plus adaptée qu'une autre. Tout le monde a la... tout le monde a sa propre
47 posture professionnelle. Euh moi, pour moi c'est euh... c'est ne pas envahir l'autre euh, savoir
48 garder pour soi *rit* voilà être... il peut y avoir du transfert, il peut y avoir du voilà des partages
49 de-de-d 'expérience de vie etc mais sans... sans trop on va dire polluer euh polluer le patient.

50 **Moi** : Ok. Euh, **avez-vous le sentiment que votre vécu émotionnel influence votre posture**
51 **professionnelle ?**

52 **M** : Je pense.

53 **Moi** : Si oui de quelle manière ?

54 **M** : Bah, je pense que oui d'entrée je rép-je répondrais oui je pense que notre histoire, nos...
55 qui on est, ce qu'on est, comment on s'est fait a forcément un impact sur-sur ouais sur notre

56 manière de-d'être professionnellement parlant. Euh, après vous donner un exemple *souffle*
57 là c'est-là c'est très complexe *rit* mais euh ouais je suis intimement persuadé que notre vécu
58 fait-fait qui on est sur le-sur le-sur le-sur le champ professionnel et voilà.

59 **Moi** : Euh *comment parvenez-vous à maintenir une juste-distance professionnelle dans la*
60 *relation de soin ? Quels éléments vous aident ou au contraire vous mettent en difficultés ?*

61 **M** : L'équipe. Je pense que l'équipe ça aide euh à pas trop déborder. Euh... c'est bien de
62 pouvoir euh rediscuter et-et voir des situations... ici on a la chance en tout cas de-on est-on est
63 en nombre donc on a la chance de pouvoir voir des situations en commun avec les collègues
64 qui en plus de ça de sont pas forcément du même corps de métier à la base donc c'est- d'où je
65 pense la richesse de pouvoir avoir une équipe pluridisciplinaire aussi. Euh ouais je dirais
66 l'équipe.

67 **Moi** : Surtout l'équipe.

68 **M** : Ouais, ouais, ouais.

69 **Moi** : Alors donc ça c'était ma partie posture professionnelle et la dernière partie c'est sur *la*
70 *relation de soin. Donc comment est-ce que vous la définiriez ? Et quelle est son importance*
71 *dans notre pratique ?*

72 **M** : Dans ma pratique personnelle la relation de soin... Alors comment je la définirais pour
73 commencer, euh je la définis comme euh comme l'axe on va dire euh...comme l'axe qui fait
74 en fait que le-le patient il va euh comment dire... Il y a des patients qui-qui-qui comment dire
75 quand ils viennent ils sont... ils sont des fois trop parasités ou pas assez disponibles et euh je-
76 je trouve que j'ai un-on a-j'ai un impact quand euh bah quand euh le patient vit pleinement sa-
77 son lu-'fin son-son temps ici euh... Alors il peut le vivre positivement et renvoyer des choses
78 positives comme il peut le vivre aussi de manière euh bah compliquée. Il y a des patients qui-
79 qui-qui rentrent en crise, c'est des choses qui arrivent aussi. Mais dès lors où en tout cas euh...il
80 y a des échanges qui se font, il y a des retours qui se font du patient je trouve que c'est-c'est là
81 où je vois la relation ouais la relation de soin.

82 **Moi** : Ok. *Et selon vous, qu'est-ce qui peut influencer la relation soignante avec un patient*
83 *?*

84 **M** : Oh il y a plein de choses qui peuvent influencer la relation soignante avec un patient. Il y
85 a la famille, il y a des fois on a des fois des... bah pour des patients qui-viennent sans-par
86 exemple qui sont placés en foyer ou autre euh on peut avoir des fois des familles qui sont pas
87 mobilisables malheureusement elles sont...ou des fois elles sont mobilisables 'fin elles sont
88 mobilisables, elles sont dans la boucle mais sans-sans-sans réellement jouer le jeu donc ça peut
89 être la famille, ça peut être 'fin tout ce qui... ouais tout ce qui est extérieur euh... Ouais après
90 ça peut-ça peut être ce que, aussi je prends l'exemple de ces jeunes en foyer, ça peut être aussi
91 les institutions. Euh des fois qui, toute institution a des-des incohérences et des paradoxes donc
92 des fois les paradoxes des institutions aussi peuvent...'fin voilà y a plein de-de choses qui
93 peuvent-qui peuvent impacter.

94 **Moi** : Ok. Et est-ce que vous pensez que votre prise en charge, elle va changer entre un enfant,
95 un adulte, vos émotions, leur place ?

96 **M** : Oui.

97 **Moi** : Oui ?

98 **M** : Totalement . Oui je pense qu'il y a pas les mêmes... oui moi je pense que oui. Euh je sais
99 pas si je serais pareil sur euh...en travaillant chez les adultes très clairement ouais. Je dis pas
100 que je serais totalement différent mais je pense que je serais pas pareil ouais. De toute façon
101 c'est pour ça que je suis bien chez les enfants et adolescents *rit*.

102 **Moi** : Et bah merci beaucoup pour vos réponses, c'était super.

103 **M** : Merci à toi

Entretien n°3 avec Léo (IDE3)

1 **Moi** : Donc, *est-ce que tu peux te présenter ?*

2 **Léo** : Euh du coup moi je m'appelle Léo, je suis infirmier depuis 2023 euh en soins palliatifs
3 depuis 5-6 mois maintenant. Avant j'ai fait de la médecine polyvalente, de la gériatrie et de la
4 psy, et un peu de santé publique mais c'était-c'était à l'étranger donc c'était ponctuel. Mais
5 voilà. Ici dans ce service depuis 5-6 mois ouais.

6 **Moi** : Ok. T'as fait tes études où ?

7 **Léo** : À Valence, dans la Drôme, à l'IFSI de la Croix Rouge.

8 **Moi** : D'accord. Donc, du coup pour mon mémoire j'ai trois thèmes. J'ai les émotions
9 soignantes...

10 **Léo** : Ouais.

11 **Moi** : La posture professionnelle et la relation de soin.

12 **Léo** : Hm hm.

13 **Moi** : Donc du coup ma première question c'est : *comment est-ce que tu définirais la place*
14 *des émotions dans ta pratique au quotidien ?*

15 **Léo** : Bah... moi personnellement c'est quelque chose que... je dirai pas que je la mets au centre
16 de ma prise en charge mais c'est quelque chose qui-m'aide. Dans... que ce soit... 'fin qui
17 m'apporte. Euh 'fin j'essaie de voir ça comme quelque chose de positif et que je refoule pas
18 forcément parce que... surtout dans un service comme le nôtre où justement je trouve que y a
19 ce côté humain qui est euh exacerber à fond. Et euh justement le fait d'écouter ses émotions,
20 c'est comme ça que aussi tu vas avoir une bonne relation avec ton patient, que le fait de se sentir
21 touché par la situation d'un autre bah c'est comme ça que du coup tu te mets à sa place et que
22 t'essaies de prendre en charge de la meilleure euh la meilleure façon possible. Après euh 'fin
23 ouais voilà pour moi les émotions c'est quelque chose qu'il faut écouter dans le sens où voilà
24 ça peut être quelque chose de positif qui te booste ou ça peut être quelque chose qui te plombe
25 un peu mais à ce moment-là pareil faut s'écouter, faut être capable de se mettre en retrait et euh
26 voilà passer la main à un collègue ou quoi parce que c'est toujours possible en vérité surtout
27 dans ce genre de service où y a... y a de l'effectif tout ça. Donc euh... c'est quelque chose que...

28 qui est central à ma prise en charge je trouve, à ma prise en soin parce que... ‘fin ouais je trouve
29 que c'est nécessaire de s'écouter à ce niveau-là même si des fois c'est dur, mais ouais je trouve
30 que c'est quelque chose de nécessaire pour être justement humain, vu qu'on fait un taff humain
31 ! *rit*. C'est primordial.

32 **Moi :** est-ce que tu trouves que ta gestion des émotions, elle est meilleure aujourd'hui que la
33 sortie de ton diplôme ?

34 **Léo :** Ouais. Euh après euh j'ai toujours été quelqu'un qui-qui réfléchit beaucoup, qui met..
35 ‘fin... qui arrive à mettre des mots sur les choses etc. donc euh donc j'ai toujours eu une gestion
36 assez correcte mais bien sûr depuis mon entrée à l'IFSI à aujourd'hui y a quand même une nette
37 évolution parce que... bah forcément, les premières prises soins, tout ça elles sont toujours un
38 peu choquantes, tu t'attends pas forcément à être face à ce genre situation. Et donc maintenant,
39 avec l'expérience tout ça... bah je sais que j'ai pas encore tout vu mais j'ai vu beaucoup
40 beaucoup de choses et donc maintenant même quand je vois des trucs un peu... ‘fin ou que je
41 suis face à des situations un peu compliquées, tout ça, au final... ouais ça va je les gère
42 vachement mieux qu'avant. Ça-ça m'impressionne moins, ça m'angoisse moins, j'appréhende
43 pas, ‘fin voilà.

44 **Moi :** Ok.

45 **Léo :** Donc euh ouais y a quand même une nette amélioration à ce niveau-là.

46 **Moi :** *Est-ce que tu peux me décrire une situation de soins où tes émotions elles ont été*
47 *particulièrement mobilisées ? Et comment tu l'as vécu ?*

48 **Léo :** Euh oui bah du coup c'était ici. Euh pas très longtemps après que j'arrive dans le service,
49 il y avait un monsieur justement euh dont je m'occupais énormément et qui avait besoin... ‘fin
50 en fait voilà je lui faisais une prise en charge complète parce qu'il avait des pansements, tout
51 ça donc le matin je lui faisais sa douche, je lui faisais ses pansements on discuter... C'était un
52 monsieur qui avait toute sa tête et qui était très intéressant, très cultivé tout ça et on a entre
53 guillemets un peu sympathisé ensemble quoi parce que bah forcément ici on est là presque tous
54 les jours, en sept heures donc voilà je m'occupais de lui tous les matins, tous les jours de la
55 semaine. Donc au fil du temps voilà on a créé quand même une certaine relation, un certain
56 lien et euh... et en fait ce monsieur, son état s'est détérioré très très vite et euh... et en fait moi
57 je suis-j'étais en repos et quand je suis revenu c'est le jour où il est décédé. Et euh... donc j'ai

58 pas vu l'évolution en fait, je suis venu deux jours avant, il allait bien... Bon après voilà c'est le
59 palliatif hein on s'y attend des fois mais là c'était assez brutal. Et quand je suis arrivé, voilà
60 c'était ces derniers instants et donc euh j'ai du m'en occuper parce que c'était mon secteur. Et
61 euh on a fait les toilettes mortuaires tout ça 'fin tous les soins qu'il y avaient à faire. Y avait la
62 famille qui était très présente et euh il avait plusieurs filles, un fils etc... 'fin c'était une grande
63 famille un petit peu qui était très présente pour lui. Et euh donc en fait bah voilà... Le-lui dire
64 au revoir comme ça de manière un peu brutale ça a été compliqué parce que bah c'était
65 quelqu'un qui-faisait un peu partie de mon quotidien en fait du coup et jour au lendemain
66 il disparaît. Et après j'ai dû aller voir la famille une fois qu'on avait fait les toi-la toilette
67 mortuaire tout ça pour leur dire que : c'est bon, ils pouvaient aller se recueillir auprès de lui
68 dans la chambre, tout ça. Et il y a une de ses filles à ce moment-là qui m'a demandé si c'était
69 moi Leo et du coup... ce à quoi j'ai répondu oui et euh j'ai demandé pourquoi et elle m'a dit «
70 *oui parce que dans ses derniers moments il nous a énormément énormément parlé de vous euh*
71 *même il disait votre prénom en boucle, en essayant d'attraper en l'air comme ça* » et
72 tout. Et euh et en fait elle était en pleurs en me disant ça et elle dit que... 'fin elle m'a
73 chaudement remercié en me disant que ça lui avait fait... 'fin ça les avait rassurés de savoir qu'il
74 y avait eu quelqu'un comme ça, pour s'occuper de... du monsieur. Et alors ça euh j'avoue que
75 quand elle m'a dit ça j'ai mon cœur qui s'est serré, j'ai eu la gorge pareil comme ça, j'ai fait
76 demi-tour, 'fin je leur ai dit « *merci beaucoup ça me va droit au cœur, bon courage à vous* »,
77 j'ai tourné les talons et je suis allé chialer au-aux toilettes quoi pour *souffle*, faire sortir tout
78 ça et puis voilà évacuer. Je vais fumer une clope et puis voilà j'ai repris quoi. Euh et voilà, ça
79 je me souviens que sur le coup ç'été... ç'été un peu-un peu compliqué ouais mais bon c'est
80 quelque chose... quelques jours après ça allait mieux quoi, c'était juste le fait... voilà que je m'y
81 attendais pas, qu'il y ait la famille qui me dise ça, où je me rends compte que... bah je comptais
82 vraiment pour ce monsieur et que moi aussi je l'appréciais beaucoup. Et voilà, c'est des choses
83 qu'il m'a verbalisé même quand il était encore bien, il me disait « *oui tu sais pour moi t'es pas*
84 *juste le petit infirmier du coin, t'es devenu un ami* » et tout ça. Et voilà, quand t'as un monsieur
85 comme ça, dont tu t'occupes depuis deux mois qui te dit ça t'es... *souffle* quand il part ça te
86 fait toujours un petit pincement quoi mais euh bon ça fait partie du service malheureusement
87 et euh... Et d'un côté voilà il est parti, certes ç'été brutal... 'fin l'évolution de la maladie était
88 très rapide, très fulgurante mais on a fait ce qu'il fallait et pareil il était apaisé, il a pas souffert
89 et donc à partir de ce moment-là entre le job il est fait entre guillemets quoi donc...

90 **Moi** : Donc c'est une situation qui t'a un peu « vacciné » ?

91 **Léo** : Ouais un petit peu et d'un... c'était aussi... ça m'a aussi servi un peu de... d'exemple en
92 mode : « *Fais attention à ne pas trop non plus créer du lien* » justement même si ça fait partie
93 de ma personne et que moi j'aime avoir du lien avec les gens. Tout en gardant une distance
94 professionnelle bien sûr mais euh j'ai besoin de pousser un peu plus, en tout cas quand je peux,
95 si j'ai l'occasion de le faire je le fais avec grand plaisir quoi parce que je trouve que c'est quelque
96 chose qui apporte beaucoup aux patients, quand il... quand il en a envie et euh et du coup oui
97 ça m'a un peu... ça m'a un peu vacciné dans le sens : « *Ouais fais attention à nous quand même,*
98 *mets peut-être un peu plus de distance parce que là t'as pris cher *rit* donc fais gaffe pour les*
99 *prochains quoi parce que bon t'es en pallia' donc des décès tu vas en avoir d'autres et voilà.*
100 *Et des gens sympas tu vas sûrement en rencontrer d'autres dans ce service et ils vont partir*
101 *aussi, il va falloir faire la part des choses quoi* ». Donc voilà.

102 **Moi** : Merci. Euh, du coup ça c'était pour la partie des émotions.

103 **Léo** : Hm hm.

104 **Moi** : *Comment est-ce que tu finirais du coup la posture professionnelle ?*

105 **Léo** : Euh... bah du coup en lien avec tout ça, pour moi la posture professionnelle c'est quelque
106 chose qui... qui est assez malléable justement. D'un patient à l'autre euh tu vas pas avoir la
107 même posture et euh pour différentes raisons il y a... bah déjà voilà, est-ce que ça match ou pas
108 ? Humainement quoi, y a des patients... t'as des collègues avec qui ça se passe super bien, il y
109 a des collègues ou avec toi ça se passe super mal, et inversement. Euh voilà le fait d'être un
110 homme, d'être une femme, selon les patients ça passe plus bien. Euh les familles aussi
111 forcément, elles ont un rôle dans la prise en soin et dans la posture que tu vas voir parce que si
112 t'as des familles ultra procédurières, qui sont tout le temps derrière toi etc... bon bah là tu vas
113 essayer de... tu vas faire très attention, faire attention à ce que tu dis, à ce que tu fais tout ça. Si
114 c'est des familles un peu plus cool bon bah en fait voilà tu rentres dans la chambre plus
115 sereinement et euh... et ouais je trouve que c'est quelque chose... alors je saurais pas comment
116 formuler ça mais euh... en fait ouais pour moi la posture professionnelle elle est très changeante
117 d'un patient à l'autre, sur différents éléments Et... justement en fonction de... de la posture que
118 tu vas voir, je trouve que la prise en soin elle est plus ou moins qualitative derrière. Et euh... et
119 justement je trouve qu'on a tendance à beaucoup parler de juste-distance professionnelle de...
120 voilà quand on dit qu'il faut s'éloigner de ses émotions, les mettre-les laisser au vestiaire tout
121 ça, mais moi je suis pas forcément d'accord avec ça. Faut être juste capable de le gérer et encore

122 une fois comme je le disais au début c'est... 'fin moi je sais que mes meilleures prises en charge
123 c'était avec les patients avec qui justement j'avais un bon relationnel, avec qui euh j'allais un
124 peu au-delà de la posture professionnelle, j'allais un peu dans l'affect mais pas trop non plus.
125 Mais euh... et voilà et c'est des personnes avec qui du coup j'ai créé une super relation confiance,
126 c'est des gens... et voilà justement je disais, il y a des patients avec qui... des collègues avec qui
127 ça se passe pas bien et avec moi ça se passe bien. C'est... voilà il y a une dame là par exemple
128 en pallia' et tout le monde m'en parlait comme... comme un « *Sheitan* » quoi, hyper
129 procédurière, super pète-sec et tout. Je suis arrivé dans la chambre, grand sourire et en fait je
130 me la suis mise dans la poche et maintenant dès que je rentre dans la chambre : « *Ah c'est vous,*
131 *je suis contente nanana* » et tout et voilà ça va tout seul. Et euh et donc en fait voilà pour moi
132 c'est juste quelque chose qu'il faut adapter en fonction du patient et euh... voilà faut se mettre...
133 faut ouais faut adapter sa position en fonction de la personne que t'as en face de toi et juste
134 comme ça que-que ça avance le mieux hein parce que voilà si t'as quelqu'un de-de très ouvert
135 en face de toi bah faut s'ouvrir aussi si t'as quelqu'un de fermer OK faut respecter ça et faut
136 garder la distance, y a pas de soucis, tu rentres pas dans son intimité. Et voilà, mais si les gens
137 sont ouverts à ce que tu rentres dedans, pourquoi pas quoi ? Puisque... justement c'est comme
138 ça que tu crées du lien, tu crées de la confiance et que derrière le soin ça va plus vite, et ça se
139 passe mieux.

140 **Moi :** Ok. *Est-ce que tu as le sentiment que ton vécu émotionnel influence ta posture ?*

141 **Léo :** Hm... Forcément un petit peu... Euh parce qu'on a tous voilà des histoires persos euh
142 comme elle disait ma collègue Laurie : que ce soit du côté professionnel ou côté personnel, on
143 a des situations où... qu'on a... qu'on a pu potentiellement plus ou moins... déjà-on les a déjà
144 vécues. Euh et donc des fois y a des espèces de-de transfert, de choses comme ça qui sont
145 difficiles à... qui sont difficiles à gérer et dans ce cas-là, d'après moi, il vaut mieux pouvoir
146 déléguer à un collègue quand t'en as la possibilité en tout cas. Et euh... après euh... je dirais pas
147 que ça l'influence directement c'est plus euh ça va m'influencer moi plutôt sur mon état... sur
148 mon état émotionnel à moi j'ai... voilà des fois ça va me mettre dans des grandes réflexions,
149 dans des états un peu d'anxiété ou des choses comme mais euh... le taff il sera fait dans tous les
150 cas quoi, c'est juste euh des fois c'est un peu plus difficile parce que ça te rappelle un truc euh
151 traumatisant ou quoi que ce soit et euh... auquel t'as pas envie de te souvenir, mais bon... des
152 fois ça te frappe de plein fouet et t'y peux rien. Et bon bah la personne a quand même besoin
153 de soins donc bah... voilà si tu peux pas déléguer, tu fais et euh au final la prise en charge et...

154 et la posture elle reste la même mais euh... Mais oui je pense que dans tous les cas ça influe un
155 petit peu même de manière euh inconsciente quoi, mais euh... mais oui ça a forcément un
156 impact.

157 **Moi** : Ok. Alors, t'as un peu parlé de juste-distance tout à l'heure. La question d'après du coup
158 c'est : *comment parviens-tu à maintenir cette juste-distance dans la relation de soin ?*

159 **Léo** : Euh... bah en fait voilà, c'est-c'est-c'est un concept qui m'a toujours un peu... un peu fait
160 grincer des dents genre euh... parce que je vois complètement l'idée de... voilà on est au travail,
161 on s'occupe d'eux, c'est des gens qui peuvent amener-être amenés à partir, à décéder tout ça
162 donc il faut quand même mettre cette distance pour ne pas justement être trop impacté par les
163 évènements euh par une remarque ou quelconque... ou quoi que ce soit pardon. Mais euh... en
164 fait pour moi c'est un... c'est un truc qui est primordial pour être capable de couper quand tu
165 sors de ta clinique, c'est-à-dire que pour moi quand je suis sur place, voilà quand j'ai dit si j'ai
166 un patient avec qui ça se passe très bien et qui... qu'il aime qu'on ait cette relation, c'est un peu
167 plus que soignant-soigné. Sans non plus aller trop loin, mais voilà, euh que ça me permet d'avoir
168 une super bonne prise en charge etc... Bah moi je préfère ça, mais par compte voilà faut que
169 quand je sors de la clinique, que je pose ma blouse au vestiaire bah le monsieur j'y pense plus
170 quoi. Ou vraiment j'ai une petite pensée vite fait, voilà sur le chemin du retour. Et quand je
171 rentre chez moi, que je suis avec mes potes, avec ma copine ou quoi que ce soit, ça y est le
172 boulot c'est à l'extérieur. 'Fin je le laisse là où il est et euh...

173 **Moi** : Ça t'envahît pas.

174 **Léo** : Non voilà et ça c'est vraiment c'est le truc qui est hyper important et faut réussir à couper
175 parce que voilà c'est déjà un boulot anxiogène euh avec beaucoup de responsabilités et tout ça.
176 Si après ta journée de... bon 7 ou 12 heures tu vois, t'as fait que courir partout, gérer des trucs,
177 des machins, les familles, patati patata... et que quand tu rentres chez toi t'es encore à fond
178 dessus et ça continue de mouliner dans ton crâne et tout bah après tu... Ça te dégoûte en fait
179 tout simplement et puis c'est comme ça que tu finis en burn out, c'est comme ça que ouais tu te
180 dégoûtes du métier, que-que t'y arrives plus donc à partir du moment ça fait ça... je pense qu'il
181 faut se questionner sur soi-même d'abord et puis après potentiellement voilà s'arrêter un petit
182 peu euh pour mieux reprendre derrière... Ouais, voilà, l'idée c'est ça.

183 **Moi** : Merci. Euh du coup... Est-ce que t'as déjà travaillé avec les enfants ?

184 **Léo** : Alors oui mais en tant qu'IDE. Mais euh... ouais c'était en tant que... 'fin qu'éduc quoi
 185 mais euh...

186 **Moi** : Ok. Euh... Est-ce que du coup tu trouves que la prise en charge elle est différente ? D'un
 187 adulte à un-à un-à un enfant ?

188 **Léo** : Oui elle est forcément différente bah parce que... ouais y a cet aspect un peu de fragilité,
 189 de... de-de-de « *nouvelle vie* » entre guillemets et ça... voilà la vie elle vient de commencer
 190 euh... pour ces enfants euh, ils ont l'air plus fragiles, plus sensibles... Donc il y a forcément
 191 plus d'appréhension dans ta prise en soin, t'as plus peur de faire mal, t'as... t'as plus peur des
 192 conséquences derrière parce que... voilà c'est un enfant, c'est le début de la vie donc c'est
 193 forcément plus compliqué à prendre en soin j'imagine. Après voilà y a tout ce qui est famille,
 194 les familles doivent très très angoissées, du coup doivent être très prenantes et euh et donc ça
 195 c'est... ça doit être un gros point à gérer. Euh, même d'un point de vue technique, y a tous les...
 196 choses que j'ai jamais faites du coup, mais toutes les notions de matériel tout ça qui s'adapte
 197 en pédiatrie, voilà tous... les cathé', les machins, tout ça c'est pas la même taille, c'est-c'est du
 198 matériel différent, c'est.... ouais c'est d'autres dosages pour les médicaments tout ça en fait il
 199 y a... c'est la même base mais très différente à la fois quoi donc euh... je pense que ça nécessite
 200 un quand même ouais une bonne dose d'apprentissage euh. Je pense que c'est pas quelque chose
 201 où faut se lancer dedans les yeux fermés en se disant « *ouais je m'occupe d'enfants, c'est trop*
 202 *mignon...* ». Ouais, parce que j'en connais beaucoup justement 'fin quand j'étais à l'IFSI, j'avais
 203 pas mal de collègues de l'IFSI qui était là en mode « *Ah je veux faire puéricultrice, je veux*
 204 *m'occuper d'enfants, j'adore et tout* », elles ont fait leur stage, elles sont revenues la queue
 205 entre les jambes parce qu'elles ont vu des gamins souffrir quoi et que en fait c'est pas ça qu'elle
 206 voulait voir et j'ai dit « *bah ouais *rit* c'est le principe de l'hosto' quoi !* » et euh... Donc moi
 207 je sais que... les enfants j'aime bien m'en occuper, mais pas forcément dans le domaine de la
 208 santé voilà. J'aime bien le social voilà s'il faut faire de la bobologie des choses comme ça, euh
 209 de la petite traumato' légère y'a pas de souci, mais par contre voilà si on arrive sur des-des
 210 services de-de pallia', pédiatriques etc. Ouais là pour moi ce serait plus compliqué. Parce qu'en
 211 plus euh voilà 'fin dans ma vie perso j'ai-j'ai un petit frère, j'ai une petite sœur qui sont assez
 212 jeunes euh voilà le fait de les imaginer dans un état comme ça *souffle* ça-ça m'angoisse au
 213 possible donc euh... donc ouais non c'est pas quelque chose que... que j'aimerais faire mais oui
 214 en tout cas pour moi c'est sûr que c'est très différent. Ça demande une... grande rigueur je pense

215 *rit* que ce soit émotionnelle et professionnelle euh, au niveau des connaissances tout ça ‘fin
216 voilà c’est quelque chose de très costaud et faut s’y préparer.

217 **Moi** : C’est sûr. Euh, du coup ça c’était la partie posture professionnelle. *Comment est-ce que*
218 *tu définirais la relation de soins ? Et son importance dans ta pratique ?*

219 **Léo** : Hm... j’aime bien parce que tes questions se rejoignent toutes un peu *rit* mais euh...
220 Bah justement comme je le disais tout à l’heure du coup, moi ma relation de soin je vais
221 l’adapter, ‘fin elle va être... différente en fonction de chaque personne aussi quoi c’est-à-dire
222 que... bah voilà du coup... une personne très avenante ça va me donner envie d’être avenant
223 avec elle, une personne qui l’est pas ça va me demander un effort. Je vais le faire parce que
224 c’est mon boulot et que je vais prendre sur moi et que je dois pas prendre des remarques
225 personnellement nanana tout ça... Mais euh... mais voilà y a des gens avec qui la relation elle
226 elle est vachement plus facile et y en a avec qui elle va être plus compliquée. Et pareil pour à
227 peu près les mêmes raisons que la posture professionnelle qui change euh ça va être euh... voilà
228 en fonction de ton histoire perso, de comment la personne se comporte avec toi, euh... comment
229 toi tu te sens même au quotidien parce que même quelqu’un avec qui ça se passe bien en
230 général, si toi-même t’es pas dans un... un bon état psychologique à ce moment-là bah ta relation
231 de soin elle peut être un peu détériorée parce que... aujourd’hui t’as moins envie nanana... Euh
232 après qu’est-ce que je pourrais te dire sur ça ? Que...

233 **Moi** : Si tu veux la question d’après c’est : *qu’est-ce qui peut influencer cette relation de soin*
234 *?*

235 **Léo** : Ouais bah ça va dans ce sens c’est...

236 **Moi** : Hm.

237 **Léo** : Bah ce qui influe c’est ça hein. C’est... comment la personne se comporte avec toi,
238 comment toi tu as envie de te comporter avec elle euh... en tant que soignant et... j’ose espérer
239 que quand t’es soignant, t’as envie de faire les choses bien et du coup tu vas adapter ta... ta
240 position et euh... pour essayer d’avoir la meilleure relation possible avec ton patient quel qu’il
241 soit même si... c’est quelqu’un avec qui ça peut être compliqué au premier abord bah derrière
242 faut essayer de mettre des choses en place pour que justement ça se passe mieux et donc ça
243 passe par ouais soit délégué à tes collègues ou essayer de comprendre qu’est-ce qui fait que ça
244 fonctionne pas avec ce monsieur ou cette madame, qu’est-ce que tu peux faire pour moi pour

245 améliorer ça, pour changer ça et euh... et voilà mais après c'est ce qui permet de.... la relation
246 de confiance c'est ce que.... 'fin ouais la relation que t'as avec sur tes patients c'est ce qui va
247 amener la confiance et c'est ce qui va amener une prise en charge qualitative quoi et euh... Je
248 pense que oui c'est la base de tout. Moi, je sais que dans tous mes stages on m'a toujours dit
249 euh... 'fin le truc qui revenait à chaque fois c'était : « *très très bon relationnel, s'intègre super*
250 *bien dans les équipes euh, gère bien les familles etc.* ». Et parce que voilà moi c'est ça que
251 j'aime dans ce métier, c'est-c'est interagir avec des humains et... et justement qui sont pas
252 forcément au mieux de leur forme, mais essayer de... justement de soutirer un sourire, rassurer
253 les gens euh voilà trouver un peu de positif dans toutes ces galères quoi *rit*.

Entretien n°5 avec Aurélien (IDE4)

1 **Aurélien** : Hop.

2 **Moi** : Alors, du coup *est-ce que tu peux te présenter ?*

3 **Aurélien** : Euh bah moi je suis Aurélien, je suis infirmier euh... euh depuis 2017 donc ça va
4 faire dix ans. Pas encore mais euh ouais voilà dix ans. Euh... euh j'ai fait plein de trucs. Euh
5 j'ai fait euh 5 ans de médecine interne à Lapeyronie, euh... après j'ai fait de l'intérim, euh j'ai
6 fait du pool, euh... et après bah je me suis orientée vers les soins palliatifs parce que euh c'est
7 ce qui m'intéressait ces dernières années.

8 **Moi** : Ok.

9 **Aurélien** : *Se racle la gorge*

10 **Moi** : Donc dans le cadre de mon mémoire, j'ai trois thèmes : les émotions soignantes, la
11 posture professionnelle et la relation de soin.

12 **Aurélien** : Hm.

13 **Moi** : Du coup pour commencer *comment est-ce que tu définirais la place des émotions dans*
14 *ta pratique ?*

15 **Aurélien** : Euh... bah moi je pense qu'elle est euh *rit* elle est très importante. Euh, que je
16 vois bien euh que... bah par exemple l'extérieur, la vie extérieure au boulot ça influe sur le-le
17 boulot. Même si on voudrait pas ! Et parallèlement aussi euh pas mal euh je découvre pas mal
18 ça cette année euh le boulot qui influe sur la vie professionnelle... la vie personnelle ! Voilà,
19 donc je trouve que c'est une grande place euh et euh... ça a des côtés négatifs et des côtés
20 positifs quoi...

21 **Moi** : C'est à dire ?

22 **Aurélien** : Pour la prise en soin. Euh je pense que c'est important de-d'avoir des émotions, de
23 les écouter et en même temps faut pas qu'elles te submergent. Voilà.

24 **Moi** : Ok. *Est-ce que tu peux me décrire une situation de soin où tes émotions elles ont été*
25 *particulièrement mobilisées ? Et comment t'as vécu cette situation ?*

26 **Aurélien** : Alors euh... bah par exemple en décembre dernier, on a eu un patient qu'on a eu
27 extrêmement de mal à... à calmer. Euh... c'était un monsieur qui était un peu résistant euh à
28 toutes les thérapeutiques qu'on avait... qu'on utilise d'habitude. Euh... je... lui il disait qu'il
29 était pas toxicomane mais euh mais euh nous on avait des doutes parce que voilà il était très
30 résistant et à la morphine et au midazolam et euh et à plein de neuroleptiques. Et euh et du coup
31 il était très agité et euh on était quasiment obligé de lui faire des injections toutes les heures
32 donc euh voilà c'était vraiment une grosse situation euh... impactante parce que du coup tu...
33 tu passes ton temps avec lui mais t'as onze autres patients dans les lits qui sont pas biens et
34 donc t'as pas le temps avec eux. Et au bout d'un moment à force ça use quoi donc ça dure... ça
35 a duré très longtemps en plus. Donc euh... Ça-ça ça m'a pas mal retourné. Donc euh ouais, ça
36 fait cogiter en rentrant euh, 'fin voilà sur euh... comme nous on est en soins palliatifs c'est...
37 on fait beaucoup face à la mort et donc au bout d'un moment ça amène... ça amène des
38 questions aussi euh voilà. Et parallèlement... parallèlement je-je viens d'avoir un enfant donc
39 du coup je dormais pas bien *rit*. Et ça ajoute de l'instabilité euh émotionnelle et tout ça et...
40 les deux-les deux réunis bah ça fait un bon petit cocktail. Fatigant.

41 **Moi** : C'est sûr. Et est-ce que tu trouves que t'arrives plus facilement à gérer tes émotions
42 aujourd'hui plutôt que quand t'as été fraîchement diplômé ?

43 **Aurélien** : Euh oui mais je trouve que c'est aussi euh c'est aussi différent parce que je pense
44 que quand j'ai été diplômé, j'étais pas du tout... 'fin là je suis parent aussi donc là je découvre
45 la p-la parentalité euh c'est des choses euh... voilà c'est-c'est *rit* c'est une nouvelle façon de
46 jongler aussi ouais. Et euh et ce que j'avais, par exemple, pas pris en compte euh c'est euh c'est
47 que d'avoir un enfant... 'fin moi ça me posait pas du tout de soucis de bosser en soins pall'. Et
48 là, depuis-depuis que j'ai mon gosse ça fait vraiment un bon gros décallage de... bah-bah d'être
49 euh d'être dans la.... dans la maladie et la mort toute la journée et euh quand tu rentres c'est la
50 vie euh... Bah la vie euh à l'état brut chez les enfants, ça fait des bons contrastes qui sont pas
51 forcément euh *rit* faciles à... à euh...à appréhender.

52 **Moi** : Ok. Donc ça c'était ma partie émotions.

53 **Aurélien** : Hm.

54 **Moi** : Ensuite, *comment est-ce que tu définirais le terme de posture professionnelle ?*

55 **Aurélien** : Bah le... moi la posture professionnelle, je dirai que c'est un-un positionnement
56 qu'il faut prendre... qui-qui et qu'il est recommandé ou j'en sais rien... je sais pas si c'est
57 obligatoire mais je pense que c'est mieux euh de... c'est un positionnement qu'il faut réussir à
58 adopter pour bah clarifier euh... clarifier euh... bah les émotions que tu-que tu ressens et
59 comment elles vont euh... agir, interférer, euh se mêler à ta prise en soin et euh et du coup euh
60 à vé... en gardant un positionnement qui soit un peu rationnel et euh et qui et qui permet de-de
61 bah de tempérer ça et de... et d'avoir une posture qui reste euh... et qui permette la prise en soin
62 de manière la plus euh... comment dire euh... objective même si c'est pas vraiment possible
63 que ça soit objectif tout le temps mais euh ouais.

64 **Moi** : Ok.

65 **Aurélien** : Voilà.

66 **Moi** : Euh, *est-ce que tu peux me dire du coup de quelle manière ton vécu émotionnel*
67 *influence ta posture ?*

68 **Aurélien** : Oh ! Bah par exemple en soins palliatifs j'imagine que euh... *souffle*, je sais pas.
69 Euh si si, la-la... je pense que si t'arrives avec pas mal d'anxiété euh tu peux... et que tu fais
70 pas attention à comment tu-tu-tu-tu es quand tu rentres dans une chambre, tu peux véhiculer
71 cette anxiété, par exemple. Comme tu peux aussi euh véhiculer euh de l'apaisement en étant...
72 en entrant dans la chambre et en faisant... si tu fais face à un patient anxieux et euh justement
73 en prenant le temps etc. Donc je pense que c'est-c'est-ça agit dans les deux sens et ça peut être
74 positif ou négatif aussi, selon comment tu le vis.

75 **Moi** : Ok. *Comment parviens-tu à maintenir une juste-distance professionnelle dans la*
76 *relation de soin ?*

77 **Aurélien** : Euh bah parfois je sais pas si elle est juste. Euh... souvent là euh... dès qu'on a je
78 trouve... alors en soins palliatifs, normalement les recommandations c'est... 'fin les
79 recommandations des sociétés savantes c'est euh c'est euh 5 patients pour un binôme
80 infirmier/aide-soignant. Euh... ici, on est à 6 patients pour un binôme infirmier/aide-soignant
81 mais c'est théoriquement le matin parce que l'après-midi on est seul infirmier pour les 12
82 patients en soins palliatifs. Et donc là souvent moi je trouve... alors, les autres collègues à priori
83 ils ont pas souvent de problèmes l'après-midi mais moi je trouve que l'après-midi c'est très
84 chargé émotionnellement avec les... parce qu'il y a aussi beaucoup les familles et donc faut-

85 faut faire-faut aussi gérer l'émotionnel des familles, gérer l'émotionnel des patients, gérer
86 l'émotionnel des patients après le départ des familles et euh et finalement je trouve que ça fait-
87 ça fait très lourd. Et pour 12 patients ça peut être très compliqué et parfois euh voilà *rit* je
88 pense que parfois on court beaucoup et qu'on se rend pas bien compte de la qualité des soins
89 qu'on fait. Voilà donc euh... euh je sais pas si parfois la distance est juste ou pas juste. Euh
90 après euh en tout cas j'essaie d'y faire attention.

91 **Moi** : Et tu sais un peu ce qui peut t'aider à maintenir cette juste-distance ?

92 **Aurélien** : Euh bah moi je sais que par exemple euh... je pense que la distance est pas bonne
93 quand euh quand euh l'affect des familles ou euh ou des patients euh va m'affecter au point où
94 bah ils se mettent à pleurer et je vais avoir envie de pleurer, ça je vais me dire *rit* « *là t'es*
95 *pas étanche* ». Euh... 'fin voilà ça peut-ça peut arriver en plus hein parce qu'après c'est
96 vraiment euh c'est vraiment une association de facteurs qui va rentrer en résonance avec toi
97 ton vécu personnel et-et là hop tu vas-tu vas pas savoir mais tu vas te mettre à pleurer. Pareil
98 'fin t'as-t'as des étudiants euh des étudiants infirmiers, y en a ça va être compliqué alors que
99 d'autres ça va pas être compliqué. Et tu le.... c'est des choses qui se passent et euh et c'est un
100 ensemble de facteurs. C'est des histoires familiales en plus à chaque fois donc euh voilà c'est...
101 c'est-ça s'analyse. Euh ? Ouais.

102 **Moi** : Alors, t'as dit que tu venais d'avoir un enfant...

103 **Aurélien** : Ouais.

104 **Moi** : Est-ce que t'as déjà euh travaillé avec les enfants ?

105 **Aurélien** : Ouais. Moi je suis passé euh bah j'ai fait... en fait je voulais travailler avec les
106 enfants et j'ai fait mon stage pré-pro en-aux urgences pédiatriques. Et euh... j'ai pris une grande
107 claque.

108 **Moi** : Et ouais.

109 **Aurélien** : Euh j'en ai vu mourir. Euh... et euh c'était trop-c'était trop-c'était trop intense. Ouais.
110 Moi j'ai vu que j'avais pas le niveau émotionnel hein pour euh pour faire ça... après c'était-
111 c'était peut-être en allant... 'fin c'est à ce stage où j'ai eu moins le sentiment d'inutilité quoi.
112 Parce que par exemple euh quand c'est en maison de retraite, à la longue, même en SSR, même
113 en médecine hein la médecine euh la médecine intensive euh la médecine interne où tu arrêtes

114 pas de courir etc. Mais euh parfois tu sais pas vraiment pourquoi tu fais les soins etc. Tu perds-
115 tu perds vite du sens. Le... la pédiatrie j'ai jamais perdu ce sens-là mais par contre euh c'était
116 des claques dans la gueule voilà. T'en perds un, t'en perds un... c'est pas fastoche quoi. C'est
117 pas la même chose de-de perdre un patient de 70 ans et... et devant ses enfants de 50 ans qui
118 sont tristes mais c'est dans l'ordre des choses et euh et plutôt de voir une maman de 30 ans qui
119 perd un enfant de... de 4 ans c'est pas la même chose. C'est...

120 **Moi** : Du coup, la gestion des émotions et la prise en charge elle va être différente d'un enfant
121 à un adulte ?

122 **Aurélien** : Ah je pense-je pense-je pense que... je sais pas si la prise en charge est différente
123 mais après je pense que moi j'ai pas forcément les compétences. Je sais pas si...

124 **Moi** : Pour toi, c'est en termes de compétences ?

125 **Aurélien** : Bah j'en sais rien, y a des gens ça leur pose pas de problème donc euh ils aiment ça
126 à priori. Moi, y a des gens que j'ai-que j'ai vu bosser et tout ça donc euh... Après, est-ce que-
127 est-ce que c'est parce que je les ai vu à un instant T et si ça se trouve six mois plus tard ils
128 étaient *rit* -ils étaient en dep' chez eux, je sais pas mais euh... Moi en tout cas j'ai vu que
129 j'avais pas le niveau quoi.

130 **Moi** : Ok.

131 **Aurélien** : Et après je pense que, par contre, la gestion de la douleur, etc. Je pense que c'est
132 très-c'est quand même très différent avec les enfants parce que euh bah ils communiquent
133 moins et euh et c'est... puis surtout ils sont euh ils sont euh ils sont... dans-dans la phase
134 ascendante de la vie et donc en fait euh ils continuent de-ils s'accrochent coûte que coûte. C'est
135 pas la même... tu fais pas exactement... C'est pas exactement la même chose que quand t'as une
136 personne âgée qui a 90 ans, qui en a marre de se manger des soins dans la tronche euh et qui a
137 bien vécu, qu'il sait qu'il a bien vécu et que voilà qui est « *las* ». C'est pas-tu fais pas
138 exactement-c'est pas exactement la même prise en soin. Même prise en soin ouais...

139 **Moi** : Ok.

140 **Aurélien** : Ouais.

141 **Moi** : Merci. Alors ça c'était pour la posture.

142 **Aurélien** : Hm.

143 **Moi** : Et du coup ma dernière partie c'est la relation de soin, donc *comment est-ce que tu la*
144 *définirais ? Et c'est quoi son importance dans ta pratique ?*

145 **Aurélien** : Bah la relation de soin pour moi c'est la confiance que tu arrives à établir euh...
146 avec le patient. Euh pour euh bah pour euh... pour-pour euh... délivrer euh prodiguer euh des
147 soins qui euh qui euh qui euh lui paraissent adaptés.

148 **Moi** : Ok.

149 **Aurélien** : Et moi c'est pour ça que je me suis vraiment intéressé aux soins palliatifs par rapport
150 à toute la médecine et tout ce que j'ai vu, tous les soins curatifs que j'ai vus. C'est qu'en soins
151 palliatifs, quand on a le temps, on essaie de réfléchir à ça justement et de-d'être au plus juste
152 de ce que-de ce que le patient euh bah euh souhaite pour lui et sa santé, ouais.

153 **Moi** : Du coup, *pour toi quels sont ces facteurs qui peuvent influencer cette relation ? Positifs*
154 *comme négatifs ?*

155 **Aurélien** : Bah moi je pense que... je pense que pour mettre en place une bonne relation de
156 soin, il faut pas trop de patients par soignant pour euh pour avoir le temps de se poser, de
157 discuter, ce qui est quand même pas du tout la tendance générale. Euh je pense qu'il faut euh
158 faut euh faut euh pas trop de stress euh dans l'environnement. Et euh je pense qu'il y en a
159 quand même pas mal euh tout au long de la journée donc c'est pas euh voilà. Après voilà, je
160 sais pas euh, après faut être volontaire je crois aussi euh... Je pense-j'ai vu des collègues qui en
161 ont pas forcément grand-chose à faire, qui font juste ce qui est prescrit et qui... voilà qui se
162 posent pas de questions. Je suis pas sûr qu'ils soient vraiment dans la relation de soin. Euh, faut
163 se questionner, voilà. Moi c'est pour ça que j'aime bien les soins palliatifs, c'est à dire que
164 quand j'ai-quand j'ai le temps, parce que quand même mine de rien, comme je te dis, parfois
165 on est tout seul pour 12 et là tu cours. Et donc de suite t'as le sentiment de retourner dans un
166 service euh intensif où tu sais plus trop pourquoi tu fais les choses. Mais euh quand j'ai le temps
167 euh au moins tu réfléchis à chaque fois, j'ai le temps de proposer euh savoirs si euh ils sont
168 absolument conciliants avec les soins que je vais faire euh parce que parfois voilà parfois un
169 jour ils ont pas envie de prendre les médicaments bah je peux très bien comprendre ça et faut
170 pas s'acharner à les donner, faut pas... faut trouver des solutions. Et ça moi je trouve que c'est

171 ça qui est intéressant, voilà. Et je trouve que bah moi c'est dans-de mon vécu d'infirmier, c'est
172 en soins palliatifs où j'ai eu le plus le temps de-de-de trouver ça, la relation de soin quoi.

Entretien n°6 avec Zacharie (IDE 5)

1 **Moi** : Ok. Donc du coup, *est-ce que tu peux te présenter ?* Pour commencer.

2 **Zacharie** : Ouais. Je m'appelle Zacharie, je suis infirmier 2019. Et j'ai intégré la structure euh
3 du Mas du Rochet en unité de Soins Palliatifs euh cette année, là, 'fin du coup l'année dernière,
4 à partir du 1er mai. J'avais pas du tout d'expérience dans le domaine du palliatif. J'avais fait
5 un peu d'EHPAS avant donc quand même on était sur de la fin de vie sur euh mais euh je suis
6 arrivé tout nouveau, pour de nouvelles expériences... en soins palliatifs.

7 **Moi** : Et tu faisais quoi avant du coup ?

8 **Zacharie** : Avant ça, j'étais trois ans et demi en EHPAD. Et avant ça j'ai fait un peu d'intérim
9 euh 'fin entre temps j'ai fait un peu d'intérim un peu partout : Clinique du Parc dans divers
10 services et un peu au Millénaire mais rien de notable, c'était des missions de quelques jours
11 euh.

12 **Moi** : D'accord.

13 **Zacharie** : Donc ma plus grosse expérience c'est le soin donc en EHPAD et euh maintenant le
14 palliatif.

15 **Moi** : Ok. Donc du coup mon mémoire c'est sur le thème des émotions soignantes.

16 **Zacharie** : Hm hm.

17 **Moi** : Donc la première partie c'est les émotions, la deuxième c'est la posture professionnelle
18 et la dernière c'est la relation de soin.

19 **Zacharie** : Ok.

20 **Moi** : Du coup, *comment est-ce que tu définirais la place des émotions dans ta pratique ?*

21 **Zacharie** : Pour moi, elle est... elle est centrale, elle peut même prendre trop d'ampleur et nous
22 dans notre pratique, justement, surtout en soins palliatifs, c'est là où il faut essayer d'avoir
23 euh... un maximum de justesse et maximum de distance mais pas trop non plus. 'Fin c'est là
24 que ça va... que ça va se jouer au niveau des émotions après y a... on est humains donc à partir
25 du moment où on est humains je veux dire on est obligé d'être dans... de ressentir des émotions,
26 d'éprouver des émotions mais c'est savoir les gérer et comme là, de plus, avec les familles, on

27 est euh... on est dans... dans un gros relationnel et puis en fin de vie... Moi tu savais j'avais euh
28 j'avais un... un mauvais p... ou en tout cas un préjugé par rapport aux soins palliatifs quand je
29 connaissais pas et que je pensais pas que... que j'atterrirais ici parce que... on entend souvent
30 parler de la mort et compagnie euh voilà c'est la mort, c'est la mort, c'est la fin de vie, c'est
31 pas très très gai mais justement en fait c'est souvent en fin de vie donc euh pas loin de-pas loin
32 de-pas loin de la mort que bah il se passe plus de-de vivant si je puis dire parce qu'il y a plus
33 de communication et c'est là qu'on voit qu'en fait bah on a beau voir avoir euh, je sais pas, des
34 pathologies incurables, des multiples cancers chez beaucoup d'entre eux, chez même tous... y
35 a toujours de la vie, y a toujours des fois de l'envie de... soit de lutter parce qu'il y en a qui sont
36 pas encore... ils ont pas encore fait un peu le deuil de leur situation, soit juste d'accepter leur
37 situation mais de continuer à vivre et de vivre en bonne condition jusqu'à la fin donc euh...
38 Donc voilà, point de vue émotion pour centraliser un petit peu le truc parce que je peux
39 m'éparpiller, je parle beaucoup... euh point de vue émotion euh pour moi.... c'est-c'est central
40 en tout cas dans notre métier. Déjà en-en règle générale euh un infirmier, un aide-soignant, un
41 médecin, on doit quand même être... bah on doit avoir de l'empathie, on est là pour aider les
42 gens, pour un peu les soigner, les accompagner quand on peut pas les soigner et.... Pour moi
43 l'émotion ça a une place centrale peu importe le... peu importe le service spécifique mais
44 d'autant plus pour moi en palliatifs ouais.

45 **Moi : Ok. *Est-ce que tu peux, du coup, me décrire une situation de soin où tes émotions elles***
46 ***ont été particulièrement mobilisées ?***

47 **Zacharie :** Ouais. J'en ai une en plus euh qui date d'il y a pas si longtemps, peut-être quatre
48 mois quelque chose comme ça. En fait, c'était le cas d'une euh d'une patiente euh qui avait une
49 SLA euh, 91 ans, elle arrivait à communiquer un petit peu avec euh... elle arrivait à
50 communiquer si tu veux avec euh... avec des gestes, avec des yeux, avec... voilà
51 communication non verbale était plutôt présente mais euh communication non verbale euh...
52 la communication non verbale (verbale) n'était pas présente avec elle. Euh la famille c'était une
53 famille euh d'infirmiers, elle -la patiente- était aussi infirmière. Elle avait deux sœurs euh elles
54 étaient vraiment pour la fin de vie et en fait même carrément pour l'euthanasie, c'était assumé,
55 elles étaient totalement pro-euthanasie et euh la situation qui a été compliquée pour moi entre
56 guillemets à gérer, c'est que en fait euh sur un week-end, on avait constaté avec des collègues
57 infirmiers que sur nos pousse-seringues électriques où il y avait de la morphine et du
58 midazolam, donc traitements sédatifs de fin de vie euh et bah en fait y avait un gros écart entre

59 ce que nous on mettait et ce qui euh ce qui était administré. Donc ça peut arriver des fois les-
60 les problèmes de machine ou même une malfaçon d'un infirmier, voilà. Il peut y arriver qu... il
61 peut arriver qu'il y ait des écarts mais pas aussi importants et en fait on s'était questionné un
62 peu sur : « *est-ce que ce serait pas les infirmières, qui connaissent les produits, qui connaissent*
63 *les médicaments et qui sont un peu pro-euthanasie, qui poussaient un petit peu euh le... ?* »
64 Donc là, il y a eu de grosses suspicions de ça, on a-on a fait des réunions, on a changé le matériel
65 mais il se passait toujours la même chose. Puis cette dame est arrivée, donc c'était sur le week-
66 end, il est arrivé que le lundi elle décède. Et-et avant ça, la famille avait des propos euh « *faites*
67 *venir le médecin, je veux qu'on la pique quoi* », littéralement donc même en lui resituant le
68 cadre légal, éthique, etc. Euh la famille nous disait « *non non je veux euh vous savez ça se fait*
69 *en France même si on n'a pas le droit, je connais des médecins, je connais des cliniques. Sinon,*
70 *j'irai en Suisse* », enfin vraiment un discours très très euh très pro-euthanasie, qui-qui peut
71 s'entendre mais en tout cas en France, légalement on n'y est pas. Donc euh de cette situation-là
72 moi j'ai fait un évènement... j'ai fait une fiche d'évènement indésirable et de là, derrière y a eu
73 une réunion et puis on a parlé un peu de ça. Après, c'est pas allé jusqu'à... à légalement essayer
74 de porter plainte parce que vraiment y avait plus que des suspicions, techniquement, même si
75 on l'a pas vu. Euh... toutes nos surveillances indiquaient quand même que... qu'il y avait... il y
76 avait quelqu'un ou, potentiellement, qui poussait. Parce que... une machine elle peut être
77 défectueuse, mais quand on remplace la machine et que le lendemain c'est de nouveau euh huit
78 heures de décalage donc, en gros, plus de huit milligrammes à peu près de chaque produit qui
79 passent trop vite, c'est-c'est pas cohérent même si ça peut arriver on aura jamais la... la finalité
80 de-de ça. Du coup euh voilà. Et cette question-là, après on en a reparlé, nous, avec euh avec
81 l'équipe mobile de soins palliatifs, avec des médecins et euh et voilà et je trouve que c'est une
82 bonne euh un bon questionnement sur euh sur déjà « *qu'est-ce qu'on fait un peu en palliatif, les*
83 *risques...* » et puis émotionnellement moi j'étais pas... moi le regret que j'ai eu, et là où ça a été
84 dur « *émotionnellement* », c'est que je me suis dit : cette dame-là, on a pas pu recueillir - parce
85 que en plus elle venait à peine d'arriver euh réellement sa-son envie à elle. Ça empêche pas
86 qu'il y aurait eu quand même le cadre légal mais si vous voulez que sa famille prenne la
87 décision... et leur responsabilité d'écourter la vie de cette dame... parce que c'est son choix bah
88 je me dis bah au moins, entre guillemets, euh « *elle avait choisi* » mais nous elle n'a jamais pu
89 s'exprimer euh là-dessus, même si on peut peut-être imaginer que de toute manière elle était
90 pas... elle voulait pas peut-être continuer à se battre mais quand bien même. Et en fait c'est le
91 problème : qu'on a jamais pu recueillir, à elle, son consentement et on pourra toujours se dire
92 peut-être qu'elle voulait pas mourir.

93 **Moi** : Il y a un goût d'inachevé...

94 **Zacharie** : Il y a un goût d'inachevé et d'injustice presque parce que bah...même si on sait où
95 on va... est-ce que la dame elle a choisi ? Nous on sait pas si elle a choisi. Donc quand bien
96 même ce serait euh ce serait euh 'fin là on est pas dans le cas de la légalité mais au moins peut-
97 être que moralement, éthiquement, voilà chacun a des points de vue différents et ça aurait peut-
98 être été le choix de la patiente et euh bon nous, c'était pas nous choisir mais la famille en a
99 décidé autrement mais en tout cas la-la patiente on avait pu recueillir que c'était sa volonté, là
100 on a même pas pu donc euh voilà...

101 **Moi** : Hm.

102 **Zacharie** : Voilà, c'est-c'est la situation là qui vient à l'esprit, la plus dure émotionnellement
103 à gérer. Après euh des situations comme ça euh... on n'en a pas tout le temps, mais des
104 situations où... avec d'autres émotions on a beaucoup aussi ouais.

105 **Moi** : Du coup, tu parles un peu de gestion des émotions. Est-ce que... est-ce que pour toi euh
106 cette gestion elle est plus simple aujourd'hui que quand t'as été diplômé ? Au tout début.

107 **Zacharie** : Oui, elle est plus simple euh aujourd'hui c'est sûr parce que quand on est diplômé,
108 on est toujours bah dans la nouveauté, on veut toujours le bien faire, le mieux faire comme on
109 nous a appris à l'école, la théorie, etc... et puis en fait quand tu rentres euh dans le monde euh
110 bah dans le monde du soin tu te-tu te rends compte que bah non t'as pas le temps de passer une
111 demi-heure avec tes patients - ça dépend des services hein - t'as pas le temps de prodiguer, par
112 exemple, tous les soins que t'aimerais prodiguer, de passer tout le temps que t'aimerais
113 prodiguer donc en fait, il y a un peu quand même ce... même si on n'y est préparé en tant
114 qu'étudiant, on nous explique que ça se passera pas comme ça, bien évidemment, mais euh du
115 coup y a quand même une difficulté au début peut-être à gérer un peu plus ses émotions parce
116 qu'on s'attend pas forcément à faire ce qu'on... ce qu'on nous a pas forcément enseigné aussi,
117 parce qu'on nous apprend toujours euh le cas d'école en fait. Ça, ça doit se passer au mieux,
118 c'est comme ça que ça se passe etc... Et en fait, ça se passe jamais comme ça. Moi euh oui je-
119 j'arrive beaucoup mieux à gérer euh ces émotions mais là par exemple moi j'étais pas confronté
120 du tout à ce genre de choses, ça me venait même pas à l'idée, parce que c'est une collègue à
121 moi qui m'a dit « *c'est peut-être ça* » euh qui est... par rapport à la situation là, moi je pensais
122 vraiment, tout naïvement, « *bah peut-être que les PSE ils ont un problème* » et moi ma collègue
123 qui avait plus d'expérience, elle m'a dit « *tu sais c'est déjà arrivé que des familles etc. fassent*

124 » donc faut quand même se méfier. Et euh... et euh moi j'étais euh voilà pas de... j'avais jamais
125 été confronté à ça donc euh ça ça a été dur à gérer émotionnellement. Maintenant, de la réunion
126 qui s'en est suivi et puis ici on est quand même... on a des structures, on est encadrés etc... Je
127 sais que si demain ça se reproduit, déjà je saurais mieux agir, je saurais être beaucoup plus
128 prudent, vigilant et euh je serais un peu plus « *blindé* » entre guillemets euh parce que je saurais
129 voir la chose euh... voilà, ce sera pas ma première fois en tout cas que ça se passe comme ça
130 donc c'est toujours euh...

131 **Moi** : Merci. Euh, alors du coup ça c'était pour les émotions soignantes.

132 **Zacharie** : Hm hm.

133 **Moi** : Donc, maintenant *comment est-ce que tu définirais la posture professionnelle ?*

134 **Zacharie** : Euh, notre professionnelle en tant qu'infirmier c'est ce que je disais un peu en début,
135 c'est vraiment en fait trouver euh trouver la juste-distance, c'est-à-dire que... on peut pas être
136 des machines, des robots, on peut pas euh être voilà totalement démunie de sentiments lorsqu'on
137 fait un soin mais à côté de ça faut pas rentrer, faut pas transposer... on nous répète souvent...
138 on te... on... on a dû te répéter plein de fois à l'école qu'il faut pas faire de transfert, de choses
139 comme ça, mais on peut-on peut être amené ici euh moi le plus jeune que j'ai eu ici il avait une
140 quarantaine d'années, donc je suis encore plus jeune, je me suis pas... je me suis pas projeté
141 sur lui mais je sais qu'il y a des collègues, par exemple, qui ont mieux affaire à des patients
142 plus jeune, qui avaient leur âge ou même des patients qui avaient, je sais pas, l'âge de leur père
143 euh l'âge de leur grand-père, etc... Donc euh en fait tout va être une question de-de justesse,
144 c'est-à-dire « *empathie ?* » suffisamment pour que dans nos soins et pour notre relation avec le
145 patient bah on fasse les choses au mieux. Parce que bah plus le patient il se sent bien avec nous,
146 il se sent en confiance, un peu proche, plus il adhère aussi au projet un peu de soins
147 thérapeutique, où il se sent euh écouté, amené... parce que là c'est souvent des patients quand
148 même qui savent que euh que la fin... la fin est-est pas loin mais du coup il y en a qui sont très
149 au clair avec ça mais d'autres qui sont absolument pas au clair et qui sont très anxieux. Donc
150 l'émotion faut savoir la... faut savoir la gérer et il faut avoir la bonne distance euh... ni être
151 trop dans l'émotion et ni euh ni pas assez quoi.

152 **Moi** : Alors ça tombe bien que tu parles de juste-distance. *Comment est-ce que euh tu parviens*
153 *à la maintenir ? Quels - tu vois quels éléments euh peuvent t'aider ou au contraire te mettre*
154 *en difficultés ?*

155 **Zacharie** : Euh... ouais c'est une très bonne question. Je sais pas si on le fait de manière euh
156 consciente ou inconsciente euh mais en tout cas bah c'est... c'est juste essayer de sortir et de
157 se dire voilà « *on est dans la chambre, on est avec le patient* » selon les moments où le patient
158 il va avoir besoin qu'on soit un peu... je-j'exagère, je mets les grosses guillemets mais euh où
159 on va être euh plus dans la plainte avec lui, c'est-à-dire compatir avec lui oui c'est-c'est-c'est
160 s'il en a besoin : « *oui c'est une situation difficile qui vous arrive etc.* » donc c'est... En fait,
161 finalement c'est un peu dans son sens à certains moments mais d'autres sens, aussi peut-être
162 désamorcer la situation par de l'humour ou-ou euh ou des fois c'est aussi euh ce que font quand
163 même la plupart des soignants, c'est que si il y a une situation qui est compliquée pour nous,
164 mais on va essayer de s'approcher plutôt sur le soin qu'on est en train de faire. Donc un peu
165 plus sur la technique, sur des choses comme ça. Et puis euh et puis je pense qu'après on est
166 humain, selon le temps qu'on a bah on va aussi peut-être essayer de-de fuir par nos autres
167 obligations et de se dire de patients, on a d'autres choses comme ça. Puis c'est surtout aussi à
168 la maison, faut pas que ça... ça me fasse du noir quoi. Faut... faut en parler entre collègues,
169 faut entre... mais je pense y a pas- 'fin. Moi j'ai...personnellement, j'ai pas assez d'expérience
170 pour me dire que j'ai telle ou telle méthode pour euh pour rester dans le juste milieu émotionnel
171 en fait. Je pense même c'est pas possible, des fois en fait on va peut-être déborder parce qu'on
172 va s'attacher un patient plus qu'à un autre et on va se le faire remarquer. Et après en rentrant,
173 on va se dire « *ah oui, là j'ai peut-être été un peu trop euh trop proche de ce patient ou peut-*
174 *être pas assez proche* » mais... c'est juste après en fait euh avec le recul, on va se dire « *bon*
175 *bah ce patient-là je vois que je réagis mal par exemple à tel ou tel soin* », ça m'est pas arrivé
176 mais... c'est pour ça aussi qu'on a des collègues, c'est que si on est pas capables par exemple
177 de-d'estimer qu'on fait un soin de la manière la plus neutre possible à un patient bah autant
178 passer le relais à son-à son collègue si ça nous pèse ou.... Mais euh j'ai pas-j'ai pas d'outil
179 spécifique, en tout cas ils sont-ils sont pas conscients, j'ai pas assez réfléchi là-dessus pour
180 savoir quelle euh quelle barrière je mets en place moi. Si ce n'est l'humour, comme je disais
181 qu'on peut avoir et si ce n'est euh... je sais pas, je pense que... y a pas de bonne... y a pas de
182 barrière, on peut mettre une barrière et-et bloquer euh totalement ce qu'on est euh... ça
183 dépendra de l'expérience de chacun, du vécu et du patient qu'on a en face. Y en a qui vont être
184 euh... qui vont réagir très très... émotionnellement avec un patient et par exemple, moi, pour
185 parler de moi, bah moi *souffle*, ça me fera ni chaud ni froid d'aller faire euh je sais pas, son
186 soin ou d'être dans la chambre de ce patient et... a contrario, il y aura peut-être quelque chose
187 même d'inconscient chez un autre patient qui... qui me fera approcher peut-être plus euh
188 émotionnellement.

189 **Moi** : Et du coup pour toi, *ton vécu...*

190 **Zacharie** : Hm.

191 **Moi** : ... *peut influencer ta posture professionnelle ?*

192 **Zacharie** : Totalement.

193 **Moi** : Comment ?

194 **Zacharie** : Bah, alors moi pour mon cas propre, par exemple, si tu veux moi j'ai un... j'ai un
195 petit frère qui a eu un cancer. Là je suis en palliatifs et trois quarts de nos patients c'est-c'est
196 souvent des cancers qui peuvent plus être traités. Donc forcément, ne serait-ce que-que de
197 l'expérience de vie on se fait la transposition, on se dit voilà. Moi, c'est un petit frère qui
198 avait... qui a cinq ans mais que-qui avait deux ans quand ça s'est déclaré son cancer. Là il est...
199 il est très bien etc... Il a subi des chirurgies, des-des.... Mais tu vois là rien-rien que le fait d'en
200 parler je transpose mais c'est pour te dire que... bah c'est le risque qu'il peut y avoir en me
201 disant bah... j'ai pas eu de patient jeune mais si demain y a un patient, qui est jeune, qui a le
202 même euh cancer que mon petit frère etc.... Je peux me dire « *ah bah oui* », je peux penser
203 forcément ça fait rebondir sur la situation de... de... personnelle quand-quand on vit quelque
204 chose comme ça et forcément, par exemple de mon frère qui pour le moment est... est
205 impeccablement bien et est sorti d'affaire, on peut se dire « *Oui mais peut-être que la personne*
206 *là de soixante-dix ans que je suis en train de traiter, peut-être que je sais pas à dix ans ça allait*
207 *très bien et puis ensuite elle a rechuté à trente ans puis on a réussi à lui soigner son cancer de*
208 *trente ans à quarante puis y a une rechute* ». Donc en fait, on peut aussi se projeter sur une
209 finalité où on se dit que peut-être euh... le... voilà le cancer qu'on a nous dans notre famille
210 bah finira de la même manière ici. Voilà c'est en ça que je pense que... indirect-indirectement
211 pardon, on-on ramène des choses de notre vécu dans notre profession, mais euh mais c'est pas
212 un mal, faut savoir juste le gérer. Et au contraire, y en a aussi des fois qui-qui bah qui prennent
213 euh ce service-là, qui sont passionnés parce que bah ils ont déjà eu affaire aussi, ils ont déjà été
214 confrontés peut-être même un membre de leur famille en-en soins palliatifs ou autres, ou au
215 contraire, ils veulent s'en éloigner parce qu'ils ont déjà été confrontés à ça. Je sais que c'est
216 arrivé dans le service, ici, que une infirmière elle ait eu un membre de sa famille qui soit
217 confronté euh aux soins palliatifs. Et une fois elle a dû faire un remplacement un peu forcé ici,
218 elle était vraiment pas bien malgré le fait qu'elle avait expliqué au cadre qu'elle voulait pas y
219 être euh elle a pas eu son mot à dire et elle a-elle a mal vécu la journée qu'elle a passé en soins

220 palliatifs parce que ça lui a...ça lui a rappelé son-son grand-père qui était en soins palliatifs et
221 que ça s'était pas... 'fin pas bien passé. La fin de vie son grand-père en tout cas.

222 **Moi** : Et donc tu parlais de ton petit frère, t'as déjà travaillé avec les enfants ?

223 **Zacharie** : Euh non, étudiant oui mais euh non j'ai jamais euh j'ai jamais bossé euh en pédiatrie
224 euh... c'est quelque chose qui me plaît, qui aurait pu euh tout autant que la gériatrie, la personne
225 âgée ou là le soins palliatifs, ça aurait pu me plaire tout autant je pense. J'ai pas spécialement
226 de-d'accroche mais...

227 **Moi** : Et euh même si t'as jamais euh travaillé en pédiatrie, est-ce que tu penses que ta prise en
228 charge elle est différente d'un enfant à un adulte ?

229 **Zacharie** : Euh alors purement techniquement et avec tout ce qu'on connaît euh donc les
230 recommandations de bonnes pratiques et tout ce que tu peux imaginer, l'hygiène autre... non,
231 ça doit pas être différent parce que ça un peu importe. Après forcément c'est-je pense que pour
232 nous tous c'est pas le même enjeu. Là, si je suis avec des personnes en fin de vie, qui ont
233 quatre-vingt dix-huit ans, qui de toute manière euh peuvent mourir euh pendant qu'on est en
234 train de parler là, ou euh demain, ou euh un autre jour, c'est moins... je veux dire y a-y a moyen
235 l'urgence vitale, y a moins le côté à sauver coûte que coûte, que lorsqu'on se retrouve avec des
236 enfants où on se dit « *bah cette personne devrait pouvoir avoir quelques années devant elle*
237 *euh ou toute une vie ou en tout cas voilà* » donc j'i-j' imagine en tout cas qu'effectivement, pour
238 les... pour les soignants qui bossent en-en pédiatrie, ou même moi, la pression n'est pas la
239 même. Parce qu'il y a les enfants derrière c'est pas... c'est pas humainement et-et logiquement
240 et éthiquement dans l'ordre des choses qu'un enfant meurt, par exemple, ses parents. Même si
241 encore... malheureusement bah ça arrive, on choisit pas quand-quand on doit mourir et les
242 problèmes non plus. Donc oui, de ce point de vue-là je pense que y a peut-être plus
243 d'attention... inconsciente qu'on se porte, mais pour moi non. En tout cas voilà c'est...
244 consciemment non, je traiterai un enfant... je soignerais un enfant comme je soigne une
245 personne en fin de vie, même si elle a... même s'il lui reste 10 minutes à vivre, si le médecin
246 il nous dit pour euh je sais pas moi... pour la stabiliser un peu, pour son confort, qu'on lui
247 mette un antibiotique, je vais pas me dire « *ohlala on lui met un antibiotique pour rien, on lui*
248 *fait tel ou tel soin pour rien* ». Non, ça, peu importe, peu importe le patient, je pense que ça
249 doit pas... mais peut-être qu'inconsciemment on dit en tout cas si ce patient-là, qui a 98 ans,
250 décède alors que tout le monde sait qu'il va décéder... bah quand on rentre à la maison, c'est

251 moins... c'est moins frustrant, c'est moins... c'est-c'est-c'est moins dur peut-être que se dire «
252 *ah bah cet enfant il devait pas mourir et... il est mort euh ou alors il va pas bien et il risque de*
253 *mourir dans peu de temps* ». Voilà, je pense que l'enjeu en fait juste... euh psychologique ou
254 émotionnel, il est pas le même mais techniquement on fait la même chose et on doit prendre en
255 soin tous les patients de la même manière.

256 **Moi** : Ok, merci. Ensuite, du coup ma dernière partie c'est la relation de soins. ***Comment est-***
257 ***ce que tu la définirais ?***

258 **Zacharie** : La relation de soin ?

259 **Moi** : Ouais.

260 **Zacharie** : Euh, la relation de soins dans quel sens ? Entre le patient euh... globalement euh...

261 **Moi** : Comme tu veux.

262 **Zacharie** : Ok. Bah la relation de soins, pour commencer du coup avec le patient, elle doit
263 euh... elle doit elle est... c'est une relation donc elle doit aller dans les deux sens. Peu importe
264 le service mais en tout cas d'autant plus, je trouve, dans ce service-là euh en soins palliatifs. On
265 est à l'écoute du patient. Euh le patient peut rentrer, en fait, chez nous avec une quantité
266 relativement euh grande de de traitements, qui lui étaient pas... 'fin qui lui ne sont plus entre
267 guillemets euh d'utilité euh absolue euh dans le cadre euh de l'évolution de leur pathologie et
268 des fois même sont dans le refus de faire certains soins, dans le refus de prendre certains
269 traitements. Et d'autant plus en palliatifs que dans les autres services, on doit vraiment prendre
270 en compte euh leurs besoins et leur mécontentement et leurs non-besoins en fait finalement.
271 C'est à dire que nous on a toujours besoin, en tant qu'infirmier, à se dire « *bah oui mais là il*
272 *faut que je lui donne tel ou tel médicaments, déjà c'est mon rôle, c'est important. Euh il faut*
273 *qu'il aille mieux...* ». Mais en fait euh... c'est quoi aller mieux ? Et... et le patient, lui-même,
274 il a peut-être pas envie de ça, sachant en plus euh... où-où-où se trouve la finalité. Même si on
275 n'en a jamais... on peut pas définir à quel moment un patient va mourir ou autre. Mais je pense
276 qu'en soins palliatifs, il faut... donc dans la relation du soignant et-et soigné, il faut vraiment
277 qu'on soit... pas clivants, faut pas qu'on soit dans-dans du forcing, faut... faut essayer d'adhérer
278 au maximum à... au maximum dans le sens du patient. Même si ça ça se retrouve peu importe
279 le service, faut quand même... écouter euh au maximum le patient. Et après euh pour ce qui
280 est de la relation avec les collègues, c'est un peu pareil, c'est-c'est de s'écouter, d'entendre

281 que... y a peut-être un soin qu'on a du mal à faire ou un patient qu'on-qu'on... auquel on adhère
282 pas ou qui lui-même est dans le refus de soins quand c'est tel ou tel soignant... Voilà, pour moi
283 la-la relation... la relation soignant à soignant, en tout cas, dans la question moi que j'entends
284 là, c'est-c'est vraiment... voilà, essayer d'être dans une euh alliance thérapeutique, qu'elle mène
285 à un soin... sur du long terme, qu'elle mène juste à un réconfort euh ou un soin de confort. Il
286 faut être en alliance avec le patient, comprendre un petit peu, même si on peut pas se mettre à
287 sa place comprendre le-le patient du mieux qu'on peut et l'aider du mieux qu'on peut, essayer
288 de répondre à ses demandes du mieux qu'on peut.

289 **Moi** : Ok. Du coup t'en as un petit peu parler...

290 **Zacharie** : Hm.

291 **Moi** : Mais, *est-ce que tu peux me dire quels facteurs, pour toi, influenceraient cette relation*
292 *?*

293 **Zacharie** : Quels facteurs pourraient influencer cette relation ? Euh... peu importe dans quel
294 sens ? parce que comment tu... ouais. Bah dans le bon sens, c'est si on fait un peu de voilà si
295 malgré nous on fait un peu de transfert et que la... je sais pas un patient, sa tête, nous rappelle
296 notre papi ou notre père ou-ou notre mamie etc... ou quoi, il y a quelque chose qu'on aime bien
297 chez elle... Bah dans ce sens là ça peut euh ça peut du coup euh grandement améliorer, peut-
298 être, le soin parce que le patient va sentir d'autant plus apprécier d'autant plus écouter, etc...
299 Mais à côté de ça, voilà, faut pas non plus trop s'attacher. Et dans l'autre sens... bah ça peut
300 affecter euh si c'est un patient que... je sais pas qui nous revient pas pour x raison ou surtout,
301 parce que nous on fera quoi qu'il arrive le-notre devoir, on soignera le patient de la même
302 manière. Mais le patient, si lui n'adhère pas à nous, bah peut-être qu'il sera moins bien soigné.
303 Pas dans le fait qu'on fera pas les mêmes soins, mais que... bah il se dira « *bah c'est un-un*
304 *mauvais moment que je vais passer parce que c'est un soignant que j'apprécie pas, c'est un*
305 *mauvais moment que je vais passer parce qu'on a pas trop de contact, pas trop d'approche* »,
306 et de ce fait peut-être qu'il va subir le soin plutôt que... bah plutôt qu'y adhérer. Donc, c'est en
307 ça que la relation soignant-soigné elle est... elle est importante pour moi et que... et qu'il faut
308 euh essayer de faire adhérer au mieux qu'on peut le patient à ses... à ses soins. Sachant que
309 encore une fois il connaît mieux... généralement, ils connaissent bien mieux leur pathologie
310 que nous, parce que ça fait des années qu'ils traînent leur maladie. Ils connaissent leur
311 traitement, ils connaissent le circuit clinique, ils ont déjà fait euh 15 000 hôpitaux, 15 000

312 cliniques... donc en fait les discours qu'on leur donne, vis-à-vis euh des traitements, vis-à-vis
313 de ce qu'ils doivent faire etc.... De l'observance des traitements, ils l'ont déjà entendu plein de
314 fois et on n'en est pas à les emmerder si je puis dire, à les forcer à prendre un traitement juste
315 pour justifier, nous pour se sentir peut-être mieux euh en fin de journée en disant « *bon bah il*
316 *a pris tous ses médicaments, il est bien...* ». Non, ça c'est du... c'est du bullshit, faut les laisser
317 un peu... faut les laisser un peu tranquille en palliatifs, faut les écouter. C'est pas un
318 médicament qui va leur sauver la vie, ils sont pas là pour que leur vie soient sauve, ils sont, ils
319 sont là pour que... pour ne plus avoir mal, pour ne plus être anxieux et pour être accompagné.
320 Parce que aussi pour ne plus être seul, parce que certains patients aussi n'ont pas du tout de
321 famille. Donc c'est toujours mieux de mourir accompagné que de mourir seul

.

Annexe VI – Grille d’analyse des entretiens

Thèmes/IDE	IDE 1 Mathilde	IDE 2 Christine	ES M	IDE 3 Léo	IDE 4 Aurélien	IDE 5 Zacharie
Présentation	L. 6 « Alors je m'appelle Mathilde "nom", j'ai 34 ans, je suis infirmière depuis 13 ans » L. 8 « Euh, en pédopsychiatrie, j'ai fait que de la pédopsy » L. 10 « J'ai fait ma scolarité dans le Var et euh mes études infirmières à Marseille »	L. 5 « Oui donc euh, je suis Christine "nom", infirmière depuis euh 1987. » L. 7 « J'ai travaillé en clinique, en service de chirurgie, j'ai travaillé onze ans et demi en tant que directrice de crèche et puis 2004 en pédopsychiatrie, exclusivement. » L. 11 « Unité Parents-Bébé puis Hôpital De Jour et maintenant CMPEA. »	L. 7 « Alors je suis éducateur spécialisé euh depuis-depuis-depuis-depuis maintenant presque dix ans. Euh et donc je suis arrivé sur l'hôpital en 2022 donc ça va faire quatre ans que je suis sur l'hôpital ouais. Et au CMP même. » L. 11 « J'étais sur du médico-social, j'ai fait euh j'ai fait d'autres secteurs ouais ouais pour le coup euh la psychiatrie euh bah c'est-c'est une première expérience en psychiatrie »	L. 2 « je m'appelle Léo, je suis infirmier depuis 2023 euh en soins palliatifs depuis 5-6 mois maintenant. » L. 3 « Avant j'ai fait de la médecine polyvalente, de la gériatrie et de la psy, et un peu de santé publique mais c'était-c'était à l'étranger donc c'était ponctuel » L. 7 « À Valence, dans la Drôme, à l'IPSI de la Croix Rouge. »	L. 3 « Je suis Aurélien, je suis infirmier euh... euh depuis 2017 donc ça va faire dix ans. » L. 5 « J'ai fait euh 5 ans de médecine interne à Lapeyronne, euh... après j'ai fait de l'intérin, euh j'ai fait du pool, euh... et après bah je me suis orientée vers les soins palliatifs parce que euh c'est ce qui m'intéressait ces dernières années. »	L. 2 « J'étais trois ans et demi en EHPAD. Et avant ça j'ai fait un peu d'intérin. »
Les émotions soignantes	L. 15 « Pour moi euh, la place des émotions bah c'est... elle est... elle est importante surtout en psychiatrie » L. 16 « Elle est un peu centrale » L. 17 « Qu'est-ce que je vais ressentir par rapport à ce que le patient va amener ou la famille va amener »	L. 14 « Les émotions c'est euh... essentiel au travail. » L. 15 « On travaille avec, à partir des émotions. » L. 16 « Il faut pas se laisser envahir par les émotions » L. 17 « C'est un outil de travail. »	L. 16 « Elles sont au quotidien. » L. 17 « On travaille euh bah avec l'humain » L. 18 « Travailler avec l'enfant euh ça a beaucoup de sens » L. 21 « Je trouve qu'au niveau des émotions y a des choses qui passent. »	L. 15 « Je dirai pas que je la mets au centre de ma prise en charge mais c'est quelque chose qui m'aide. » L. 17 « J'essaie de voir ça comme quelque chose de positif et que je rejoue pas forcément » L. 19 « Le fait d'écouter ses émotions, c'est comme ça que aussi que tu vas avoir une... »	L. 15 « Elle est très importante. » L. 16 « La vie extérieure au boulot ça influe sur le boulot. Même si on voudrait pas ! » L. 18 « Le boulot qui influe sur la vie professionnelle... la vie personnelle ! » L. 22 « C'est important de-d'avoir des émotions... »	L. 21 « Elle est centrée, elle peut même prendre trop d'ampleur » L. 22 « Il faut essayer d'avoir euh... un maximum de justesse et mais pas trop non plus. » L. 25 « on est humains je veux dire on est obligé d'être dans... de ressentir des... »

Thèmes/IDE	IDE 1 Mathilde	IDE 2 Christine	E.S. M	IDE 3 Léo	IDE 4 Aurélien	IDE 5 Zacharie
Les émotions soignantes La place des émotions	L.41 « Je veux pas être insensible à ce qui m'est raconté mais d'un autre côté j'ai besoin quand même de me protéger » L.45 « On apprend quand même à se protéger, mettre un peu de distance »			... bonne relation avec ton patient.» L.20 « Se sentir touché par la situation d'un autre bah c'est comme ça que du coup tu te mets à sa place et que t'essaies de prendre en charge de la meilleure euh la meilleure façon possible.» L.24 « Ça peut être quelque chose de positif qui te booste ou ça peut être quelque chose qui te plombe un peu » L.25 « Faut s'écouter, faut être capable de se mettre en retrait et euh voilà passer la main à un collègue » L.27 « C'est quelque chose que... qui est central à ma prise en charge » L.30 « C'est quelque chose de nécessaire pour être justement humain » L.34 « J'ai toujours été quelqu'un (...) qui arrive à mettre des mots sur les choses »	L.22 « C'est d'avoir des émotions, de les écouter et en même temps faut pas qu'elles te submergent. » L.48 « Depuis que j'ai mon gosse ça fait vraiment un bon gros décalage de... bah-bah d'être euh d'être dans la... dans la maladie et la mort toute la journée et euh quand tu rentres c'est la vie euh... Bah la vie euh à l'état brut chez les enfants, ça fait des bons contrastes »	L.25 ... émotions, d'éprouver des émotions mais c'est savoir les gérer. » L.32 « Pas loin de la mort que bah il se passe plus de-de vivant si je puis dire parce qu'il y a plus de communication » L.39 « C'est central en tout cas dans notre métier. » L.40 « Un infirmier, un aide-soignant, un médecin, on doit quand même être... bah on doit avoir de l'empathie, on est là pour aider les gens, pour un peu les soigner, les accompagner quand on peut pas les soigner »

Thèmes/IDE	IDE 1 Mathilde	IDE 2 Christine	E.S M	IDE 3 Léo	IDE 4 Aurélien	IDE 5 Zacharie
Les émotions soignantes	L.28 « Des histoires de vie avec des enfants qui sont très euh... carencés, des histoires de vie très difficiles » L.30 « Ça peut être compliqué euh... en termes d'empathie parce que... bah des fois on se... on a un transfert quand même qui est important » L.33 « Leur déresse elle-elle nous touche aussi. En tous cas moi elle me touche quoi » L.40 « Il faut réussir à trouver l'équilibre »	L.26 « Cette petite fille avait deux ans et elle avait été retirée à sa mère, elle avait été placée » L.27 « La maman elle avait eu également un parcours d'enfant placé. » L.33 « Elle avait été en famille d'accueil donc y avait beaucoup euh en tout cas chez la maman y avait énormément d'émotions » L.39 « Ça a amené énormément d'empathie avec la maman par rapport à son histoire. » L.47 « C'était émotionnellement euh difficile et-à la fois elle venait rejeter sur moi tout sa colère » L.48 « J'étais à la fois son soutien et à la fois son punching ball. » L.51 « C'était...la position que je devais avoir pour elle dans cette situation et c'est qu'on est-on a du mal après à être satisfait de- de son travail. »	L.32 « Son histoire de vie était touchante » L.35 « C'est une injection retard à-qui-qui le... bah qui lui-qui pouvait, de ses dires à lui hein, provoquer on va dire des -des soucis au niveau-au niveau sexuel »	L.49 « Un monsieur (...) dont je m'occupais énormément » L.50 « Je lui faisais une prise en charge complète parce qu'il avait des pensements, tout ça donc le matin, je lui faisais sa douche, je lui faisais ses pensements on discuter... » L.52 « On a entre guillemets un peu sympathisé ensemble quoi parce que bah forcément ici on est là presque tous les jours, en sept heures » L.55 « Au fil du temps voilà on a créé quand même une certaine relation, un certain lien » L.59 « C'était assez brutal » L.63 « Lui dire au revoir comme ça de manière un peu brutale ça a été compliqué parce que bah c'était quelqu'un qui-qui faisait un peu partie de mon quotidien en fait du coup et jour au lendemain il disparaît. »	L.28 « Lui il disait qu'il était pas toxicomane mais euh mais euh nous on avait des doutes parce que voilà il était très résistant et à la morphine et au midazolam » L.33 « Tu passes ton temps avec lui mais t'as onze autres patients dans les lits qui sont pas biens et donc t'as pas le temps avec eux. » L.38 « Parallelement je- je viens d'avoir un enfant donc du coup je dormais pas bien » L.39 « Et ça ajoute de l'instabilité euh émotionnelle et tout ça et... les deux-les deux réunis bah ça fait un bon petit cocktail. Fatigant. »	L.50 « La communication non verbale était plutôt présente mais euh verbale euh... la communication non verbale (verbale) n'était pas présente » L.52 « La famille c'était une famille euh d'infirmeries, elle -la patiente- était aussi infirmière. » L.53 « Elle avait deux sœurs euh elles étaient vraiment pour la fin de vie et en fait même carrément pour l'euthanasie » L.90 « Et en fait c'est le problème ; qu'on a jamais pu recueillir, à elle, son consentement et on pourrta toujours se dire peut-être qu'elle voulait pas mourir. » L.94 « Il y a un goût d'inachevé et d'injustice presque parce que bah... même si on sait où on va... est-ce que la dame elle a choisi ? » L.121 « Je pensais vraiment, tout naïvement. »

Thèmes/IDE	IDE 1 Mathilde	IDE 2 Christine	E.S M	IDE 3 Léo	IDE 4 Aurélien	IDE 5 Zacharie
Les émotions soignantes Une situation où les émotions ont été mobilisées		L.60 « Un enfant il renvoie des choses mais on (...) il va être euh... plus euh...facilement dans une demande d'aide (...) dans un désir. » L.63 « Les adultes, souvent la souffrance est tellement ancrée, tellement (...) inscrite en eux que c'est plus difficile de-dés fois d'avoir accès.»		L.70 « dans ses derniers moments il nous a énormément énormément parlé de vous euh même il disait votre prénom en boucle, en essayant d'attraper en l'air comme ça » L.75 «J'ai mon cœur qui s'est serré, j'ai eu la gorge pareil comme ça, j'ai fait demi-tour (...) j'ai tourné les talons et je suis allé chialer aux toilettes quoi pour "souffler", faire sortir tout ça et puis voilà évacuer, je vais fumer une clope et puis voilà j'ai repris quoi.» L.81 «Je me rends compte que... bah je comptais vraiment pour ce monsieur et que moi aussi je l'appréciais beaucoup.» L.83 « oui tu sais pour moi t'es pas juste le petit infirmier du coin, t'es devenu un ami » L.92 « Fais attention à ne pas trop non plus créer du lien » justement même si ça fait partie de ma personne...		L.126 «Je sais que si demain ça se reproduit, déjà je saurais mieux agir, je saurais être beaucoup plus prudent, vigilant et euh, je serais un peu plus « bliné »

Thèmes/IDE	IDE 1 Mathilde	IDE 2 Christine	E.S M	IDE 3 Léo	IDE 4 Aurélien	IDE 5 Zacharie
Les émotions soignantes Une situation où les émotions ont été mobilisées				L.92 « Ça fait partie de ma personne et que moi j'aime avoir du lien avec les gens.» L.94 « J'ai besoin de pousser un peu plus, en tout cas quand je peux, si j'ai l'occasion de le faire je le fais avec grand plaisir quoi parce que je trouve que c'est quelque chose qui apporte beaucoup aux patients » L.99 « t'es en pallia' donc des décès tu vas en avoir d'autres et voilà. Et des gens sympas tu vas sûrement en rencontrer d'autres dans ce service et ils vont partir aussi, il va falloir faire la part des choses quoi »		

Thèmes/IDE	IDE 1 Mathilde	IDE 2 Christine	ES M	IDE 3 Léo	IDE 4 Aurélien	IDE 5 Zacharie
La Posture Définition de la posture	L.53 « Ça m'évoque un peu la-la question peut-être de la distance de... soignant-soigné » L.56 « Ce qui est important c'est d'être en conscience de ce qu'on fait, de ce qu'on ressent. » L.60 « Y a pas de juste-distance ou de posture euh... fixe à tenir (...) en tout cas sur la pédopsychiatrie » L.62 « Il faut être en accord avec soi-même, avec ses propres limites » L.66 « Et des fois on se casse un peu là... là minette et puis on... la fois d'après bah on arrive à mieux à ajuster quoi. »	L.77 « J'ai pas euh de... je dirai de définition euh... très carrée. » L.78 « Pour moi avoir une posture professionnelle, c'est euh... c'est euh... jamais oublier qu'on est infirmière. » L.79 « On est des professionnels, on est des gens qui sont là pour soigner. »	L.43 « Tout le monde a sa propre posture » L.45 « Y a pas UNE posture professionnelle type ou une posture professionnelle plus adaptée qu'une autre. » L.48 « Pour moi c'est euh... c'est ne pas envahir l'autre euh, savoir garder pour soi. » L.49 « Il peut y avoir du transfert, il peut y avoir du voilà des partages de-de-d'expérience de vie etc mais sans... sans trop on va dire polluer euh polluer le patient. »	L.105 « Pour moi la posture professionnelle c'est quelque chose qui... qui est assez maléable justement. » L.106 « D'un patient à l'autre euh tu vas pas avoir la même posture » L.109 « Le fait d'être un homme, d'être une femme, selon les patientes ça passe plus ou moins bien. » L.112 « Si t'as des familles ultra procédurières, qui sont tout le temps derrière toi etc... bon bah là tu vas essayer de... tu vas faire très attention, faire attention à ce que tu dis, à ce que tu fais. » L.113 « Si c'est des familles un peu plus cool bon bah en fait voilà tu rentres dans la chambre plus serrement » L.107 « En fonction de... de la posture que tu vas voir, je trouve que la prise en soin elle est plus ou moins qualitative »	L.55 « La posture professionnelle, je dirai que c'est un-un positionnement qu'il faut prendre... qui-qui et qu'il est recommandé » L.56 « Je sais pas si c'est obligatoire mais je pense que c'est mieux » L.61 « Avoir une posture qui reste euh... et qui permette la prise en soin de manière la plus euh... comment dire euh... objective »	L.134 « Notre posture professionnelle en tant qu'infirmier c'est ce que je disais un peu en début, c'est vraiment en fait trouver euh trouver la juste-distance » L.135 « On peut pas être des machines, des robots, on peut pas euh être voilà totalement dénué de sentiments lorsqu'on fait un soin mais à côté de ça faut pas rentrer, faut pas transposer » L.143 « Tout va être une question de-de justesse, c'est-à-dire « empathie ? » suffisamment pour que dans nos soins et pour notre relation avec le patient bah on fasse les choses au mieux. » L.145 « Plus le patient il se sent bien avec nous, il se sent en confiance, un peu proche, plus il adhère aussi au projet un peu de soins thérapeutique »

Thèmes//IDE	IDE 1 Mathilde	IDE 2 Christine	E.S M	IDE 3 Léo	IDE 4 Aurélien	IDE 5 Zacharie
La Posture	Définition de la posture			L.120 « On dit qu'il faut s'éloigner de ses émotions, les mettre-là, laisser au vestiaire tout ça, mais moi je suis pas forcément d'accord avec ça.» L.122 «Moi je sais que mes meilleures prises en charge c'était avec les patients avec qui justement j'avais un bon relationnel, avec qui euh j'allais un peu au-delà de la posture professionnelle, j'allais un peu dans l'affect mais pas trop non plus.» L.159 «C'est des personnes avec qui du coup j'ai créé une super relation confiance.» L.145 «Si t'as quelque un de fermer OK faut respecter ça et faut garder la distance, y a pas de soucis, tu rentres pas dans son intimité» L.137 «C'est comme ça que tu crées du lien, tu crées de la confiance et que derrière le soin ça va plus vite»		L.150 «l'émotion faut savoir la... faut savoir la gérer et il faut avoir la bonne distance euh... ni être trop dans l'émotion et ni euh ni pas assez quoi.»

Thèmes/IDE	IDE 1 Mathilde	IDE 2 Christine	ES M	IDE 3 Léo	IDE 4 Aurélien	IDE 5 Zacharie
La Posture L'influence du vécu émotionnel sur la posture	L.70 « J'ai eu des situations ça m'a ramené quelque chose vraiment de très personnel et où j'ai dit non bah voilà je préfère pas avoir la référence de cet enfant »	L.87 « Le vécu personnel est toujours présent. » L.89 « Il peut influencer la posture professionnelle si-si on en est pas conscient. » L.92 « Dans l'expérience on finit par mieux se connaître et puis connaître ses points faibles mais je pense que c'est surtout un travail euh personnel. » L.96 « C'est aussi pour faire la part de ce qui nous appartient et ce qui... est du patient. Et du soignant. »	L.55 « Qui on est, ce qu'on est, comment on s'est fait à, forcément un impact sur-sur ouais sur notre manière de-être, professionnellement parlant » L.57 « Je suis intimement persuadé que notre vécu fait-fait qui on est sur le-sur le-sur le-sur le champ professionnel »	L.142 « Que ce soit du côté professionnel ou côté personnel, on a des situations où... qu'on a... qu'on a pu potentiellement plus ou moins... déjà-on les a déjà vécues » L.144 « Des fois y a des espèces de-de transfert, de choses comme ça qui sont difficiles à... qui sont difficiles à gérer » L.145 « Il vaut mieux pouvoir déléguer à un collègue quand t'en as la possibilité » L.146 « Je dirais pas que ça l'influence directement c'est plus euh ça va m'influencer moi plutôt sur mon état... sur mon état émotionnel à moi » L.148 « Des fois ça va me mettre dans des grandes réflexions, dans des états un peu d'anxiété ou des choses comme ça » L.150 « Des fois c'est un peu plus difficile parce que ça te rappelle un truc euh traumatisant »	L.69 « Si t'arrives avec pas mal d'anxiété (...) et que tu fais pas attention à comment tu (...) es quand tu rentres dans une chambre, tu peux véhiculer cette anxiété » L.73 « Ça agit dans les deux sens et ça peut être positif ou négatif aussi, selon comment tu le vis. »	L.195 « J'ai un petit frère qui a eu un cancer (...) mais tu vois là rien rien que le fait d'en parler je transpose » L.196 « De l'expérience de vie on se fait la transposition. » L.210 « Indirectement (...) on ramène des choses de notre vécu dans notre profession, mais euh mais c'est pas un mal, faut savoir juste le gérer. » L.232 « Je suis avec des personnes en fin de vie (...) y a moyen l'urgence vitale, y a moins le côté à sauver coûte que coûte, que lorsqu'on se retrouve avec des enfants » L.239 « C'est pas humainement et-et logiquement et éthiquement dans l'ordre des choses qu'un enfant meurt » L.254 « On doit prendre en soin tous les patients de la même manière. »

Thèmes/IDE	IDE 1 Mathilde	IDE 2 Christine	ES M	IDE 3 Léo	IDE 4 Aurélien	IDE 5 Zacharie
La posture	L.78 « Je pense que c'est l'expérience en premier point. » L.79 « Le fait d'être en équipe (...) On met beaucoup de... de mots sur ce qu'on ressent, sur euh...bah les différents regards aussi » L.82 « L'outil de... d'analyse des pratiques » L.86 « Ça devient un outil rare, ça c'est dommage parce que du coup sans... en fait si-si on nous enlève ces espaces euh... de pensée euh... de réunion clinique euh... ou ces espaces dans le couloir où on peut juste échanger sur ça (...) c'est là où on va perdre la possibilité d'être dans une posture réflexive par rapport à notre relation avec euh... le patient par rapport à notre posture. »	L.100 «En restant infirmière.» L.103 «Il peut toujours y avoir des... des petits glissements.» L.105 «Le patient nous voit toujours comme l'infirmière.» L.109 «C'est compliqué de... de sortir de ce... de ce statut là»	L.61 «Je pense que l'équipe ça aide euh à pas trop déborder.» L.64 «D'ou je pense la richesse de pouvoir avoir une équipe pluridisciplinaire aussi.»	L.159 «C'est un concept qui m'a toujours un peu... un peu fait grincer des dents» L.162 «Il faut quand même mettre cette distance pour ne pas justement être trop impacté par les événements» L.164 «C'est un truc qui est primordial pour être capable de couper quand tu sors de ta clinique» L.169 «Quand je sors de la clinique, que je pose ma blouse au vestiaire bah le monsieur j'y pense plus quoi. Ou vraiment j'ai une petite pensée vite fait, voilà sur le chemin du retour. »	L.77 «Parfois je sais pas si elle est juste» L.78 «Les recommandations des sociétés savantes c'est euh c'est euh 5 patients pour un binôme infirmier/aide-soignant. Euh... ici, on est à 6 patients pour un binôme infirmier/aide-soignant» L.85 «Faut aussi gérer l'émotionnel des familles, gérer l'émotionnel des patients, gérer l'émotionnel des patients après le départ des familles» L.89 «Je sais pas si parfois la distance est juste ou pas juste. Euh après euh en tout cas j'essaie d'y faire attention. »	L.161 «Peut-être désamorcer la situation par de l'humour» L.166 «Essayer de-de fuir par nos autres obligations» L.169 «Personnellement, j'ai pas assez d'expérience pour me dire que j'ai telle ou telle méthode pour euh pour rester dans le juste milieu émotionnel» L.171 «Des fois en fait on va peut-être déborder parce qu'on va s'attacher un patient plus qu'à un autre et on va se le faire remarquer.» L.176 «Si on est pas capables par exemple de-d'estimer qu'on fait un soin de la manière la plus neutre possible à un patient bah autant passer le relais à son-d son collègue si ça nous pèse »
Maintenir une juste-distance dans la relation de soin						

Thèmes/IDE	IDE 1 Mathilde	IDE 2 Christine	E.S M	IDE 3 Léo	IDE 4 Aurélien	IDE 5 Zacharie
La posture Maintenir une juste-distance dans la relation de soin				L.177 «Quand tu rentres chez toi t'es encore à fond dessus et ça continue de moudre dans ton crâne et tout bah après tu... Ça te dégoûte en fait tout simplement et puis c'est comme ça que tu finis en burn out, c'est comme ça que ouais tu te dégoûtes du métier» L.180 «Je pense qu'il faut se questionner sur soi-même d'abord et puis après potentiellement voilà s'arrêter un petit peu euh pour mieux reprendre derrière» L.190 «Il y a forcément plus d'appréhension dans ta prise en soin (avec les enfants)» L.207 «Les enfants j'aime bien m'en occuper, mais pas forcément dans le domaine de la santé» L.211 «Dans ma vie perso j'ai fait un petit frère, j'ai une petite sœur qui sont assez jeunes euh voilà le fait de les imaginer dans un état comme ça, ça ça m'angoisse »	L.105 «Je voulais travailler avec les enfants et j'ai fait mon stage pré-pro en-aux urgences pédiatriques. Et euh...j'ai pris une grande claque. » L.111 «C'est à ce stage où j'ai eu moins le sentiment d'inutilité quoi.» L.114 «Parfois tu sais pas vraiment pour quoi tu fais les soins etc. Tu perds-tu perds vite du sens» L.123 «Je pense que moi j'ai pas forcément les compétences.»	

Thèmes/IDE	IDE 1 Mathilde	IDE 2 Christine	E.S M	IDE 3 Léo	IDE 4 Aurélien	IDE 5 Zacharie
La relation de soin	Définition de la relation de soin L.96 « Pour moi, elle est capitale. » L.97 « C'est vraiment ce qui va faire que... on va pouvoir être soignant ou non » L.100 « Moi je travaille avec euh... avec ça, avec les émotions, avec la relation. »	L.112 « La relation de soin... elle est... essentielle. » L.112 « Le soin commence par le, par-déjà le-le relationnel avec les transferts, avec l'échange qu'on peut avoir, avec l'alliance... euh la mise en confiance du patient. » L.114 « Par l'écoute mais aussi euh par l'empathie qu'il peut ressentir de notre part. »	L.73 « Je la définis comme euh comme l'axe » L.79 « Il y a des échanges qui se font, il y a des retours qui se font du patient je trouve que c'est-c'est là où je vois la relation ouais la relation de soin. »	L.220 « Ma relation de soin je vois l'adapter, fin elle va être... différente en fonction de chaque personne » L.222 « Une personne très avenante ça va me donner envie d'être avenant avec elle, une personne qui t'est pas ça va me demander un effort » L.230 « Si toi-même t'es pas dans un... un bon état psychologique à ce moment-là bah ta relation de soin elle peut être un peu détériorée »	L.145 « La relation de soin pour moi c'est la confiance que tu arrives à établir euh... avec le patient. »	L.263 « C'est une relation donc elle doit aller dans les deux sens. » L.269 « D'autant plus en palliatifs que dans les autres services, on doit vraiment prendre en compte euh leurs besoins et leur mécontentement et leurs non-besoins » L.276 « Dans la relation du soignant et-et soigné, il faut vraiment qu'on soit... pas élitaires, faut pas qu'on soit dans-dans du forcé, faut... faut essayer d'adhérer (...) au maximum dans le sens du patient. » L.284 « Essayer d'être dans une euh alliance thérapeutique, qu'elle même à un soin... sur du long terme, qu'elle mène juste à un réconfort euh ou un soin de confort. »

Thèmes/IDE	IDE 1 Mathilde	IDE 2 Christine	ES M	IDE 3 Léo	IDE 4 Aurélien	IDE 5 Zacharie
Les émotions influencent la relation de soin Facteurs qui pourraient influencer la relation de soin	L.113 « Le fait de pouvoir avoir un espace de réflexion par rapport à la situation clinique... euh... pour notre côté soignant » L.115 « Le contexte familial, ça va être euh... euh... le désir ou non de l'enfant ou l'ado d'être en soins » L.117 « C'est multifactoriel en fait »	L.124 « Le premier moment où on se rencontre. Et puis euh l'attitude » L.127 « Le transfert des deux côtés mais euh... c'est difficile si on a pas l'attitude des familles » L.132 « Il va par défense aller à à l'encontre de ce qu'on peut proposer. Qu'on peut apporter. »	L.85 « Pour des patients qui (...) sont placés en foyer ou autre euh on peut avoir des fois des familles qui sont pas mobilisables » L.90 « Ça peut être aussi les institutions » L.91 « Toute institution a des-des incohérences et des paradoxes »	L.237 « C'est... comment la personne se comporte avec toi, comment toi tu as envie de te comporter avec elle euh... en tant que soignante » L.239 « Quand t'es soignant, t'as envie de faire les choses bien et du coup tu vas adapter ta... ta position et euh... pour essayer d'avoir la meilleure relation possible avec ton patient quel qu'il soit » L.242 « Ça passe par ouais soit déléguer à tes collègues ou essayer de comprendre qu'est-ce qui fait que ça fonctionne pas avec ce monsieur ou cette madame, qu'est-ce que tu peux faire pour moi pour améliorer ça, pour changer ça » L.246 « La relation que t'as avec tes patients c'est ce qui va amener la confiance et c'est ce qui va amener une prise en charge qualitative » L.253 « Trouver un peu de positif dans toutes ces galères »	L.156 « Pour mettre en place une bonne relation de soin, il faut pas trop de patients par soignant pour euh pour avoir le temps de se poser, de discuter » L.158 « Pas trop de stress euh dans l'environnement » L.160 « Faut être volontaire » L.160a « J'ai vu des collègues qui en ont pas forcément grand-chose à faire, qui font juste ce qui est prescrit et qui... voilà qui se posent pas de questions » L.162 « Faut se questionner » L.167 « J'ai le temps de proposer euh savoirs si euh ils sont absolument conciliants avec les soins que je vais faire »	L.299 « Faut pas non plus trop s'attacher » L.301 « Nous on fera quoi qu'il arrive le-notre devoir, on soignera le patient de la même manière » L.307 « Il faut euh essayer de faire adhérer au mieux qu'on peut le patient à ses... à ses soins » L.316 « Ça c'est du... c'est du bullshît, faut les laisser un peu... faut les laisser un peu tranquille en palliatifs, faut les écouter. » L.317 « C'est pas un médicament qui va leur sauver la vie, ils sont pas là pour que leur vie soit sauve, ils sont, ils sont là pour que... pour ne plus avoir mal, pour ne plus être anxieux et pour être accompagné » L.321 « C'est toujours mieux de mourir accompagné que de mourir seul »

De l'empathie à la résonance émotionnelle : construire une juste distance dans la relation de soin. Ce travail de fin d'étude a été réalisé à la suite d'une situation, vécue lors d'un stage de deuxième année, liée à la projection d'un enfant sur un adulte, sur un soignant. De cette situation en découle plusieurs interrogations dont la question de départ suivante : « Comment le vécu émotionnel de l'infirmier impacte-t-il sa posture professionnelle et son implication dans la relation de soin ? ». Afin de répondre au mieux à mes questions, j'ai élaboré un cadre de référence divisé en trois points : les émotions soignantes, la posture professionnelle et la relation de soin. Ensuite, j'ai réalisé six entretiens semi-directifs avec des soignants originaires de deux services bien distincts, en m'aidant de la méthode clinique. J'ai pu alors rédiger une analyse croisée tout en mettant en lien les dires des soignants avec certains éléments de mon cadre de référence. Au fur et à mesure de l'analyse, il paraît inévitable que les émotions constituent un enjeu majeur dans la construction de la posture professionnelle et de la relation de soin. Désormais, une question de recherche est mise en avant : « Comment l'infirmier trouve-t-il un équilibre entre implication émotionnelle et posture professionnelle ? ».

(191 mots). **Mots clés :** émotions, posture professionnelle, relation de soin, vécu émotionnel.

From empathy to emotional resonance : building the right distance in the caregiving relationship. This final assignment was carried out following a situation, experienced during a second-year internship, related to the projection of a child on an adult, on a caregiver. From this situation, several questions arise, including the following starting question : « How does the emotional experience of the nurse impact his professional posture and his involvement in the caregiving relationship? ». In order to answer my questions, I have developed a reference framework divided into three points: nurse's emotion, professional posture, and caregiving relationship. Then, I conducted six semi-structured interviews with caregivers from two very different departments, using the clinical method. I was then able to write a cross-analysis while linking the statements of caregivers with certain elements of my work research. As the analysis progresses, it seems unavoidable that emotions are a major issue in the construction of professional posture and caregiving relationship. Now, a research question is highlighted: How does the nurse find a balance between emotional involvement and professional posture ? .

(173 words). **Keywords :** emotion, medical posture, the relationship between the carer and the patient, emotional experience.