

Institut de Formation en Soins Infirmiers

EVALUATION UE 5.6 S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

L'exercice professionnel en EHPAD : Un art relationnel à travers les émotions



NOM ETUDIANT : Mr JUSTET Morgan

NOM DIRECTEUR DE MEMOIRE : Mme BUFFE Carine

Promotion : 2017- 2020

Date de rendu : 24 MAI 2020

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

Remerciements

Ce travail de fin d'étude n'aurait pas pu voir le jour sans l'aide précieuse, de nombreuses personnes. C'est pourquoi, je tiens à remercier toutes celles et ceux qui m'ont aidé et encouragé tout au long de son élaboration.

Je tiens à témoigner toute ma reconnaissance à ma directrice de mémoire Mme Buffe Carine, pour son soutien, ses encouragements, ainsi que ses précieux conseils lors de la réalisation de ce travail.

A tous les professionnels qui ont accepté de me faire partager leur expérience.

Je remercie particulièrement ma famille à travers Clara et Mélissa qui ont dû contenir leurs fougues durant mes nombreuses heures de travail pour maintenir du calme au domicile. Et naturellement ma compagne Bénédicte, qui a dû s'armer de patience pour me soutenir durant mes années d'études et réguler mes émotions. De plus elle m'a permis d'avoir un œil extérieur, neutre et bienveillant sur ce travail de mémoire par ses lectures et relectures de mes écrits au fur et à mesure de mon avancée.

Enfin, je remercie mes amis et camarades de promotion pour ces trois années passées ensemble, dans les meilleurs moments comme dans les pires.

À tous et toutes un grand merci !

Table des matières

INTRODUCTION	1
1 SITUATION D'APPEL.....	3
2 QUESTIONNEMENT.....	6
3 CADRE DE REFERENCE.....	7
3.1 LES EMOTIONS.....	7
3.1.1 <i>Qu'est-ce qu'une émotion ?</i>	7
3.1.2 <i>Les émotions dans le soin</i>	8
3.1.3 <i>Les émotions et le professionnalisme</i>	9
3.2 LA PERSONNE AGEE EN INSTITUTION.....	10
3.2.1 <i>Les personnes âgées</i>	10
3.2.2 <i>La représentation sociale</i>	11
3.2.3 <i>L'institution : les EHPAD</i>	12
3.3 LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE.....	13
3.3.1 <i>Définition</i>	13
3.3.2 <i>La communication</i>	14
3.3.3 <i>Relation soignant - résident en EHPAD</i>	15
4 PHASE EXPLORATOIRE	18
4.1 PRESENTATION DE LA METHODE	18
4.2 ANALYSE DES DONNEES	20
4.2.1 <i>Talon sociologique</i>	21
4.2.2 <i>Entretien n°1 avec Iris</i>	22
4.2.3 <i>Entretien n°2 avec Violette</i>	23
4.2.4 <i>Entretien n°3 avec Rose</i>	26
4.2.5 <i>Entretien n°4 avec Lilas</i>	29
4.3 ANALYSE THEMATIQUE	32
4.3.1 <i>Au sujet de la personne âgée en EHPAD</i>	32
4.3.2 <i>Au sujet de la relation infirmier-résident</i>	34
4.3.3 <i>Au sujet des émotions</i>	37
4.4 ANALYSE CRITIQUE DE L'ENQUETE EXPLORATOIRE	41
5 PROBLEMATIQUE.....	43

CONCLUSION	46
BIBLIOGRAPHIE	48
ANNEXES	50

Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, le vieillissement est un phénomène planétaire. Les personnes dites âgées de soixante ans ou plus sont celle qui augmentent le plus vite et les prévisions vont en ce sens, elles représentent 14% de la population mondiale actuellement, pour atteindre 20% en 2025 et près de 30% en 2050. En France, les personnes âgées sont grandes consommatrices de l'offre de soin à travers l'hôpital, le domicile ou les hébergements spécialisés.

Le terme de personne âgée est employé le plus fréquemment pour qualifier les personnes en âge avancé, les vieux, les retraités, les séniors autant de qualificatif pour représenter ou catégoriser une population mais finalement ne sommes-nous pas tous « âgé » de notre propre âge. Des lieux sont dédiés à l'accueil de cette population quand le maintien à domicile n'est plus possible, ils sont appelés Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), anciennement maison de retraite ou hospice, voir même « mouvoir » dans le langage populaire. On confère à cette structure un rôle de lieu de vie, mais paradoxalement, c'est également un lieu de fin de vie pour ne pas dire de mort.

Autant de terme pour catégoriser une population et leur lieu d'accueil, sûrement lié à l'image véhiculée par la personne âgée tellement opposée aux idéaux prônés par notre société tel que l'éternelle jeunesse, l'activité professionnelle, le bien-être et la santé et bien d'autres choses encore.

Je suis sûrement motivé par mon passé professionnel d'aide-soignant en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), par mes observations en stage d'étudiant en Soins Infirmier, et par ma future fonction qui va me conduire à réintégrer ma structure professionnelle dans une équipe de soins gériatriques avec de nouvelles responsabilités. Je peux également confesser une motivation plus inconsciente, que constitue ma propre finitude, comme tout en chacun je suis une personne âgée en devenir, et m'interroger sur un avenir plus ou moins lointain et surtout incertain.

Dans un premier temps, je décris la situation qui m'a interpellé au cours d'un de mes stages. Cette situation m'a permis de prendre une position réflexive sur une pratique de terrain. Cette réflexion a fait naître ma thématique et en ressortir ma question de départ.

Dans un second temps, j'expose le cadre conceptuel que j'ai sorti de la littérature afin de m'appropriier les notions et en favoriser la compréhension à travers les termes d'émotion, la personne âgée en institution et enfin la relation soignant/soigné.

Afin de confronter ma problématique et les théories avec le terrain, je présente la méthode d'exploration retenue. Puis à travers les témoignages des professionnels de terrain en lien avec les théories je fais une analyse permettant de confirmer ou non des concepts, d'établir des nouvelles théories, de créer de nouveaux axes réflexifs.

1 Situation d'appel

La situation présentée est apparue lors d'un stage de Service Longue Durée en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agée Dépendante.

Dès les premiers jours dans la structure je m'emploie à déterminer les patients que je vais gérer au cours de mon stage. En assistant l'infirmière dans la structure je repère Mme O. avec laquelle le 1^{er} contact s'est fait facilement et naturellement entre elle et moi, de la façon suivante :

Je me présente « Bonjour, je suis Morgan, je suis étudiant infirmier, je serai en stage 5 semaines dans cette établissement ».

Mme O. répond « Bonjour, je suis Mme O., je suis enchantée, et votre stage se passe bien ? »

Je prends le temps de lui répondre malgré la distribution des traitements du matin, l'infirmière du service décide de s'éclipser pour continuer son tour, voyant la discussion s'éterniser afin de ne pas être en retard dans son organisation. La conversation a duré un certain temps nous avons échangé sur des sujets tel que son petit déjeuner, la décoration de sa chambre. En fin de journée l'infirmière me demande de choisir 3 patients à prendre en charge pour les soins d'hygiène et de confort, la distribution des traitements et les soins infirmiers. Spontanément et naturellement je réponds Mme O. car c'est la seule qui a marqué mon esprit par l'échange que l'on a eu précédemment, l'infirmière n'en semble pas étonnée ayant remarqué ce 1^{er} contact entre Mme O. et moi.

Le lendemain je lui demande au moment de la distribution du petit déjeuner si elle ne voit pas d'inconvénient à ce que je la prenne en soins. Elle me répond positivement.

Je prends en soins Mme O. âgée de 95 ans, entrée depuis 6 mois dans la structure, en provenance d'un Service de Soins et de Rééducation par suite d'une opération pour une occlusion intestinale liée à une hernie crurale. Elle vivait chez sa fille dans une dépendance depuis qu'elle était devenue veuve il y a 13 ans. Je réalise auprès de Mme O. des soins relevant du rôle propre qui consiste à réaliser une aide à la toilette et du rôle prescrit dont la surveillance, la réfection de pansement et la distribution de son traitement. Je réalise les actes tous les jours du lundi au vendredi, pendant les 4 semaines de stage qu'il me reste à réaliser. De plus, je décide de passer plus temps auprès d'elle dans les moments où l'activité infirmière est plus calme dans le service, afin de réaliser mon recueil de données dans le projet de réaliser ma démarche clinique sur cette patiente.

Elle est très sociable, discute très facilement et apprécie de converser. Je lui pose des questions sur sa vie, sa famille, ses activités elle répond sans détour naturellement, parfois elle fait preuve d'humour et de second degré. Elle m'interroge également sur ma vie, ma formation et mes hobbies. Elle est bien orientée dans le temps et l'espace. Elle apprécie également qu'on lui mette de la crème hydratante et anti-ride détail qui a son importance dans la situation.

La relation évoluant dans le temps, petit à petit, un réel lien de confiance s'est tissée entre elle et moi. Mais au fur et à mesure, au détour de nos discussions, elle verbalise des propos qui m'interpelle à caractère anxieux ou dépressif tel que :

« Je veux partir »

« J'en ai marre je ne peux rien faire »

« Peut-être demain je ne serai plus là »

Elle se met à pleurer lorsque qu'elle verbalise ces propos.

Elle conclue généralement par la phrase : « Pourquoi je suis là, je ne suis pas malade comme les autres ? ».

Dans un premier temps j'ai ressenti de la gêne, je dois l'avouer, la vue d'une personne pleurante cela me gêne car je ne sais pas la réaction que je dois adopter, je dois la reconforter comme un proche et la prendre dans mes bras, impossible ce n'est ni le lieux ni un de mes proches, mais néanmoins elle pleure et il faut l'aider, je suis étudiant infirmier et je me retrouve face à une personne âgée qui pleure, après des propos dont je n'ai pas de réponse. Face aux maux de Mme O. les mots me manquent je préfère à ce moment-là me réfugier dans la fuite en m'efforçant de changer de sujet, utilisant souvent le thème des enfants et petits-enfants.

Ma stratégie fonctionne à court terme, elle s'arrête de pleurer et me parle de sa fille qui va venir la voir l'après-midi ou de ses petits enfants dont elle est très fière et les soins se terminent sans aucun autre problème, elle esquisse même quelques sourires et me remercie pour les soins prodigués. Néanmoins je suis conscient que le problème subsiste puisque les jours qui suivent les propos continuent, la situation se répète chaque jour invariablement.

Je décide de questionner l'équipe du service à ce sujet et effectivement l'adaptation depuis son entrée est difficile, Mme O. présente un désir de rester isolée dans sa chambre toute la journée malgré les sollicitations du personnel régulièrement pour les activités d'animation, mais elle ne sort que pour les repas en salle en manger le midi. Le repas du soir est pris dans sa chambre à sa demande car elle souhaite être couchée en fin d'après-midi.

Je sollicite la psychologue du service pour échanger sur le sujet, elle m'indique que c'est une personne solitaire mais qu'elle possède un désir d'attention et réclame souvent le médecin rapidement au moindre problème de santé ou changement d'état, ce qui semble indiquer de son point de vue un maintien de son élan vital certain. En effet, il me revient à l'esprit certain détail tel le fait qu'elle réclame sa crème hydratante et anti-ride ce qui semble indiquer une nécessité de prendre soin d'elle à travers son image.

2 Questionnement

En prenant du recul par rapport à cette situation je désignais clairement une situation de demande de la patiente, qui se caractérise par des propos anxieux chez Mme O., et ma réaction face à cette détresse fût l'évitement avec le changement de sujet et en m'efforçant d'en éviter le retour. Mais malgré mon énergie, les jours qui suivent la même situation s'est invariablement répétée ce qui indique le maintien de l'angoisse. Mes représentations en particuliers mon expérience (mes habitudes) et surtout mes stéréotypes sur la vieillesse, mes valeurs (voir le côté positif de la situation), voire mes propres angoisses (de finitude probablement) m'ont sûrement conduit à agir de la sorte, j'écoutais les propos de Mme O. mais je ne voulais pas entendre ses peurs, ses angoisses donc ses émotions exprimées, cela m'a conduit à ne pas agir sur cette demande induite de la part du sujet. Ce qui m'interroge sur le constat : comment connaître l'autre si l'on ne se connaît pas soit même ?

Je ne peux omettre la question de la mort et de l'angoisse quelle génère, incontournable problématique inhérente en ces lieux, nommé lieu de vie. Cette angoisse touchant les résidents mais également les soignants, voire les familles, on touche là le concept de finitude propre à chacun.

La relation soignant / sujet âgé est un élément nécessaire, voir « vital » en ces lieux, mais les acteurs de cette relation sont des êtres avec des émotions, des valeurs propres à chacun. Si les émotions ont une part si importante dans la relation, je me questionne sur l'idée qu'elles représentent un frein ou au contraire elles facilitent la relation entre l'infirmier qui prend en soin, et le sujet âgé qui est en situation de vulnérabilité ? Les émotions du soignant et du sujet âgé pouvant devenir alors source d'action ou d'inaction, de bien être ou de mal-être, de compréhension ou d'incompréhension.

Question de départ :

Quel est l'impact des émotions au sein de la relation infirmier-sujet âgé en institution ?

3 Cadre de référence

La première partie traitera des émotions au sens large et plus précisément pour le soignant, pour finir par le mettre en perspective avec la profession. Dans un second temps j'évoquerai une présentation de la personne âgée d'un point de vu physique, psychologique et social, ainsi que l'institution. Et enfin je terminerai par dresser un état des lieux de la relation soignant-soigné, de la communication comme outil et de la relation infirmier-résident.

3.1 Les émotions

3.1.1 Qu'est-ce qu'une émotion ?

En termes d'étymologie le mot émotion a été construit au XIII^{ème} siècle à partir du mot motion (mouvement) d'après l'ancien français. Au XV^{ème} siècle, le mot est utilisé au sens de « *trouble moral* » et au XVI^{ème} siècle, comme un dérivé d'émouvoir (du latin *emotionem*).

Le dictionnaire Le Larousse définit le terme comme « *une réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement* ».

D'un point de vue psychologique, « *les émotions sont des constellations de réponses de forte intensité qui comportent des manifestations expressives physiologiques et subjectives typiques qui s'accompagnent généralement de tendances d'action caractéristiques et s'inscrivent en rupture de continuité par rapport au processus qui était en cours chez le sujet au moment de leur apparition* » comme spécifié dans le grand dictionnaire de la psychologie (1999).

Si je fais le lien avec ma situation de départ, je peux dire qu'effectivement ma réaction s'est imposée à moi. En effet, j'ai été surpris par les propos de Mme O. et je n'ai pas pu contrôler mes émotions. J'ai préféré changer de sujet, je me suis senti démuni, à ne plus savoir quoi lui répondre et à ressentir de la gêne face à ses larmes.

Selon l'article de NUGIER, A. actuellement les théoriciens qualifient l'émotion de phénomène avec plusieurs composantes pouvant être caractérisé par :

- « *Les réactions expressives* », comme le sourire, le froncement de sourcil, l'intonation de la voix, la posture
- « *Les réactions physiologiques* » comme la fréquence cardiaque, le flux sanguin, la production des larmes

- « *Les tendances à l'action et les réactions comportementales* », comme l'attaque, l'évitement, la fuite, la recherche de support social
- « *Les évaluations cognitives* » : la pensée précède les émotions. D'après celle-ci, la séquence d'événements implique tout d'abord un stimulus, suivi de la pensée, qui mène ensuite à l'expérience simultanée d'une réponse physiologique et de l'émotion. Par exemple, comme la pensée d'avoir été injustement traité par une autre personne, ceci amenant à l'expérience émotionnelle du rejet et les réactions physiques associées à l'évitement ou la confrontation.
- « *L'expérience subjective* » (ou sentiments subjectifs), c'est-à-dire ce qu'on pense ou dit ressentir. (2009), numéro 4, 8 et 14

Effectivement dans ma situation face aux mots de Mme O. mon intonation de voix a dû automatiquement se modifier passant d'un sujet que j'estime « grave » à un sujet plus « léger », avec ma réaction comportementale d'évitement ou de fuite. Mon inconscient m'a conduit à une réponse réflexe, irréfléchie et systématique, peut être guidée par ma propre finitude dont je ne veux pas entendre parler pour l'instant.

3.1.2 Les émotions dans le soin

Dans un milieu où l'expression émotionnelle est omniprésente tel que le milieu du soin, FERNANDEZ, L. décrit trois positionnements infirmières au sujet des émotions dans leur pratique professionnelle à travers 3 témoignages :

- Les émotions sont considérées comme nécessaires : « *On ne peut pas travailler sans émotions ce n'est pas possible et puis ce sont justement les émotions, qui sont un moteur dans ma fonction. Elles sont un moteur pour le soin* »
- Les émotions sont reconnues et régulées : « *C'est quand même un métier où on travaille avec des gens, des gens en souffrance, si on n'avait pas d'émotions... Il ne faut pas non plus se laisser submerger... et puis pleurer avec le patient* ». « *Je travaille en étant moi, et puis je ne me laisse pas forcément envahir par la tristesse des situations. Des situations tristes on en a continuellement, donc on ne peut pas se laisser gâcher notre bonne humeur* ». « *Une fois qu'elles sont nommées et que je les ai exprimées à mes collègues, elles sont digérées... c'est bon et puis je peux passer à l'étape suivante* »

- Les émotions sont réprimandées : « *Pour être professionnelle, il est important de se tenir en deçà des émotions. Je ne dois pas me laisser déborder par les émotions, je dois être pleinement moi-même et lutter avec mes propres émotions pour pouvoir écouter l'autre* ». (2012), 165

De plus selon DELHAYE, M. et LOSTRA, F. on peut déterminer une temporalité dans le vécu émotionnel du soignant selon la période dans laquelle l'infirmier se trouve, passant par 4 étapes notables et successives qui sont :

- « *Le stade d'immersion* » se situant au cours de la formation ou en début de carrière caractérisée par une empathie exacerbée lié à un choc entre la rencontre de la profession fantasmée et la réalité du malade avec sa maladie.
- « *Le stade de l'empathie souffrante* » où le soignant parvient à se détacher de sa propre émotion pour se concentrer sur la souffrance du patient.
- « *Le stade de la mise en distance* » c'est l'étape où le soignant prend du recul sur ses émotions et celle du patient, c'est le moment dit « du blindage »
- « *Le stade de maturation* » qui est le dernier stade, les soignants maîtrisent leurs affects, agissant avec professionnalisme. (2007) numéro 28, 49-59.

Lors de la relation de soin entre Mme O. et moi, l'étudiant en soin infirmier, je me suis retrouvé face à l'angoisse du malade, désarmé, sans réponse. Finalement est-ce réellement une demande d'aide de la part du soigné, ou le fantasme d'un étudiant infirmier devant avoir réponse à tout pour soulager son patient. Dans tous les cas mon réflexe a été d'éviter le sujet de la mort selon mon émotion, actionnant mon mécanisme de défense (la fuite) et d'écouter sans entendre les maux du malade.

3.1.3 Les émotions et le professionnalisme

Le Code de Déontologie de la profession infirmière, Art. R. 4312-11 stipule : « *L'infirmier doit écouter, examiner, conseiller, éduquer ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient, notamment, leur origine, leurs mœurs, leur situation sociale ou de famille, leur croyance ou leur religion, leur handicap, leur état de santé, leur âge, leur sexe, leur réputation, les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ou leur situation vis-à-vis du système de protection sociale* » (2016). Le code de déontologie ne précise pas le terme d'émotion, il est induit par la notion de sentiment qui se définit comme un état affectif complexe

et durable lié à certaines émotions ou représentations, mais il implique un positionnement neutre vis-à-vis de ses propres sentiments afin d'accomplir au mieux la tâche qui nous incombe. Ces propos sont relayés par MERCADIER, C. *« la maîtrise des émotions est une obligation implicite, intériorisée par le soignant au cours de sa socialisation professionnelle. Elle s'intègre dans un véritable travail émotionnel qui permet au soignant d'atteindre un niveau professionnel dans la relation thérapeutique, caractérisée par la neutralité »* (2012), 213. En conclusion, de cette partie la profession infirmière à travers son code conduit le professionnel à taire ses propres émotions ou tout du moins à ne pas impacter sa pratique de sentimentalisme. Mais d'après ROCHAS, B. dans leur mission de soin, *« les professionnels de santé sont tiraillés entre des impératifs parfois contradictoires, tout faire pour guérir, et à défaut soulager, répondre aux attentes du patient, respecter un cadre réglementaire, laisser place à une réflexion éthique personnalisée. Dans cette démarche, les sentiments et les émotions plus ou moins conscients occupent une place évidente, mais sont soit mal assumés en raison du décalage vis-à-vis de l'idéal soignant, soit refoulés pour laisser place à une démarche d'allure plus rationnelle »* (2014), numéro 116, 5-10. Il incorpore ici la notion *« d'idéal soignant »* celui ou celle qui agit selon le code déontologie de la profession infirmière.

3.2 La personne âgée en institution

3.2.1 Les personnes âgées

Une personne est dite « âgée » à partir de 60 ans et plus selon les critères de l'Organisation Mondiale de la Santé, la personne entre à partir de ce seuil dans la catégorie dite de vieillesse. Mais selon PLOTON, L. *« l'esprit n'a pas d'âge, même si progressivement le corps trahit avec des modifications d'aspect et de capacités. C'est ainsi que le vieillissement va de pair avec un vécu progressif de vulnérabilité physique (l'apparition de maladies chroniques, une discordance entre l'image de soi investie et la réalité objective), donc le risque de ne plus être à l'épreuve des faits comme on se croit ou désire être encore. Cela est aggravé par la perte des points d'appui sociaux, par la difficulté à fonctionner en famille élargie à 4 ou 5 générations, par la multiplication des deuils. Mais aussi par la perte d'une forme de pouvoir : le fait de ne plus être acteur principal de l'histoire »*.

Pour ces raisons parmi bien d'autres, l'avancée en âge risque d'aller de pair avec de nombreux problèmes, parmi lesquels :

- « *la dépendance affective* » vis-à-vis des accompagnants (famille et soignant en institution), d'une demande croissante d'attention, mais aussi des préoccupations exagérées de santé
- « *des manifestations de démotivation* » avec l'absence de nouveaux investissements, de nouvelles relations ou centres d'intérêt et le repli relationnel. (2014), 29-30

Mme O. présente une demande d'attention caractérisée par la demande de soin vis-à-vis du personnel soignant et de moi-même, elle réclame le médecin au moindre signe de douleur, elle fait attention à son apparence, sa coiffure, le choix des habits. Elle attend avec impatience la venue de sa fille tous les après-midis. Mais en contrepartie elle manifeste verbalement une démotivation, une perte d'intérêt (refus d'activité, absence de création de lien avec les autres résidents), se repli dans sa chambre la plupart du temps.

3.2.2 La représentation sociale

D'un point de vu sociétal comme le précise PELLISSIER, J., regrouper les personnes âgées sur le seul critère de leur âge commun est une erreur conduisant souvent à la stigmatisation du vieux en oubliant la singularité de l'individu. Cette stigmatisation de notre société envers les personnes âgées conduisant à des mécanismes de rejet.

- « *La catégorisation* » : On dépossède l'individu de ses caractéristiques propres pour les remplacer par des stéréotypes sur cette classe d'âge
- « *L'isolement* » : On relègue le « vieux » pour pouvoir l'oublier et oublier ce qu'il représente à nos yeux comme moyen de refouler nos propres peurs de la vieillesse et de la mort.
- « *La disqualification* » : On disqualifie la personne âgée de ses pensées, de sa parole, de son vécu actuel. Cette disqualification conduisant à l'exclusion du semblable, générant souvent de l'angoisse, quelques fois préférant se réfugier dans la folie (2003), 71-75

On peut penser que la stigmatisation de la société envers les personnes âgées opère seulement dans les autres catégories (les jeunes, les actifs en autres) mais je repense à Mme O. qui se dit ne pas être comme les autres (les résidents) et donc refuse de voir en l'autre son propre soi-même, possiblement guidée par ses propres représentations de la vieillesse. L'utilisation quotidienne de sa crème anti-ride en est l'illustration également, comme si cette crème peut gommer les marques de vieillissement du visage. De mon côté, mon expérience professionnelle passée a dû me conduire à catégoriser Mme O. en estimant que sa déprime et ses angoisses étaient semblables aux discours que j'avais déjà pu entendre fréquemment. Le fait de ne pas entendre sa parole l'a conduite à réitérer son message régulièrement et a sûrement généré un surplus d'angoisse chez elle.

3.2.3 L'institution : les EHPAD

Depuis 2001, en application de la réforme sur la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, les maisons de retraite (ou d'accueil) médicalisées sont progressivement devenues des Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Selon Michel Billé on affirme « *l'EHPAD est bien un lieu pour vivre, où l'on va développer et mettre en œuvre des « projets de vie, qu'un « projet d'animation » vous fera très vite oublier toutes les turpitudes de la vieillesse, de la maladie ou de la dépendance. C'est avant tout un environnement radicalement différent du cadre de vie antérieur, un nouveau cadre avec des contraintes certes mais aussi des avantages compte tenu des nouveaux besoins de la personne âgée et/ou de sa famille, et surtout la présence de nombreux professionnels. C'est un cadre avec un règlement de fonctionnement, un contrat, dit de séjour, un conseil de la vie sociale pour représenter les usagers, résidents et familles ; ce sont aussi des obligations et devoirs mutuels. Lieu de rupture radicale avec les habitudes de vie antérieures, c'est souvent le dernier lieu de vie, le lieu de la fin de vie* » (2016), 58.

Pour la personne âgée en institution selon PLOTON, L., « *son placement intervient souvent en urgence (chute, sénescence, pathologie dégénérative, perte d'autonomie) non annoncé et non préparé, se soldant fréquemment par une aggravation des troubles du comportement, des défaillances somatiques plus ou moins associées à un état dépressif pouvant aller jusqu'à entraîner la mort* ». De plus, les personnes âgées ayant l'angoisse de la mort approchante, selon la représentation qu'elles se font du lieu (maison de retraite), potentialisée par un processus

incomplet de deuil de leur vie passée conduit à un comportement « *d'économie psychique* » et d'abandon à son triste avenir. (2011), 29-35.

Effectivement Mme O. a quitté son domicile à la suite d'une occlusion intestinale et après une hospitalisation a intégré directement l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées, sans avoir eu la possibilité de faire le deuil de son passé. En effet l'image véhiculée par ce type d'établissement comme dernière demeure, a sûrement eu un impact négatif dans le vécu psychique de Mme O. avec comme représentation principale d'inéluctable mort approchante.

3.3 La relation soignant-soigné

3.3.1 Définition

D'après MANOUKIAN A. et MASSEBOEUF A. se définit comme « *une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* ». Cette relation est spécifique au monde paramédical, mais je vais préciser comme un lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé. (2008), 9. C'est un type particulier de relation professionnel, à la fois un moyen de prendre soin de l'autre et aussi un objectif de la prise en charge. La relation est un moyen de prendre soin car elle permet d'établir avec la personne soignée un échange humain authentique, une rencontre entre deux sujets, deux individualités.

Le premier acteur de la rencontre est le soignant qui a l'obligation de savoir, c'est sa connaissance qui fait de lui son rôle, son statut. Ce statut de connaissance confère au soignant un certain pouvoir au sein de la relation, puisque la raison qui ordonne la relation est la maladie du soigné. La relation soignant/soigné est asymétrique comme le précise SORSANA, C. « *Il n'y a pas de symétrie dans les représentations, les attentes, les statuts et les rôles des personnes initiées qui évoluent sur leur territoire (les soignants) et des non initiées (les patients et les familles) qui arrivent dans une micro-culture, une organisation, des modes de communication, un environnement qui leurs sont étrangers et qu'ils ne maîtrisent pas* » (2007), 35. Le soigné se trouve en demande de soins, en quête de besoins relatifs à son bien être ou à sa santé, il est en position de vulnérabilité au sein de

la relation soignant/soigné. Cette vulnérabilité lui procure une sensation d'être un « *objet de soins* » renforcée par le contenu même des interactions qui sont le plus souvent de type informatif ou éducatif et qui induisent une « *recherche d'influence* » dans l'interaction du soignant sur le soigné.

3.3.2 La communication

Cette notion est définie par Le Larousse comme « *l'action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse* ». La communication nécessite « *un émetteur, un récepteur et un message codé à transmettre* » selon le schéma communicationnel de Shannon et Weaver (1992), 70. (cf. Annexe VIII)

Dans les Nouveaux cahiers de l'infirmière- Gériologie/Gérontopsychiatrie, l'infirmière en tant qu'émetteur, « *communique avec la personne âgée utilise le mode verbal (les mots) et le mode non verbal (le corps), afin que l'information soit la plus compréhensible par le récepteur qui peuvent présenter des déficits cognitifs et sensoriels* ». Si au terme communication on a tendance à associer les mots, le langage du corps est plus révélateur que la parole. « *Très souvent, la communication non verbale prime dans la relation soignant-personne âgée, le corps ne ment pas, et avant d'ouvrir la bouche nous fournissons une abondance d'informations à l'interlocuteur* ». Notre corps (crispation, détente, mouvements brusques...), notre visage (crainte, joie, sourire, colère...), nos yeux (menaçants, lumineux, souriants), notre odeur, « *notre comportement sont des renseignements que nous adressons à l'autre et que l'autre va interpréter* » (1996), 111.

L'infirmière, en tant que récepteur, pour prendre soin de l'autre, il est nécessaire d'être à son écoute, il faut être capable de repérer ses besoins, ses demandes implicites (verbales ou non verbales). Selon l'école de Palo Alto, « *on ne peut pas ne pas communiquer, toutes rencontres entre deux sujets impliquent un acte communicationnel, volontaire ou non, conscient ou inconscient. La relation se base donc sur la communication interindividuelle et il faut prendre en compte systématiquement à la fois la communication verbale et la communication non verbale* » (2015), 57-74. Il faut être à l'écoute de la personne, attentive dans le moindre détail : le sens que cela peut avoir et développer des capacités d'observation.

Dans ma communication avec Mme O. au détour des soins prodigués quotidiennement, nous avons pris le rôle d'émetteur et de récepteur, les informations s'échangeant sans difficulté, facilité, par le fait que Mme O. ne d'aucun déficit cognitif ou sensitif. Je me suis présenté à elle souriant, dynamique et sans gêne. J'ai été attentif à son discours et à ses expressions du visage tel que le sourire, les froncements de sourcils. Néanmoins au moment de ses propos anxieux et de ses pleurs, elle a sûrement dû ressentir ma gêne, par conséquence elle n'a pas insisté dans ce sens, profitant de la porte de sortie que je lui offrais à travers ma fuite pour parler de ses proches.

3.3.3 Relation soignant - résident en EHPAD

Selon SORSANA, C. la relation se crée par « *une accumulation d'interactions entre individus qui durent et qui impliquent des attentes, des affects et des représentations spécifiques... On peut définir une relation comme une succession d'interactions s'inscrivant dans une continuité et un lien ; chaque interaction est affectée par les interactions passées et affecte à son tour les interactions futures. Et, ce n'est pas tant le cadre formel des rencontres humaines (durée, répétition...) qui permet de distinguer interaction et relation mais les significations cognitives et affectives que les interactants projettent dans cette interaction* » (2009), 34

Dans la relation entre Mme O. et moi, nous nous sommes d'abord présentés, puis nous avons appris à nous connaître au quotidien le temps des soins avec des questions sur notre passé et sur notre présent (vie sociale, professionnelle et affective). Ces interactions quotidiennes ont donc permis de créer une relation, un lien de confiance, aboutissant aux confidences de la résidente sur ses angoisses et ses peurs.

Formarier M. précise que « *chaque relation est singulière, elle est une création unique, elle doit faire place à l'imprévisible. Néanmoins sans caractériser toutes les interactions et relations de soins qui sont multiples, un certain nombre de recherches, réalisées à partir de situations concrètes (description, analyse, compréhension) ont montré que suivant les finalités de l'interaction (aide, éducation, information, soutien...), on pouvait identifier différentes formes de relations infirmière - patient à partir des concepts sur lesquels elles s'organisent qui sont les suivantes* » :

La relation de civilité : C'est une interaction. Elle se situe en dehors du soin, elle répond à un code culturel et social ritualisé ou chaque interlocuteur, sans en être toujours conscient, joue un rôle au sens où l'entend « La notion de rôle se dégage comme un modèle auquel se réfèrent les

comportements des individus en interaction. Nous proposons donc de définir le rôle comme un modèle organisé de conduites relatif à une certaine position de l'individu dans un ensemble interactionnel ». Dans le cadre d'une relation soignant - patient, la relation de civilité comprend des obligations sociales pour le soignant : gentillesse, courtoisie, politesse, netteté, repères identitaires

La relation de soin : Elle peut être simple interaction ou relation suivant les interactants. Cette relation est la plus fréquente en milieu hospitalier. Support d'échanges avec le résident, elle est mise en œuvre par le soignant pendant les soins techniques ou de confort. Elle est centrée sur le présent, sur l'acte technique, sur l'activité en cours, sur le devenir immédiat du patient : traitement, confort, douleur, planning de soins, visite médicale... Elle est essentiellement de type informatif. Au cours des échanges formels ou informels, elle peut être source d'informations importantes données par le patient, mais ce qui prime dans ce temps de rencontre, c'est le soin technique. La répartition du travail dans les équipes de soins a un impact sur la qualité des relations infirmière patient. Elle peut entraîner une segmentation du travail ou au contraire favoriser la continuité dans les prises en charge des patients (infirmière référente) et aider considérablement les soignants à établir une relation avec les résidents : connaissance mutuelle, identification des besoins, demandes, ressources du résident, perception des émotions.

La relation d'aide : Elle s'appuie sur la confiance et l'empathie, c'est une relation à visée thérapeutique qui a pour but d'aider, de façon ponctuelle ou prolongée, un patient ou résident. La relation d'aide, dont les principes fondamentaux ont été posés par les travaux de Carl Rogers en 1957. C'est une des formes de relation interpersonnelle ayant pour vocation de favoriser chez l'autre la croissance, la maturité, une plus grande capacité à affronter la vie, en mobilisant ses propres ressources (2007) 33-42.

Au vu de ma situation de départ, au sein de la relation avec Mme O. nous avons eu des interactions à travers les soins d'hygiène et de confort au quotidien induite par le rôle propre infirmier, et à travers la distribution des traitements et les soins techniques (réfection de pansement) que confère le rôle infirmier prescrit. La spécificité du lieu a permis de créer les liens à travers la fréquence des échanges, en effet des interactions fréquentes et multiples au quotidien ont favorisé l'aspect connaissance et reconnaissance de l'autre, entre les deux individus en interaction que nous sommes.

Les premiers échanges avec Mme O ont été une relation de civilité avec de la politesse, de la courtoisie entre deux individus qui n'ont aucun passif relationnel, la discussion concernait des sujets communs tel que son environnement, ses habitudes, ses habits ou encore sa coiffure. Puis la relation est devenue une relation de soins à travers mes actes infirmiers concernant le rôle propre et prescrit quotidien, les discussions concernaient son histoire de vie, ses proches. Et enfin on est passé à une relation d'aide, Mme O était en confiance, la conduisant à aborder des propos plus personnels, favorisant sa confiance sur ses peurs et ses angoisses.

4 Phase exploratoire

Afin d'étayer ma réflexion sur le thème des émotions des infirmiers à travers la relation avec les personnes âgées en institution, il convient de comparer la théorie au vécu d'infirmiers en exercice à travers le questionnement des professionnels de terrain.

4.1 Présentation de la méthode

- **Choix de la méthode et élaboration de l'outil**

L'enquête que j'ai menée, afin de confronter ma question de départ au terrain, est basée sur une méthode clinique, car je me suis intéressé à des personnes en tant qu'individu à part entière. En effet, cette méthode qualitative permet le recueil d'information en tenant compte de la singularité de l'être humain. Cette méthode de recherche est descriptive et a pour but de comprendre ou d'expliquer un phénomène au travers d'interprétations, d'expériences et de leurs significations.

Pour appréhender au mieux ma recherche, je choisis comme mode d'investigation un entretien. L'entretien est considéré comme « *un outil de recueil de données, caractérisé par un espace-temps délimité de rencontre avec l'autre, d'expression de l'autre et d'écoute de ce que l'autre veut bien nous livrer de lui-même* ». Cet outil semble être le plus approprié pour explorer ma question de départ. J'ai réalisé des entretiens semi-directifs pour que le professionnel interviewé soit libre de parole sans sortir du cadre de référence. Dans l'entretien semi-directif, c'est l'interviewer qui mène les débats. Il sait d'où il part, il sait où il va, il définit les grandes étapes du parcours. A l'intérieur de ce cadre, l'interviewé est libre de ses réponses. L'interviewer veillera simplement que toutes les étapes du parcours prévues soient réalisées. Les entretiens semi-directifs s'appliquent à toute problématique de validation d'hypothèse dans laquelle il s'agit de connaître le rôle et l'influence des attitudes fondamentales sur les perceptions et les comportements des publics concernés. C'est une technique qualitative de recueil d'informations permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour des thèmes définies préalablement tel que la relation entre l'infirmier et la personne âgée en EHPAD, et l'impact des émotions des infirmiers sur leurs pratiques professionnelles. Cela me permettra de rassembler les faits et opinions d'infirmiers sur mon objet de recherche. Cette méthode laisse la possibilité de développer et d'orienter ses propos sans être influencé par l'interviewer. Grâce

aux entretiens, il est aussi possible d'observer le non verbal, c'est-à-dire les réactions et les attitudes qui peuvent appuyer les dires de l'interviewé.

En amont des entretiens j'ai fixé des objectifs en corrélation avec mon cadre de référence qui sont les suivants :

- Déterminer les facteurs influençant la relation soignant / soigné en EHPAD
- Savoir si l'expérience influe sur la gestion des émotions
- Identifier les situations chargées émotionnellement pour le soignant
- Identifier les différents moyens de gérer ses émotions
- Déterminer l'impact des émotions dans la pratique infirmière

- **Lieux**

Le choix de la structure visée est logiquement des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes par la nature de mon questionnement de départ, qui concerne exclusivement ce type de population, les résidents. De plus la nature des interactions relationnelles entre les infirmiers et les résidents sont quotidiennes et s'inscrivent sur de longues périodes ce qui en font leur particularité, leur richesse suscitant souvent de vives émotions chez les protagonistes. J'ai pu interroger 4 infirmières travaillant en EHPAD de la même structure, donc dans les mêmes conditions d'exercice, avec la même population, avec la même culture professionnelle représentant un avantage pour comparer l'objet de ma recherche.

- **Population**

La population visée par les entretiens concerne des Infirmiers Diplômés d'Etat exerçant en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. J'ai souhaité interroger des infirmières en poste depuis 10 ans et plus au minimum, afin que ces professionnels aient le recul nécessaire pour leur permettre une évaluation de leurs émotions depuis le début de carrière jusqu'à maintenant et de mesurer l'influence d'un contact régulier et prolongé avec des résidents sur la relation soignant-soigné comme le permet particulièrement ce type d'institution.

- **Modalité de mise en œuvre**

Afin d'interroger des professionnels sur le terrain, il m'a été demandé d'écrire un courrier électronique de demande d'entretien (cf. Annexe VI) auprès de l'établissement visé. A la suite de ce mail, j'ai reçu un avis favorable de la directrice des soins avec mention « Vu » et sa

signature (cf. Annexe VII). Les entretiens prévus sur 2 structures de type EHPAD différentes ont dû être revu à la baisse à la suite de la crise sanitaire que traverse le pays actuellement et au confinement strict dont les EHPAD font l'objet. J'ai pu réaliser mes entretiens lors de mon stage pré-professionnel.

- **Déroulement des entretiens**

Les entretiens ont été réalisés sur le lieu d'exercice des professionnels, à la fin de la prise de service pour certaines, d'autres sur leurs temps de pause. J'ai disposé d'une salle de réunion, au calme dans la structure, en face à face, cela a permis de ne pas être dérangé lors des entretiens favorisant l'échange et la confiance. Un dictaphone a été utilisé pour enregistrer l'entretien sur autorisation de l'enquêté afin que la retranscription soit la plus juste possible. Le guide d'analyse des entretiens ainsi que les retranscriptions seront analysés et mis en annexe du travail de mémoire de fin d'études.

Une première question commune, à chaque entretien, m'a permis de déterminer le parcours professionnel, de connaître la durée d'exercice et le type d'expérience dans les soins de chacun. Les entretiens étaient composés d'une question inaugurale qui était la suivante : « pouvez-vous me parler de la relation infirmier avec les personnes âgées au sein de votre structure ? »

En plus de la question inaugurale, j'ai utilisé des questions de relance afin de préciser et de clarifier certaines idées. Certaines questions de relance m'ont permis de demander des exemples concrets de leur quotidien afin d'étayer leurs propos. Sur le thème des émotions j'ai laissé libre de parole le professionnel, j'ai plutôt utilisé des espaces silencieux, qui ont permis à l'infirmière de continuer librement dans cette direction, favorisant souvent la rétrospection sur soi-même et la confiance.

4.2 Analyse des données

Tous les prénoms des personnes interrogées sont modifiés afin de garantir un parfait anonymat. Les références aux structures et aux résidents cités sont également sous couvert d'anonymat. Afin de faciliter l'analyse, j'ai réalisé une grille d'analyse des entretiens (cf. Annexe I). qui se décline en 3 thèmes qui correspondent à mon cadre de référence, correspondant à :

- Thème 1 : les émotions

- Thème 2 : les personnes âgées en institution
- Thème 3 : la relation soignant/soigné

J'ai pu grâce à cet outil relier plus facilement les propos recueillis sur le terrain et les cadres théoriques tiré de la littérature.

J'ai réalisé 4 entretiens dans la première partie de mon stage de dix semaines, je peux supposer que les infirmières, me connaissant, ont pu être plus rapidement mises en confiance, et aborder des sujets plus personnels. En contrepartie, j'ai dû rester évasif sur le sujet de mon travail, en amont des entretiens, pour ne pas influencer les réponses des professionnels interrogés, malgré leurs sollicitations sur le sujet. L'entretien n°1 a été réalisé dès les premiers jours de stage et les entretiens suivants au cours de la troisième semaine.

4.2.1 Talon sociologique

Le parcours professionnel des infirmières interrogées détermine deux types de profil bien distincts, celle qui ont une expérience dans les soins généraux au nombre de deux, et les infirmières ayant exercé exclusivement en EHPAD au nombre de deux. Les infirmières ayant exercé seulement dans ce type de structure ont un passé commun d'aide -soignante en EHPAD. La durée d'exercice en fonction des infirmières, selon BERNER, P. ont permis de catégoriser les « *compétentes* » travaillant dans le même service depuis 2 ou 3 ans et « *percevant ses actes en termes d'objectifs ou de plan à long terme dont elles sont conscientes* » (2010) 78-91, elles mettent en exergue le vécu d'infirmière en début d'exercice, possédant moins de recul sur ses pratiques, néanmoins avec des apports théoriques plus récents. La catégorie des infirmières « *expertes* » avec 10 – 15 ans d'exercice professionnel « *possédant une énorme expérience et qui comprennent de manière intuitive les situations* » (2010) 78-91, elles possèdent le recul nécessaire pour leur permettre une évaluation de leurs émotions depuis le début de carrière jusqu'à maintenant. Les quatre entretiens concernent deux infirmières dites « *compétentes* », les deux autres entretiens concernent des infirmières dites « *expertes* ». Ce critère de l'expérience est équitable dans la représentativité de mon enquête (cf. Annexe IX).

Les entretiens réalisés ont une durée moyenne de 20 à 30 minutes.

4.2.2 Entretien n°1 avec Iris

Iris est une infirmière de 48 ans, diplômée depuis 2 ans. Depuis son diplôme, elle travaille en EHPAD, elle a bénéficié de la promotion professionnelle de son employeur, elle exerçait auparavant la fonction d'aide-soignante en EHPAD pendant une dizaine d'année. L'entretien a duré le temps que j'avais prévu au préalable, soit environ 20 minutes.

Elle a semblé avoir des difficultés, au départ, pour appréhender la question inaugurale. Elle débute par introduire la notion de relation de respect en rappelant la fonction de la structure qui est un lieu de vie pour les personnes âgées, elle dit « *on est dans un lieu de vie, on est pas chez la personne non plus, mais quelque part indirectement on l'est, donc la relation est une relation de respect étant donné qu'on est quand même chez la personne, donc on ne va pas aller à l'encontre de ses souhaits, ça va être donc une relation de respect, de respect qui va être mutuel* » (L. 8-11), cela implique de l'adaptabilité pour les protagonistes de la relation en ces lieux, pour le résident qui est dépendant d'une structure de soin collective et pour l'infirmier qui soigne la personne résidente dans son lieu de vie.

Iris aborde rapidement la notion d'affinité avec certains résidents et moins avec d'autres qui semble, pour elle, une notion incontournable à travers son discours « *il y a forcément des affinités avec certains résidents plus que d'autres* » (L.13-14), l'affinité qui se définit comme une conformité de sentiments, de caractère entre deux ou plusieurs personnes, en résumé un lien naturel et inexplicable. Iris relaye les propos de Sorsana C. qui identifie une part d'affectivité dans les interactions pour créer la relation. Plus loin dans l'entretien je reviens sur la question de l'affectivité envers les résidents, Iris affirme « *Il va y avoir une personne qui va me faire penser par exemple à mon grand-père ou à ma grand-mère, il y a des histoires de vie également qui vont nous interpeller, mais il y a aussi des caractères ce sont des personnes avec des caractères fort* » (L. 37-40) ses émotions s'expriment à travers un physique qui peut rappeler un proche, à travers une histoire de vie ou à travers un caractère qui va interpeller sa subjectivité. A ce sujet elle aborde la notion une notion « *le transfert* » (L. 37) qui désigne un processus au cours duquel des sentiments ou des désirs inconscients envers les premiers objets investis dans l'histoire d'un sujet, le plus souvent les parents ou grands-parents ici, se trouvent reportés sur une autre personne le résident

De plus, au niveau de son exercice professionnel, Iris précise « *on a tendance à dire plus facilement « oui » qu'à une personne où l'on a moins d'affect* » (L. 28-29) elle admet qu'elle accède plus facilement aux demandes des résidents dont les affinités sont reconnues, ce qui

confère un impact de ses émotions sur sa pratique professionnelle. Elle admet que ses émotions à travers son affection pour les résidents est un élément nécessaire, une sorte de moteur pour exercer sa pratique professionnelle « *j'en ai besoin, besoin pour faire mon travail* » (L.52-53). Néanmoins Iris met en opposition l'affectivité envers certains résidents avec le professionnalisme qu'elle nomme « *barrière professionnelle* » (L.15) en lien avec le Code de Déontologie de la profession infirmière. On peut considérer pour Iris, que ses émotions sont reconnues mais difficile à réguler, elle emploie le terme de « *gênant* » (L. 44) sûrement car elle est en début d'exercice professionnel d'infirmière, elle se situe dans le stade de l'immersion, et semble être partagée entre la dépendance affective des résidents et la notion de professionnalisme que confère le métier d'infirmière.

De plus, Iris précise que le soin relationnel constitue le prendre soin de ce type de structure où les échanges sont quotidiens et sur du long terme. « *On apprend à les connaître tous les jours, et c'est ça qui est intéressant, on les découvre tous les jours* » (L. 91-92) ce qui corréle avec la définition de la relation qui est constituée d'une accumulation d'interactions entre des individus qui durent et qui impliquent des attentes, des affects et des représentations spécifiques, dans une continuité et un lien.

Dans le cas, où la situation relationnelle avec un résident est compliquée, elle explique « *j'anticipe la situation car je sais ce qui va se passer* » (L.79), à force d'expérience Iris est capable de relativiser la situation difficile après un travail de rétrospection « *je relativise car je m'aperçois que c'est une situation récurrente car finalement la personne est malade* » (L. 80-81), puis d'anticiper la situation conflictuelle qu'elle nomme « *parades* » (L. 79) et d'avoir une posture professionnelle plus efficace « *je me mets dans les meilleures dispositions, avant d'entrer dans une chambre, souvent une grande respiration, je suis la soignante et la personne est la malade, souvent cela se passe bien* » (L. 82-84). On peut confirmer que l'expérience permet de réguler les émotions afin d'améliorer sa pratique soignante, c'est le passage du stade d'immersion (novice) vers le stade l'empathie souffrante où le soignant parvient à se détacher de ses émotions.

4.2.3 Entretien n°2 avec Violette

Violette est une infirmière de 57 ans, diplômée depuis 1990, en début de carrière elle a exercé dans des services de soins généraux court séjour (cardiologie et oncologie). Après quelques

années où elle a mis en pause sa carrière professionnelle, elle a souhaité reprendre son activité au sein d'une EHPAD. L'entretien a duré 25 minutes, ce qui correspond au temps moyen prévu. Violette commence l'entretien par cette phrase « *Il y a 80 résidents et c'est donc 80 relations différentes* » (L. 10 et 46-47), cela indique une individualisation de la relation chez elle, ces propos corroborent l'aspect singulier et unique de la relation entre ses protagonistes. Violette poursuit en précisant son adaptabilité à chaque personne pour être en relation avec elle « *dans la relation il faut s'adapter à chaque personne* » (L. 14 et 15) et la personnalisation de la mise en relation « *il y a toujours moyen d'avoir une relation avec quelqu'un* » (L.16-17), pour Violette il semble nécessaire de créer un lien de communication qui peut être le toucher ou l'expression du visage (sourire). Dans le cas d'un patient en déficit cognitif, dont la communication est altérée, Violette indique « *cette résidente au début les premières fois où je lui faisais des soins ou lui donnais ses médicaments elle me demandait tout le temps si j'étais du village, et je lui répondais « non, j'habite dans un autre village », et je percevais sa déception sur son visage et elle s'arrêtait de parler il n'y avait plus d'échange entre nous* » (L.29-32) elle a observé un arrêt de la communication et une réaction expressive de la patiente à ses propos, cette interaction passée. a permis d'améliorer les interactions suivantes puisqu'en réponse Violette précise « *un jour j'ai décidé de lui répondre « oui je suis du village » et à partir de ce moment-là elle m'a parlé des habitants du village, de ses habitudes dans le village, elle me dit « vous viendrez boire le café à la maison », j'ai senti que d'un coup qu'elle était en confiance* » (L. 33-36).

A travers son expérience professionnelle, Violette indique qu'elle recherche l'aspect relationnel de sa profession, d'où son désir d'exercer dans ce type de structure « *mais moi qui axe un peu ma priorité sur la relation avec la personne âgée, moins que la technique, la technique elle y est, mais moi j'aime bien ce côté relation, d'ailleurs c'est pour cela que j'ai souhaité m'orienter vers l'EHPAD* » (L. 11-13), je peux en conclure que pour Violette, la relation soignant/soigné est un élément essentiel du soin à la personnes âgées en EHPAD. De plus en donnant l'exemple d'une situation de soin avec une patiente présentant des déficits cognitifs, lors une prise de sang avec son caractère invasif, dans laquelle Violette, grâce à sa relation avec la résidente, a pu réaliser le soin dans des conditions favorables et confortables, et non traumatisant pour la patiente. Je peux émettre l'hypothèse que la relation est un outil de soin.

Violette indique qu'il y a deux catégories de résidents ceux qui sont « *beaucoup en demande de relation* » (L. 49) et ceux qui « *n'ont pas trop envie de communiquer* » (L. 48) cela met en

exergue les manifestations expressives des personnes âgées en institution qui sont caractérisées par la dépendance affective ou les signes de démotivation. A propos des résidents marqués par la démotivation, ils se manifestent par un désinvestissement de la relation avec le soignant, mais Violette intègre la notion de « *trouver la brèche* » (L. 51 et 54) ce qui correspond à une relation de civilité, où l'on va apprendre de l'autre en utilisant son environnement et de ce qu'il veut bien donner, elle apprend à les connaître et les reconnaître dans sa singularité pour créer du lien unique. Violette précise les différentes formes d'interactions qu'elle a avec les résidents, qu'elle nomme « *ces petits ou grands échanges, avec chacun individuellement, avec la particularité propre à chacun, c'est pour cela je te dis ils sont 80 résidents il y a 80 relations* » (L. 119-121), sous la forme d'un regard, d'un geste ou d'une parole qui vont conduire à la connaissance, la reconnaissance de l'autre dans la relation et « *de créer des liens rituels mutuels* » (L. 124 et 125).

Violette est une infirmière expérimentée, elle rapporte, à ma demande, son évolution dans la faculté à gérer ses émotions à travers la relation au patient de ses débuts d'infirmière à maintenant. Elle évoque « *je me rappelle ce qui était gênant, surtout, c'est que je n'étais pas sûr de moi, ce qui des fois me causaient des difficultés pour aborder les patients, alors que maintenant avec la maturité je suis plus sereine au point de vu de mes connaissances, mes pratiques et mes relations au patient* » (L. 59-62). Elle apporte un regard d'experte car elle a identifié et mis en mots les interactions qui se passent entre elle et les patients au moment des soins par le travail de rétrospection de son vécu émotionnel. De plus l'acquisition des attitudes relationnelles requises par tous les événements de soins se construit par l'expérience, par confrontation personnelle à la situation pour atteindre « *la maturité* » (L. 61) qui correspond bien évidemment au stade de la maturation.

Les émotions de Violette s'expriment à travers le récit de ses souvenirs passés quand elle dit : « *j'aime la personne âgée, aussi loin que je me rappelle quand j'étais jeune vers 12-13 ans je m'occuper de mes grands-parents déjà* » (L. 13-14) on peut émettre l'hypothèse qu'il y a une notion de contre-transfert qui désigne un processus au cours duquel des sentiments ou des désirs inconscients envers les premiers objets investis dans l'histoire d'un sujet, le plus souvent les parents ou grands-parents ici, se trouvent reportés sur une autre personne le résident. Cela constitue une réaction subjective à un passé représentant une forte charge émotionnelle chez elle.

Violette admet que quelques fois il est difficile de gérer ses émotions, souvent lié à des facteurs personnels tel que des problèmes dans la vie privée, de la fatigue physique ou mentale, précisant qu'elle est « *un être humain* » (L. 91 et 94), avouant que cela peut impacter la relation à travers la communication « *on soit moins à l'écoute* ». Elle est parfaitement consciente de ce phénomène, de l'impact de ses facteurs personnels sur la relation, qu'elle va opposer au professionnalisme en rétorquant « *on a beau dire on laisse nos problèmes aux vestiaires* ». Néanmoins Violette a pu identifier cet impact, par son expérience, elle a pu mettre en place un mode de réponse qui consiste à se dire « *si c'était moi* » (L. 95) et par conséquent prendre de la distance dans des situations difficiles en faisant preuve de compréhension empathique.

Violette emploie la notion de « *bon feeling* » (L. 15 et 69) pour décrire la relation aisée et naturelle avec certains résidents. En revenant sur cette notion, Violette précise que l'autre interagissant doit émettre tout d'abord l'envie d'entrer en relation avec elle, qui se caractérise par un sentiment subjectif puisqu'elle dit « *c'est un ressentie si l'autre a envie ou pas d'entrer en relation* » (L. 103), qui intègre par extension la communication verbale et non verbale, et l'interprétation consciente et inconsciente de l'autre. Cette interprétation des envies de l'autre peut conduire selon Violette, à des réactions différentes, puisqu'elle précise qu'un résident avec un bon feeling va la conduire à approfondir la relation « *Après tu peux approfondir la relation en sortant un peu de la relation soignante soigné, même si chacun reste à sa place c'est important, moi je m'autorise de discuter de ma vie privée* » (L. 108 -110) en lien avec le concept d'authenticité de la relation d'aide.

4.2.4 Entretien n°3 avec Rose

Rose est une infirmière de 50 ans, diplômée depuis 2015 par la promotion professionnelle, ancienne Aide-Soignante et ancienne Agent de Service Hospitalier en EHPAD. Depuis son diplôme, elle exerce dans cette EHPAD. L'entretien a duré 18 minutes ce qui correspond à légèrement moins que le temps prévu.

Rose a répondu brièvement à la question inaugurale, elle précise que les personnes âgées sont des êtres vulnérables et par conséquent : « *il faut faire très attention, que ce soit en termes de communication ou de mobilisation* » (L. 9 et 10), nécessitant une prise en soin attentive et humaniste. A travers ces propos, Rose relaye l'idée que le vieillissement va de pair avec des modifications de capacité, engendrant une vulnérabilité physique chez les résidents. Rose est

attentive à la communication, cela sous-entend une communication adaptée aux déficits sensitifs et cognitifs liés au processus de sénescence.

Rose poursuit par une comparaison entre sa fonction passée d'aide-soignante dont elle estime que le temps imparti à l'aspect relationnel était plus important, alors que dans l'exercice de sa profession d'infirmière actuelle, Rose déplore le manque de temps dédié à la relation avec le résident «*maintenant que je suis infirmière je trouve que j'ai peu de temps à consacrer et parfois je suis déçue car je passe vite dans leur chambre, même si je leur dis « je repasserai », mais cela me frustre ce manque de temps auprès des résidents* » (L. 15-18). Rose met en exergue la distribution des rôles en EHPAD qui est caractérisée par le rôle prescrit dédié aux infirmières, ainsi que le rôle propre et relationnel délégué aux aides-soignants.

Rose aborde le sujet des contraintes institutionnelles et de son impact sur la relation avec les résidents dans sa structure. Rose précise par l'exemple de son quotidien, à travers son tour de distribution des traitements du matin, elle dit « *je prends des nouvelles rapidement « Ça va ? oui ça va » et je continue vite car il y a les autres résidents après qui attendent, et quelque fois les derniers pâtissent du temps passé avec les premiers* » (L. 19-21). Rose semble éprouver des difficultés à gérer sa pratique infirmière et de maintenir une relation avec les résidents surtout au sujet du temps de communication auprès d'eux. En effet la fonction des EHPAD dont son intitulé est lieux de vie pour des personnes âgées appelé résident, demeure également un lieu où l'on soigne avec des professionnels de santé et des personnes en perte d'autonomie, régie par un cadre de règlement institutionnel et un fonctionnement propre. On peut émettre aisément l'hypothèse que le caractère collectif de la structure peut nuire aux besoins individuels de la personne notamment sur des sujets vulnérables caractérisés par de la dépendance affective ou de la démotivation.

Malgré les contraintes institutionnelles et professionnelles, Rose s'adapte et maintient le lien avec les résidents par sa communication en utilisant du langage verbal tel qu'un mot « *un petit coucou dans le couloir* » (L. 36), et du langage non verbal « *une caresse sur la joue, un sourire* » (L. 37). De plus, Rose estime qu'il est nécessaire de prendre du temps pour la relation, quand la situation l'exige, elle prend l'initiative de favoriser des moments dédiés au relationnel au détriment des soins, en indiquant : « *Quelquefois le matin je prends quand même le temps de m'asseoir avec eux, je sais que je vais me mettre en retard dans mes soins* » (L. 37-39). Rose confesse néanmoins que l'organisation du travail dans sa structure permet de détacher des moments dédiés à la relation et au lien avec les résidents comme le midi et les après-midis en

particulier « *le midi j'ai un peu de temps pour prendre des nouvelles de façon individuelle. Les après-midis, également, on va dire que la charge de travail est moindre* » (L. 41-43), mais que finalement pour Rose c'est la répartition de ce temps de relation qui n'est pas adapté au moment dont le résident est le plus en demande, que représente le matin et le soir en précisant : « *le soir, j'aimerais pouvoir passer les voir dans leur chambre et leur dire « au revoir » et « bonne nuit »* » (L. 49 et 50).

Rose est une infirmière compétente dans la profession, moins de 5 ans d'exercice, elle semble être au stade d'immersion qui est caractérisé par un début de carrière et une empathie exacerbée lié à un choc entre la rencontre de la profession fantasmée tel qu'elle le décrit « *de les voir sourire tout le temps, qu'ils soient tous content, et surtout de pouvoir répondre à la moindre attente* » (L. 84 et 85) et la réalité du malade avec sa maladie. En effet Rose verbalise un sentiment de « *frustration* » (L. 45 et 46) lié à l'idée qu'elle se faisait de sa profession et la réalité de l'exercice professionnel introduit par cette phrase « *je me demande si je suis une mauvaise soignante* » (L.54), ce questionnement sur son professionnalisme est la conséquence de son empathie exacerbée envers les personnes âgées et de sa difficulté je la cite : « *ne pas pouvoir répondre à toutes les demandes des résidents* » (L. 59-60). De plus les émotions de Rose s'expriment à travers son sentiment de « *culpabilité* » (L. 60, 78 et 80) vis-à-vis des résidents car elle estime ne pas être assez présente pour la relation d'aide et à l'écoute des résidents.

Rose est très attentive et sensible à la communication du résident, et notamment le message émit par l'émetteur qu'il soit verbal ou non verbal, elle m'indique : « *quand on arrive dans leur chambre le matin et que les résidents se mettent à sourire, ou quand ils nous appellent par nos prénoms on sait que cela se passe bien* » (L. 66 et 67). Cette première interaction conduisant les interlocuteurs à créer un lien d'échange mutuel, ayant pour conséquence la mise en place d'une relation d'aide avec un résident en demande, et Rose pourra être authentique et sortir de son rôle de soignant par le dialogue « *les résidents me demandent des nouvelles de ma famille, de mes animaux* » (L. 68 et 69), et ainsi sortir de la relation soignant-soigné pour entrer dans une relation hors contexte de soin.

Au sujet de la particularité de la relation en EHPAD, Rose dit : « *le fait de les côtoyer au quotidien, on sait rapidement quand le résident ne va pas bien, par exemple si la personne est souriante et dans l'échange on sait qu'elle va bien, alors qu'un résident qui a le visage fermé et s'isole ne va pas bien* » (L. 74-77). On peut dire que pour Rose l'accumulation d'interactions

quotidiennes avec les résidents tel que cela est possible en EHPAD, en terme de fréquence et de durée, permet une connaissance de l'autre à travers son langage verbal ou non verbal. Par conséquent, cette connaissance de l'autre lui permet de repérer rapidement des signes de dépendance affective ou au contraire de démotivation. On peut induire l'idée, pour Rose, que la relation avec les résidents a du sens dans sa pratique professionnelle et l'observation de la communication du résident comme outil thérapeutique.

4.2.5 Entretien n°4 avec Lilas

Lilas est une infirmière 58 ans, diplômée depuis 1986, a réalisé la majorité de sa carrière en hôpital en région parisienne puis à travers la France, en soins généraux de médecine court séjour, en service de cardiologie, de gastrologie, et de médecine USLD (Etat Végétatif Chronique). Elle a intégré cette EHPAD depuis 2013 qui est sa première expérience avec ce type de population. L'entretien a duré 23 minutes environ, ce qui correspond au temps prévu moyen pour chaque entretien.

Dès la question inaugurale, Lilas fait le parallèle entre le monde hospitalier avec les soins généraux, son passé, et les EHPAD qui est un lieu de vie, son présent. Très clairement, Lilas fait la nuance entre la relation de soin à l'hôpital et la relation d'aide en EHPAD, elle dit « *c'est un lieu de vie, donc la relation c'est plutôt materner, une relation maternelle, ce sont des soins plus relationnels* » (L. 14 et 15) elle utilise le terme de materner qui au sens large représente la relation mère/enfant pour définir la relation infirmier/résident.

Lilas oppose la relation maternante à la relation de soins pratiquée à l'hôpital en parlant de la posture professionnelle elle précise « *l'hôpital on est là pour soigner, on doit réaliser les soins, le médecin dit on fait les soins prescrit, les patients viennent* » (L. 25 et 26) on peut en déduire selon ces propos que le rôle prescrit prévaut sur l'aspect relationnel avec le patient, et que la relation est objectivée. Soigner étant l'objet principal de la relation autant pour le soignant que pour le soigné.

Lilas poursuit avec l'idée que le lieu de soin et l'organisation institutionnelle engendre le type de relation avec le patient, en disant « *l'hôpital on n'avait pas le temps de voir le côté du patient, on ne cherchait même pas de ce côté d'ailleurs, je ne suis pas formée à la relation, j'avais une prescription je donnais ou je faisais et c'était fini* » (L. 43-45).

Lilas était la détentrice de la connaissance, lui conférant une supériorité dans les rapports au soigné au sein de la relation de soin à travers la notion de carrure « *à l'hôpital, tu te fais une « carrure » face aux patients* » (L.16), ces propos collaborent la notion d'asymétrie de la relation soignant/soigné.

Cette différence, entre son expérience passée avec des relations de soin au sein de l'hôpital et son présent dans des relations maternantes, a engendré des débuts difficiles à appréhender en EHPAD pour Lilas, lui procurant même un sentiment de ne plus être une infirmière telle qu'elle se représente la profession « *je me sentais plus infirmière avant dans mon soin* » (L. 13). Mais maintenant Lilas a le recul nécessaire pour signifier « *au niveau de l'approche c'est différent à l'hôpital on est là pour soigner alors qu'en EHPAD on est là pour prendre soin. Le soin en EHPAD est moindre, moins technique, je suis toujours infirmière mais je me sens une infirmière différente de l'hôpital en EHPAD* » (L. 20-23). On peut émettre l'hypothèse que Lilas a dû adapter son rôle d'infirmière passant d'un exercice professionnel à objectif de technicité avec un relationnel mis de côté, vers un rôle d'infirmière relationnelle reléguant la technicité au second plan.

Pour Lilas au sujet de la relation infirmier-résident, elle précise la manière dont elle aborde la relation par la communication verbale « *parler avec les résidents, d'écouter leur vie, leur histoire de vie* » (L. 35 et 36), mais elle est également attachée à l'observation l'environnement du résident « *ils ont les photos dans les chambres, donc du coup tu peux discuter autour des photos et du coup tu demandes ce qu'ils faisaient quand ils étaient jeunes et tu rentres dans leur vécu d'avant* » (L. 54-56), elle utilise l'environnement du résident comme support de communication afin d'entrer en relation.

Lilas pour définir la relation infirmier – résident utilise du vocabulaire qui a attiré à la sphère familiale « *familiale, famille* » (L. 34, 41, 72), « *materner* » (ligne 15), elle parle de la relation tripartite infirmier/résident/famille « *avec le résident, on peut mettre en place des actions d'accompagnement et avec la famille* » (L. 78-79). A travers cette notion très personnelle je peux émettre l'hypothèse que les émotions de Lilas s'exprime. En effet Lilas précise « *certains résidents ne voient que nous dans la journée, d'autres ont beaucoup de visites les enfants, les petits enfants mais d'autres résidents n'ont pas de famille. Je ne dis pas qu'on remplace une famille mais bon on est présent* » (L. 39-42), ce qui indique que Lilas est très attachée à la notion familiale mais surtout elle va porter une attention sur les résidents qu'elle estime en déficit de rapports familiaux et va combler ce manque par des actions « *je vais plus m'investir au niveau*

relationnel, au niveau de m'intéresser à leurs vies d'avant, on va plus discuter sur leurs vies » (L. 42 et 43).

Lilas aborde la relation comme outil de soin : *« quand la personne arrive je vois d'abord ses besoins fondamentaux puisqu'il faut monter des projets de vie, puis des projets et des plans de soins. Par l'intermédiaire des Projets d'Accompagnement Personnalisé, plus tard, on va apprendre leurs habitudes. Au fur et à mesure on va apprendre à les connaître, pas le jour J de l'entrée, on va découvrir sa famille et son entourage avec lesquels on va pouvoir discuter et s'appuyer » (L. 69-73).* A travers son discours Lilas n'oublie pas la fonction de soin de son institution, avec des objectifs d'accompagnement individualisé en terme de soins médicaux, d'environnement de vie du résident adapté et d'animation. La relation va donc permettre à Lilas de connaître le résident et par conséquent d'adapter au mieux ses actions.

Lilas confesse qu'il y a des résidents avec lesquels elle a un *« feeling »* (L. 82, 83,84) dont la relation sera une relation d'aide qu'elle va approfondir au fil du temps à travers les interactions. En contrepartie les résidents avec lesquels le *« feeling »* n'est pas présent la relation se résumera à une relation de soin. Néanmoins Lilas précise qu'elle laisse le libre choix au résident d'être en relation ou pas *« tu sens et ressens si tu peux être plus proche de la personne, si la personne accepte ou pas d'être en relation avec moi, certains veulent qu'on les laisse tranquille »* (L. 85-87), mais demeure disponible si le besoin s'en fait sentir *« quand je vois qu'ils ont besoin de parler, de prévoir des choses, ou téléphoner à leur famille, là je suis la première à dire on va discuter ou va appeler votre famille »* (L. 90-91). Cela indique que l'accompagnement de Lilas après des résidents est laissé au gré des besoins et des envies de la personne, ces propos collaborent la fonction de lieux de vie des EHPAD.

Lilas est une infirmière expérimentée, elle se situe au stade émotionnel de la maturité, ce qui lui confère une aisance à relativiser en cas de refus *« on va proposer si le résident refuse, je vais essayer dans un second temps mais s'il y a toujours un refus soit je passe le relai à mes collègues, soit j'en parle à la cadre de santé ou au médecin, on a un travail d'équipe »* (L. 97-99), elle est dans la réaction en passant le relai à l'équipe plutôt que dans l'émotion qui consisterait à culpabiliser de ne pas réaliser les soins sur prescription. Son expérience lui permet de relativiser en évaluant la nécessité vitale du soin pour le résident, l'énergie déployée pour négocier le refus, le traumatisme causait par un soin sous contrainte et la liberté du patient.

Au sujet des émotions et des sentiments, Lilas, après un travail de rétrospection sur son vécu émotionnel professionnel, indique *« je me suis toujours fait une barrière de côté-là, je n'ai*

jamais eu de problème avec les sentiments et les émotions, mais durant toute ma carrière j'ai mis cette barrière vie privée, vie professionnelle » (L. 128-130). Afin d'agir en corrélation avec le code de déontologie de la profession infirmière, Lilas a cloisonné sa vie privée de sa vie professionnelle chacune indépendamment de l'autre, le vestiaire constituant la frontière entre les deux vies.

4.3 Analyse thématique

J'ai remarqué un grand intérêt des infirmières sur le sujet de mon mémoire, la plupart ont répondu à ma question inaugurale avec une certaine précaution dans les termes utilisés. Les infirmières interrogées ont, dans l'ensemble, pris un certain temps de réflexion pour répondre à la question inaugurale, je peux émettre l'hypothèse que la nature de ma question est de l'ordre du général, sûrement dû à mon idée de départ qui était de ne pas influencer le professionnel par une question trop précise. En contrepartie, la suite des entretiens étaient plus spontanés, les échanges me semblaient plus détendu, le discours moins policé.

4.3.1 Au sujet de la personne âgée en EHPAD

Lieu de vie assumé, mais lieu de fin de vie tue

Le discours des quatre professionnelles interrogées est unanime, c'est le lieux de vie des résidents, cela confère une totalité liberté d'adhésion ou non des résidents au soin. On peut mettre en lien avec la Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance qui stipule : « *Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie* » (2009).

L'ensemble des infirmières s'adaptent aux souhaits, aux droits du résident et vont soit reporter, soit négocier ou soit annuler les actes en collaboration avec le médecin, cela ne semble pas faire naître de remise en cause du professionnalisme chez eux. Je peux en déduire que dans les EHPAD les soins sur prescription, et les actes infirmiers techniques passent au second plan. Le soin sur prescription ne représente pas une nécessité absolue pour le personnel infirmier, la liberté en tant qu'individu du résident prévaut sur l'objectif de soigner des professionnels et sur le caractère sanitaire de la structure.

Par contre l'EHPAD comme dernière demeure, n'a été mentionné par aucun des professionnels interrogés. Rien d'étonnant on atteint, ici le concept limitant la médecine, en effet la mort constitue la fin de la vie, la fin du rôle soignant qui préserve la santé et la vie.

Profil type du résident

En lien avec les concepts présentés par PLOTON, L. et les propos recueillis auprès des professionnels, il semble que 2 profils psychologiques de résident se dessinent distinctement :

- Les résidents en demande : ils sont très ouverts à la relation avec le soignant, ils sont facile d'accès à la communication ce qui va conduire des infirmières comme Violette, Iris et Rose à approfondir la relation, mais très demandeur en attention fréquemment et régulièrement, pour les infirmières cela peut conduire à une charge de travail supplémentaire pour Iris, le distraire de ses tâches à accomplir et peut faire naître chez le professionnel un sentiment de « *culpabilité* » (Entretien 3, L. 60, 78, 80) lié à l'incessante insatisfaction du résident pour Rose.
- Les résidents non en demande : ils sont caractérisés par un repli sur soi même, peu enclin à créer des relations à l'autre, certaines professionnelles plus expérimentées vont déterminer et agir sur ce type de résident, Violette va chercher la « *brèche* » (Entretien 2, L. 51 et 54) pour entrer en communication, et Lilas créera plus une relation d'aide, telle que la décrit ROGERS, C. avec le résident.

Ils semblent clair que les infirmières dites « *compétentes* », représentée par Iris et Rose, sont en difficulté dans l'exercice de leur profession face au résident très en demande que ce soit à travers leurs ressenties ou sur leurs pratiques professionnels. On peut émettre l'hypothèse que la rencontre entre la maladie du malade (la réalité) et le jeune professionnel avec ses représentations (personnel et professionnel) ont un impact dans son quotidien surement lié au manque de situation vécue par son passé élément constituant l'expérience. En lien avec ma situation d'appel j'ai été démuni face aux demandes de Mme O., j'ai même interprété sa demande d'attention par des signes d'anxiété ou de dépression. En contrepartie les professionnels de la structure durant mon stage à travers leurs expériences, surtout la psychologue, m'ont permis de comprendre les signes de demande d'attention plutôt que de démotivation, cette situation me servant de référence dans mon expérience présente et future constituant mon apprentissage de novice.

Les infirmières dites « *expertes* » vont porter leurs attentions sur les résidents indiquant des signes de démotivation, leurs expériences passées permettent de détecter une personne en détresse conduisant à une réaction professionnelle efficace et adaptée à la situation.

4.3.2 Au sujet de la relation infirmier-résident

L'art de la relation

En référence à SORSANA, C. la relation est « *une accumulation d'interactions entre individus qui durent et qui impliquent des attentes, des affects et des représentations spécifiques... On peut définir une relation comme une succession d'interactions s'inscrivant dans une continuité et un lien ; chaque interaction est affectée par les interactions passées et affecte à son tour les interactions futures. Et, ce n'est pas tant le cadre formel des rencontres humaines (durée, répétition...) qui permet de distinguer interaction et relation mais les significations cognitives et affectives que les interactants projettent dans cette interaction* » (2009), 34.

Les infirmières portent une attention toute particulière à la relation en EHPAD, le discours de 3 professionnelles sur 4 va en ce sens. En effet Iris, Violette et Rose ont choisi d'exercer leur profession dans ce type de structure pour le caractère régulier, fréquent et quotidien des interactions, pour ce que l'on appelle le côté relationnel du soin. Lilas éprouvant plus de difficulté à s'adapter à l'aspect relationnel dans la structure, guidée par son passé d'infirmière hospitalière dont le rôle sur prescription passe en priorité, ce que l'on nomme le côté technique du soin. On peut déduire de cette partie, qu'il émerge 2 types d'infirmières distincts, dicté par l'objet du soin, les infirmières relationnelles et les infirmières techniciennes.

La relation d'aide basée sur les travaux de ROGERS, C. qui s'appuie sur la confiance mutuelle et l'empathie semble être au vu du discours des professionnels la plus représentative, mais la relation de soin peut être utilisée dans le cas d'un résident en refus de relation aux autres, Lilas précise « *la relation va se résumer aux soins* » (ligne 84) dans le respect de la volonté du résident.

Pour Iris la relation est caractérisée par une « *relation de respect mutuel* » (Entretien 1, L. 11) ce qui confère une symétrie entre les interactants de la relation en EHPAD, et la différencie de la relation soignant / soigné « classique » où le soignant détenteur de la connaissance impose son pouvoir au soigné. Cette écart de statut entre les interactants de la relation est repérable à travers le discours de Lilas, son expérience des soins généraux elle évoque la notion de

« carrure » (Entretien 4, L.16) du professionnel hospitalier où la relation est objectivée par l'objet de la rencontre : soigner. Lilas décrit la relation en EHPAD comme une relation « *maternante* » (Entretien 4, L. 15 et 36).

Violette met en lumière l'aspect singulier et unique de la relation, « *il y a 80 résidents, il y a 80 relations différentes* » (Entretien 2, L. 10) relayant les propos de FORMARIER, M., son vécu professionnel « *j'ai été technicienne* » (Entretien 2, L. 27), sa personnalité « *c'est naturel* » (Entretien 1, L. 26) confère une maturité professionnelle qu'elle met au service de la relation aux résidents, qui s'exprime en ces termes « *je suis plus sereine au point de vu de mes connaissances, mes pratiques et mes relations au patient* » (Entretien 2, L. 62-63). Iris indique pour caractériser les interactions quotidiennes et fréquentes « *On apprend à les connaître tous les jours, on les découvre tous les jours* » (Entretien 1, L. 91 et 92) ce qui précise un lien de continuité des interactions mais une évolution des interactions dans le temps, la relation semble être sans cesse en mouvement. Mais d'autres professionnels interrogés comme Violette créant des « *rituels* » (Entretien 2, L. 119) avec les résidents, et Rose initiant rapidement un contact physique « *une caresse sur la joue* » (Entretien 3, L. 38) vont construire des liens par des rituels créant la reconnaissance mutuel.

La relation : outil de soin

Le constat émergeant des entretiens est la relation infirmier – résident représente le socle de l'accompagnement de la personne âgée en EHPAD. En effet Violette a créé des liens de « *connaissance* » (Entretien 2, L. 53) et de « *reconnaissance* » ((Entretien 2, L. 53) avec les résidents permettant une confiance mutuelle lui octroyant une aisance dans la réalisation de ses soins infirmiers, en donnant l'exemple d'une prise de sang sur une résidente en déficit cognitif. Rose grâce à sa connaissance des résidents, à travers les interactions passés, va être en mesure de jauger l'humeur psychologique du résidents « *on sait rapidement quand le résident ne va pas bien* » (Entretien 3, L. 78) et éventuellement désamorcer des situations délétères. Iris quant à elle anticipe les situations conflictuelles avec les résidents et agit sur son positionnement professionnel « *je me mets dans les meilleures dispositions* » (Entretien 1, L. 82) face à la situation difficile à gérer. Lilas va être plus attentive à déterminer les manques relationnels chez les résidents et en réaction combler ces manques en verbalisant « *je vais plus m'investir au niveau relationnel* » (Entretien 4, L. 43).

A travers ces propos sur la relation entre les résidents et les infirmiers je peux constater que la pratique des infirmières semble facilitée par la relation. Les interactions passées et quotidiennes créant une connaissance de l'état psychologique et physique du résident, permettant une base de référence au professionnel, qui peut rapidement déterminer une évolution et mettre en réaction des actions soignantes efficaces si nécessaires. De plus la connaissance des résidents par les infirmières, la reconnaissance des infirmières par les résidents, permet de créer un climat de confiance. Cette confiance permettant au professionnel de réaliser ses actes infirmiers, pouvant être invasif, dans les meilleures conditions de sécurité, et sans engendrer de traumatisme supplémentaire chez le résident.

La communication : outil relationnel et thérapeutique

La communication comme action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, un échange verbal ou non verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse. « *La communication nécessite un émetteur, un récepteur et un message codé à transmettre* » selon le schéma communicationnel de Shannon et Weaver (1992), 70.

Les infirmières m'ont indiqué que la relation s'établissait grâce à la communication, qu'elle soit verbale ou non verbale. Violette crée un lien de communication par le verbal « *parole* » (Entretien 2, L. 120) mais porte une attention particulière sur le non verbal « *ces échanges de regards, de moments, de gestes sont nécessaires* » (Entretien 2, L. 120), de plus son expérience lui confère une capacité d'analyse de la réponse du récepteur (observation et analyse du message) et d'adapter sa réponse en retour « *tu ne peux pas t'adresser à chaque personne de la même manière* » (Entretien 2, L. 48), consciente de la nécessité de communiquer dans sa pratique professionnelle il lui arrive d'utiliser l'environnement des résidents pour enclencher un échange. Cet élément de l'environnement du patient comme support de communication est également utilisé par Lilas, qui indique « *tu peux discuter autour des photos* » (Entretien 4, L. 56) elle confie porter une attention sur le passé de la personne, son vécu « *tu demandes ce qu'ils faisaient quand ils étaient jeunes et tu rentres dans leur vécu d'avant* » (Entretien 4, L. 57). Rose quant à elle va être sensible à l'expression de l'humeur du résident caractérisée par l'expression de son visage « *les résidents se mettent à sourire* » (Entretien 3, L. 70), donc le non verbal va lui indiquer si elle peut entrer ou pas en relation. Iris indique que la fréquence des relations quotidiennes, permet de favoriser la communication, que les liens de communication passés servent de référence au résident, engendrant un climat rassurant pour ces

personnes vulnérables « *c'est rassurant ça a valeur de référence, un interlocuteur connu et reconnu* » (Entretien 1, L. 106-107) en parlant de la connaissance et reconnaissance visuelle.

La communication verbale ou non verbale entre le professionnel et le résident permet l'échange d'information. L'information donnée par le patient peut être un indicateur précieux pour le professionnel de son état actuel, il est également l'outil essentiel des échanges relationnels. Le résident semble être sensible à l'information émise par le professionnel, souvent à travers son langage non verbal, actionnant le désir ou pas d'entrer en relation avec le professionnel.

Cet aspect résonne en moi, en rapport à la situation avec Mme O. j'ai été sensible à son expression du visage lors de notre 1^{ère} rencontre qui était souriante, créant un climat propice à l'échange verbal, j'ai pu utiliser les supports disponibles tel que ses repas, ses photos ou la décoration de sa chambre. Puis au fur et à mesure nous nous sommes connus et reconnus les discussions portant sur notre vie privée, évoluant vers la confession des angoisses de Mme O., mais face au message émit par ma réaction visuelle et comportementale elle comprit ma gêne intérieur sur le sujet et en réaction elle accepta de changer de sujet de discussion.

4.3.3 Au sujet des émotions

Qui dit humain, dit émotion

Une notion émergente et commune à chaque entretien avec les professionnels est la notion d'humain. A travers cette notion les infirmières évoquent leurs émotions ressenties dans l'exercice de leur profession. En effet, qui dit « humain » dit « émotion », on ne peut travailler au contact de la vie, de la mort, de la maladie, de l'humanité sans ressentir d'émotion. En corrélation avec les propos de MERCADIER, C. « *l'expression émotionnelle est omniprésente dans le milieu du soin lié aux interactants de la relation en tant qu'individu et le caractère de l'objet de la rencontre humaniste* » (2012).

Les termes sont différents pour déterminer le lien subjectif, naturel et aisé entre les infirmiers et les résidents tel que « *le feeling* » pour Violette (Entretien 2, L. 15, 69) et Lilas (Entretien 4, L. 82, 83, 84), « *l'affinité* » (Entretien 1, L. 13 et 14) pour Iris. On entre dans le domaine du personnel, du sentiment, de l'émotion, la définition qui me semble la plus appropriée est celle de l'affect. Selon FERNANDEZ, L. « *l'affect est une tonalité du sentiment, agréable ou désagréable, qui accompagne une idée une représentation ou une relation. Les affects expriment tous les phénomènes de l'affectivité, c'est-à-dire toutes les nuances du désir, du*

plaisir et de la douleur qui entrent dans l'expérience sensible sous forme de ce que l'on appelle les sentiments vitaux, l'humeur et les émotions. Ils sont des manifestations externes, visibles et observables des états émotionnels » (2012) 164-167.

En lien avec le positionnement des infirmières face à leurs émotions dans leur pratique, les émotions sont considérées comme nécessaires comme le relai le discours d'Iris « *j'en ai besoin, besoin pour faire mon travail* » (Entretien 1, L. 52 et 53), ou de Rose « *je viens travailler avec joie, car j'aime travailler au contact des personnes âgées* » (Entretien 3, L. 60-61) elles confirment le rôle de « *moteur* » des émotions dans l'accompagnement des résidents. Les émotions sont connues et régulées pour Violette, elle connaît ses émotions à travers son vécu professionnel « *je n'étais pas sûr de moi, ce qui des fois me causaient des difficultés pour aborder les patients* » (Entretien 2, L.61-62), en rappelant ses premières années d'exercice où le manque de confiance l'a conduit à des difficultés dans ses pratiques professionnelles, et confesse qu'avec son expérience en tant que personne et professionnelle aguerrie elle est en capacité de les réguler « *avec la maturité je suis plus sereine* » (Entretien 2, L. 62). Lilas a tendance à réprimer ses émotions, son vécu professionnel de la relation de soin à travers le monde hospitalier, sa capacité à séparer sa vie professionnelle de sa vie privée, sa maturité lui permet de ne pas être submerger par ses propres émotions « *je n'ai jamais eu de problème avec les sentiments et les émotions, durant toute ma carrière* » (Entretien 4, L.132-133). On peut en conclure assez clairement une corrélation entre le positionnement de l'infirmière face à ses émotions et son expérience professionnelle. Par conséquent on détermine une temporalité dans le vécu émotionnel du soignant, en référence aux différentes périodes vécues dans le parcours du professionnel. Les périodes sont représentées par le stade d'immersion (début d'exercice), puis le stade de l'empathie souffrante, le stade de la mise en distance et pour finir le stade de la maturation selon DELHAYE, M. et LOSTRA, F. (2007).

En parallèle de ma situation, il y a eu un lien naturel, inexplicable avec Mme O. créant notre relation, ma réaction émotionnel à travers mon inexpérience d'étudiant novice m'a conduit à réagir avec un comportement de fuite face à ses angoisses. Mais le recul pris sur la situation va me permettre qu'elle devienne une expérience et d'agir d'une façon différente, plus efficace dans le futur, je l'espère, en adéquation avec le professionnalisme nécessaire.

Les notions de transfert et contre transfert s'en mêlent

Les différents discours des professionnels indiquent des échanges naturels et aisés avec certains résidents et pas avec d'autres. Ces propos semblent indiquer un lien inexplicable et « individu-dépendant » entre les protagonistes de la relation. On touche, ici, à l'expérience subjective c'est-à-dire ce qu'on pense ou dit ressentir l'une des composantes des émotions. Cette expérience subjective conduisant à l'action, qui est la réaction comportementale à travers le lien ou non avec le résident. Je ne peux omettre la question du transfert qui peut représenter une source rationnel du lien. Le grand dictionnaire de la psychologie définie en ces termes :

« Le transfert est un processus psychologique qui tend à reporter sur les personnes ou des objets, apparemment neutres, l'ensemble des émotions et désirs ressentis par le sujet de façon souvent ambivalente. Le transfert est donc un processus lié au patient sur le soignant. Il l'identifie comme un proche et éprouve des sentiments envers lui comme il a pu les éprouver auparavant » (1999), 908.

Le contre-transfert est un "a priori" du soignant envers tel ou tel patient, en dehors de toute visée soignante. Il désigne l'incapacité du professionnel à séparer la relation thérapeutique de ses émotions personnelles et des attentes du patient. Le contre-transfert est donc un processus qui émane du soignant envers le patient. Le soignant projette ses émotions et son vécu via sa perception du patient » (1999), 201.

Iris aborde clairement la question du contre transfert « *une personne qui va me faire penser par exemple à mon grand-père ou à ma grand-mère* » (Entretien 1, L.37), Violette va plutôt évoquer des souvenirs de son passé « *je me rappelle quand j'étais jeune vers 12-13 ans je m'occuper de mes grands-parents* » (Entretien 2, L.13-14) j'émet l'hypothèse qu'à travers le lien avec les personnes âgées, les infirmières revivent inconsciemment des situations à forte intensité émotionnelle personnelle. Lilas semble être plus sensible à la notion de « *famille* » (Entretien 4, L.35,42) le terme est utilisé à plusieurs reprises lors de son entretien pour représenter la relation avec les résidents, elle emploie même le terme « *de materner* » (Entretien 2, L.15, 36) pour caractériser la relation. Violette évoque également « *et si c'était moi* » (Entretien 2, L.97) qui concerne l'aspect de projeter sur l'autre sa propre existence ou du moins nos propres souhaits.

Les infirmiers relayent la notion de transfert en indiquant leur rôle auprès des résidents, pour Lilas « *je ne dis pas qu'on remplace une famille mais bon on est présent* » (Entretien 4, L. 42 et 43), Violette parle de sortir de la relation soignant-soigné « *je sors de mon rôle de soignant,*

et, Mme F. de son rôle de soignée pour passer un bon moment en marge de la maladie pour elle et de mon travail pour moi » (Entretien 2, L.114-115) et Iris « dire qu'ils sont de la famille est un bien grand mot, mais on est auprès d'eux au quotidien » (Entretien 1, L. 56-57).

Emotion et professionnalisme : la juste distance

Une constante est apparue au cours des entretiens, à chaque propos des infirmières interrogées prenant position sur ses émotions, ses sentiments ou son caractère, le propos va être repris et pondéré par un retour à la neutralité tel que le requière le professionnalisme. A travers le discours d'Iris « *il y a forcément des affinités avec certains résidents plus que d'autres, mais on essaye d'avoir, quand même, cette barrière professionnelle* » (Entretien 1, L.14-15) ou « *on a un affect un peu plus avec une personne, on a tendance à dire plus facilement « oui » qu'à une personne où l'on a moins d'affect, même si ça ne devrait pas le faire* » (Entretien 1, L. 29-30), Violette « *il y en a beaucoup que j'aime bien, je les aime tous* » (Entretien 2, L. 103-104) et Lilas « *je ne vais pas dire que l'on fait partie d'une famille car je suis professionnelle* » (Entretien 4, L. 35-36).

Ces propos relayant ceux de MERCADIER, C. « *la maîtrise des émotions est une obligation implicite, intériorisée par le soignant au cours de sa socialisation professionnelle. Elle s'intègre dans un véritable travail émotionnel qui permet au soignant d'atteindre un niveau professionnel dans la relation thérapeutique, caractérisée par la neutralité* » (2012), 229.

La norme professionnelle dictée par le code de déontologie de l'infirmière qui indique : « *L'infirmier doit écouter, examiner, conseiller, éduquer ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient, notamment, leur origine, leurs mœurs, leur situation sociale ou de famille, leur croyance ou leur religion, leur handicap, leur état de santé, leur âge, leur sexe, leur réputation, les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ou leur situation vis-à-vis du système de protection sociale* » (2016) génère une neutralité dans les pratiques infirmières. Néanmoins le professionnalisme caractérisé par la neutralité émotionnel se confronte à la réalité de la nature humaniste du soin, et au caractère singulier, unique et surtout subjectif de la relation entre l'infirmier et le résident. Dans la relation d'accompagnement, la recherche de la « bonne distance » ou juste distance est sans doute à trouver dans une certaine posture professionnelle plutôt que dans une distance professionnelle. La juste distance est délicate à trouver car le soignant entre dans la sphère intime du patient, et qu'il s'agit d'une relation humaine, avec toutes les émotions que cela peut générer. Toutefois,

la juste distance permet de protéger à la fois le soignant et son patient. En effet, une trop grande distance ou une relation « froide » peut impliquer une prise en charge moins efficace. A l'inverse, trop de proximité peut générer un surinvestissement de la part du soignant qui peut avoir des séquelles à la fois sur son propre état de santé (stress et épuisement).

Lors de ma situation avec Mme O. lors de ses pleurs, un geste affectueux, comme j'aurai pu le faire à un de mes proches tel que la reconforter en la prenant dans mes bras est inenvisageable dans le cadre de mon rôle professionnel. Mais initier un geste de réconfort plus neutre aurait pu être adapté sauf que mes émotions ont impacté mes réactions de novice face à cette situation.

4.4 Analyse critique de l'enquête exploratoire

La première critique que je pourrais faire sur les conditions de mon enquête exploratoire serait relative à l'échantillon d'infirmiers interrogés. Tout d'abord il me semble important de préciser qu'avec seulement 4 entretiens il est impossible de faire des généralités.

Le choix du thème de mon travail n'est pas le fruit du hasard, il faut le confesser, je suis très sensible à la condition de vie des personnes âgées, leurs accompagnements et les institutions qui les accueillent. Ce travail m'a conduit à refreiner mes idées et mes conceptions sur le sujet, et de ne pas interpréter mes propres représentations à travers celle des autres, j'espère y être parvenu.

Le déroulement des entretiens semi-directifs sans guide d'entretien, mais avec une question inaugurale et des questions de relance, ont permis de ne pas influencer les propos mais plutôt d'orienter les échanges, en ce sens la difficulté réside en tant qu'interviewer à maintenir un fil conducteur commun à tous les entretiens. L'entretien n°1 avec Iris m'a servi de base commune pour les entretiens suivants qui ont été réalisés à distance.

Je peux indiquer à ce stade, qu'il m'a été plus aisé d'aborder le sujet de la relation soignant/soigné, que l'aspect émotionnel du soignant, sûrement lié au caractère individuel et personnel de l'émotion.

Dans les entretiens les émotions des bénéficiaires de soin ont peu été abordé. Les émotions de l'autre acteur de la relation : les résidents, ont sûrement un impact dans les échanges, les liens et la communication avec les professionnels, je pense à la notion de transfert notamment. De plus, étudier qu'un seul acteur de la relation conduit à relater qu'une vision unique de la situation, à travers le regard du professionnel.

L'expérience des professionnels interrogés, m'a permis de constituer 2 types d'infirmières, les compétentes et les expertes. Ces 2 types de professionnels constituant les extrémités de la durée d'exercice des professionnelles, tel que le début de carrière et la fin de carrière Cet élément a permis une richesse des points vue, du regard sur le vécu émotionnel, du parcours professionnel, mais il aurait été intéressant d'avoir une vision d'un professionnel se situant dans le stade intermédiaire, des « *infirmières performantes entre 3 et 5 ans d'expérience qui perçoivent les situations comme des tous et non en termes d'aspects, elles s'appuient sur un processus analytique de la situation* » (2010) 78-91.

Au sujet des entretiens, ils ont été réalisés sur la même structure présentant des avantages certains dans la comparaison des propos. Mais je m'interroge sur l'idée qu'une autre structure, avec une autre culture, une autre organisation aurait conduit, peut-être, à une vision différente des situations.

Toujours en rapport avec les entretiens, ils ont été réalisés dans une structure, pendant mon stage pré-professionnel, je peux en déduire 2 hypothèses générant des biais.

La première, les infirmières me connaissant, ont-elles été influencées dans leurs réponses ?

La seconde, connaissant les infirmières ai-je influencé leurs réponses ou interprété leurs propos ?

5 Problématique

Après avoir tenté de trouver des réponses à ma question de départ qui est :

Quel est l'impact des émotions au sein de la relation infirmier-sujet âgé en institution ?

La recherche théorique suivi d'une recherche empirique, a permis de mettre en exergue de nouvelles questions. Mais il m'apparaît, avant tout, essentiel de faire un état des lieux des connaissances obtenues lors de ces recherches et d'émettre les hypothèses qui en découlent.

De mes entretiens exploratoires réalisés, il ressort en premier lieu que la relation de l'infirmière avec le résident en EHPAD est un élément essentiel du prendre soin dans ces structures. Les infirmières interrogées indiquent que c'est la nature et les caractéristiques des relations aux résidents qui les intéressent dans l'exercice de leur profession, au détriment de l'aspect plus technique. Je m'interroge autour de cette compétence relationnelle dans un contexte de professionnalisation. La compétence relationnelle entre dans le processus de professionnalisation dès la formation des infirmières, initiée par les unités d'enseignement 4.2 des semestres 2 et 5 en Institut de Formation en Soins Infirmiers. En outre la professionnalisation est décrite par WITORSKI, R. comme « *la recherche d'une meilleure efficacité au travail, Il s'agit en effet de comprendre les caractéristiques spécifiques d'une situation singulière pour la comprendre et y agir avec une certaine autonomie* » (2008) 9-36. Dans le monde infirmier la professionnalisation correspond, selon les préceptes de BENNER, P. de l'évolution de débutante vers experte (2010) 78-91. Mais FORMARIER, M. souligne « *Une grande partie de l'apprentissage des infirmières (qu'elles soient étudiantes ou novices dans la discipline) se fait par transmission directe des savoirs, des expertes vers les moins expérimentées. La transmission des attitudes relationnelles est complexe, car elle nécessite d'une part, que l'experte ait identifié et mis en mots les interactions qui se passent entre elle et les patients au moment des soins, ce qui reste très difficile, et, d'autre part, l'acquisition des attitudes relationnelles requises par tous les événements de soins se construit par l'expérience, par confrontation personnelle à la situation, avec une possibilité de verbalisation avec un tiers compétent pour analyser la situation* ». (2007), 33. Ce témoignage donne un éclairage sur la spécificité de la compétence relationnelle dans le processus de professionnalisation des infirmières expertes vers les novices. La compétence relationnelle est constituée alors par l'accumulation des situations vécues procurant l'expérience du professionnel après un travail d'analyse personnelle. Les expériences passées ont valeurs de référence au regard du

professionnel. Cependant la relation est par définition contextualisée, unique, momentanée, singulière et imprévisible. De plus la relation est surtout soumise aux émotions, aux réactions, aux vécus personnels de l'infirmière elle est « individu-dépendant ». Autant de facteurs variables qui rendent difficiles la rétrospection sur les situations à caractère relationnelle générant l'expérience professionnelle.

En second lieu, d'après les propos des infirmières interrogées, les émotions constituent la base pour l'élaboration d'un lien d'échange permettant la connaissance et la reconnaissance des protagonistes de la relation. Néanmoins, j'ai pu noter, grâce aux entretiens, que la difficulté réside dans la notion de juste distance de ses émotions, dont le nécessite le professionnalisme à travers la neutralité, du code de déontologie de la profession, et la gestion de ses propres émotions. Parce que les infirmières sont soumises à des situations relationnelles quotidiennes de forte intensité émotionnelle, elles sont susceptibles en retour d'engendrer des réactions indépendantes de la volonté. Mais la charge émotionnelle d'une situation est soumise à des facteurs variables, diverses et parfois subjectifs car une situation relationnelle sera appréhendée différemment selon le niveau d'expérience de l'infirmière, mais également selon ses valeurs, son parcours de vie et sa personnalité. En effet les émotions sont soit un « moteur » professionnel, soit réprimandées « blindage », soit reconnues et maîtrisées par les infirmières en rapport avec les concepts de DELHAYE, M. et LOSTRA, F. (2007). Ainsi le facteur personnel à travers les émotions de l'infirmière est présent, mais parce que ce sont des rapports « humain à humain », les émotions peuvent parfois rapprocher des patients, ou s'en éloigner. Néanmoins un nouveau concept émerge au sujet de la gestion des émotions, et tend à balayer le paradigme du « blindage » professionnel vis-à-vis de ses émotions, c'est l'intelligence émotionnel. L'intelligence émotionnelle décrit par PHANEUF, M. « *tient une place importante dans nos comportements, face à nous-mêmes et aux autres : c'est elle qui nous permet de reconnaître nos propres émotions, de les comprendre et de les accepter. Elle nous aide à les utiliser de manière pertinente en fonction des situations et à nous y adapter. Elle nous permet aussi de reconnaître les émotions et les souffrances des autres, capacités particulièrement importantes en soins infirmiers* » (2010), 33-34. Cette nouvelle piste réflexive permet d'intégrer la connaissance et la reconnaissance de soi permettant la gestion de ses émotions et les répercussions sur la pratique professionnelle.

Le lien entre l'expérience personnelle et professionnelle, l'individu et le professionnalisme est tissé. Ce lien représente les composantes variables et uniques à chaque infirmier, c'est

l'ensemble que l'on peut nommer une identité personnelle professionnelle. Le professionnalisme nécessite une gestion des émotions pour ne pas nuire à son exercice professionnel. La relation entre le soignant et le soigné en contrepartie a besoin de ses émotions pour créer des liens et permettre de faciliter son exercice professionnel. Ainsi la bonne distance entre ses émotions et le professionnalisme est nécessaire mais représente un concept théorique. Dans la pratique quotidienne cela semble difficile à mettre en œuvre. En effet dans quelle mesure notre vécu personnel impacte notre vécu professionnel ? Et inversement dans quelle mesure la profession impacte nos émotions d'être humain ? De plus avec mon regard de novice je m'interroge sur la gestion de la juste distance professionnelle, notamment la manière d'adapter ses émotions, ses actions et ses réactions face aux situations de soin ?

CONCLUSION

« Le plus court chemin de soi à soi passe par autrui »

RICOEUR, P.

Parce que le discours de cette résidente décrit au départ, au détour d'une rencontre, a actionné un mécanisme émotionnel réflexe chez moi, dont je dois l'avouer je n'avais pas vraiment idée. J'ai décidé de prendre du recul face à cet événement et en déterminer les tenants et les aboutissants. Cette posture réflexive m'a permis, à distance, de générer mon questionnement de départ, et de donner naissance au sujet que je souhaitais traiter dans mon travail de recherche. L'apport de la littérature face à la question de départ m'a permis de conceptualiser la situation à travers des auteurs qui m'ont permis d'affiner ma réflexion souvent, d'éclairer des notions inconnues parfois et également d'aiguiller mon travail. En effet j'ai pu mettre des mots sur des réactions qui peuvent être psychologiques, physiques ou les deux qui composent les émotions. La personne âgée, en tant que sujet vulnérable physiquement et psychiquement que l'on accompagne dans des lieux de vie jusqu'à la fin, qu'il me semble incontournable de connaître avant de pouvoir la reconnaître. Et enfin la relation au cœur de l'échange entre les acteurs, j'ai pu porter une attention toute particulière sur les caractéristiques relationnelles propres en ces lieux de soin.

La recherche empirique est une belle découverte pour ma part, un moment d'échange et d'enrichissement personnel. Les professionnels ont verbalisé un impact des émotions dans leurs relations aux soignés, mais demeure interdépendante de la situation et des acteurs qui la composent et ainsi répondre à ma question de départ. J'ai d'abord eu une vision d'ensemble des entretiens, mais durant la retranscription et l'analyse en réalisant les liens avec mon cadre conceptuel j'ai pu murir ma réflexion personnelle. J'ai constaté des témoignages corroborant ma propre expérience, mon vécu émotionnel, mes valeurs, mais d'autres visions des professionnels des événements ont été exposées engendrant assurément une ouverture de mon angle de vision des situations. Néanmoins des limites sont apparues car les émotions sont subjectives et personnelles, il est donc difficile de les définir et difficile pour les soignants d'en parler.

Le fruit de ma réflexion est dans l'hypothèse de recherche, ainsi la vie professionnelle va être jonchée de connaissance et reconnaissance de soi face à des situations de soin avec une charge émotionnelle inéluctable. Mais le soin dans son expression d'humanisation implique également

une connaissance et reconnaissance du soigné. Le lien entre la gestion des émotions du soignant et l'expérience personnelle ou plutôt l'importance de se connaître soi-même peut s'avérer nécessaire. Cependant les expériences développées durant l'exercice professionnel à travers la variété des compétences acquises génèrent de nombreuses réactions intellectuelles, car les décisions à prendre, les interventions, les contacts avec le malade et la qualité des relations sont des éléments du professionnalisme nécessaires à la qualité des soins. De plus j'ai découvert un nouveau concept, « *l'intelligence émotionnelle* », qui est un travail souvent réalisé de façon inconsciente par les infirmières. Il apparaît que cette intelligence dans la gestion des émotions est une dimension du travail infirmier peu abordée, que ce soit dans les structures de soins ou pendant la formation initiale.

Une interrogation prend naissance à ce stade de mon travail. En effet, je me demande de quelle manière le soignant peut réussir, à partir de la découverte de lui-même, à maîtriser ses émotions et ses réactions liées, afin d'être dans une juste distance professionnelle. D'autant plus qu'il est impossible de connaître une réaction face à une situation tant que nous n'y sommes pas confrontées. Mais surtout une fois confrontée à la situation qu'elle est le cheminement intellectuel à réaliser pour devenir une expérience permettant d'améliorer sa pratique professionnelle au fil du temps.

Ainsi le questionnement de recherche émergent de l'ensemble de mon travail, est le suivant :

Comment l'expérience et la connaissance de soi favorisent la gestion des émotions ainsi que la maîtrise d'une juste distance professionnelle ?

Bibliographie

○ Livres

PLOTON, L. (2011). *La Personne âgée, son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence* (8ème édition). Lyon, France : Chronique sociale, 256p

PELLISSIER, J. (2003). *La nuit, tous les vieux sont gris*. Paris, France : Bibliophane Daniel Radford, 335p

BLOCH, H. et CHEMAMA, R. et DEPRET, E. et GALLO, A. et LECONTE, P. et POSTEL, J. et REUCHELIN, M. (1999). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris, France : Larousse, 1062p

MANOUKIAN, A. et MASSEBOEUF, A. (2008). *La relation soignant-soigné* (3ème édition). Rueil-Malmaison, France : Ed Lamarre, 202p

PICARD, D. et EDMOND, M. (2015). *Que sais-je ? L'école de Palo Alto*. Paris, France : Presses Universitaires de France, 128p

HERVY, M. P. et MOLITOR, M. et BEGUIN, V. et CHAHBENDERIA, L. et FARAH, S. (1996). *Nouveaux cahiers de l'infirmière- Gérontologie/Gérontopsychiatrie*. Paris, France : Masson, 190p.

MERCADIER, C. (2012). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital* (8ème tirage). Paris, France : Editions Seli Arslan, 288p

○ Articles

FERNANDEZ, L. (2012). Emotion. *Les concepts en sciences infirmières* (2ème édition), 164-167

DELHAYE, M. et LOSTRA, F. (2007). Soignants...soignés, un rapport complexe, une réflexion « chemin faisant » quant au statut émotionnel du soignant. *Cahiers de psychologie clinique*, numéro 28, 49-59

NUGIER, A. (2009). Histoire et grands courants de recherche sur les émotions. *Revue électronique de la psychologie sociale*, numéro 4, 8-14

PLOTON, L. (2014). Les faiblesses du vieillissement et ses forces. *Info revue « jusqu'à la mort accompagner la vie »*, numéro 119, 29-34

FORMARIER, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, numéro 89, 33-42

- BILLE, M. (2016). L'EHPAD : dernière mise en demeure ou mise en dernière demeure ? *Revue Sens-Dessous*, numéro 17, 57-66
- PICARD, D. (1992). De la communication à l'interaction : l'évolution des modèles, *Communication et langages*, numéro 93, 69-83
- ROCHAS, B. (2014). Fin de vie, avec émotions et raison, *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, numéro 116, 5-10
- VEGA, A. (1997). Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles, *Sciences sociales et santé*, numéro 3, 103-132
- MILHOMME, D. et GAGNON, M. (2010). Etude descriptive des facteurs facilitant et contraignant le développement de la compétence des infirmières en soins critiques. *Recherche en soins infirmiers*, numéro 103, 78-91
- WITTORSKI, R. (2008). La professionnalisation. *Savoirs*, numéro 17, 9-36

○ **Sitographie**

<https://www.who.int/topics/ageing/fr> consulté le 30/09/2019

<https://www.cnrtl.fr> consulté le 22/06/2019

<https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-recherche> Les types d'entretien : Directif, semi-directif ou non-directif. (s. d.). Consulté 22 janvier 2020

<https://www.larousse.fr> consulté le 22/06/19

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/guides> consulté le 20/01/20

www.prendresoin.org/.../2014/05/Intelligence-emotionnelle.pdf consulté le 08/05/20

○ **Image de page de garde**

image://<https://www.elishean-aufeminin.com/pratiquer-la-communication-bienveillante>

ANNEXES

Table des annexes

ANNEXE I : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS	I
ANNEXE II : ENTRETIEN N°1	IV
ANNEXE III : ENTRETIEN N°2	VII
ANNEXE IV : ENTRETIEN N°3	X
ANNEXE V : ENTRETIEN N°4	XII
ANNEXE VI: DEMANDE D'AUTORISATION D'ENTRETIEN	XVI
ANNEXE VII: AUTORISATION D'ENTRETIENS	XVII
ANNEXE VIII : SCHEMA DE LA COMMUNICATION DE SHANNON ET WEAVER	XVIII
ANNEXE IX : RESUME DES STADES DE BENNER, P. (1995)	XIX
ANNEXE X : AUTORISATION DE DIFFUSION	XX

ANNEXE I : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS

Thème 1 : les émotions

- **Manifestations**

théorie	Propos recueillis
Réactions expressives (sourire, intonation de la voix, posture...)	
Réactions physiologiques (fréquence cardiaque, larmes.)	
Réactions comportementales (évitement, fuite, attaque...)	
Réactions cognitives : réaction à un stimuli passé	
Réactions subjectives	

- **Les émotions soignantes sont :**

théorie	Propos recueillis
Nécessaires	
Reconnues et régulées	
Réprimandées	

- **Les émotions et la temporalité**

théorie	Propos recueillis
Stade de l'empathie souffrante	
Stade de la mise à distance	
Stade de la maturation	

- **Les émotions et le professionnalisme**

Thème 2 : les personnes âgées en institution

théorie	Propos recueillis	
Manifestations expressives	Dépendance affective	
	Démotivation	
Représentation sociale	Catégorisation	
	Isolement	
	Disqualification	
Institution	Lieu de vie	
	Lieu de fin de vie	

Thème 3 : relation soignant-soigné

théorie	Propos recueillis	
Communication	Verbale	
	Non verbale	
	Conscient	
	Inconscient	
Interactions		
Relation	De civilité	
	De soins	
	D'aide	

ANNEXE II : ENTRETIEN N°1

Iris est une infirmière de 48 ans, diplômée de juillet 2018. Ancienne Aide-Soignante en EHPAD pendant 10 ans. Depuis son diplôme elle travaille en EHPAD.

1 **MOI : Veux-tu commencer par me présenter ton parcours professionnel ?**

2 **IRIS** : J'ai été Aide-soignante pendant 10 ans, après je suis parti à l'école d'infirmière, c'est
3 une formation professionnelle, et là actuellement je suis infirmière depuis 1 an et demi et j'ai
4 travaillé quasi toujours en EHPAD

5 **MOI : J'aimerais que tu me parle de la relation entre l'infirmier avec la personne âgée au
6 sein de ton EHPAD ?**

7 **IRIS** : Euh la relation Euh pff ça va être compliqué ça à dire, qu'est-ce qu'il y a à dire sur
8 la relation, déjà on est dans un lieu de vie euh ici on est pas chez la personne non plus euh mais
9 quelque part indirectement on l'est aussi un peu, et donc la relation est une relation de respect
10 étant donné qu'on est quand même chez la personne, donc on ne va pas aller à l'encontre de ses
11 souhaits, ça va être donc une relation de respect, de respect qui va être mutuel aussi parce qu'on
12 est là aussi pour eux, après c'est une personne que l'on voit tous les jours donc il y a le côté,
13 même si cela ne devrait pas, il y a quand même, ici on est 80 résidents, il y a forcément des
14 affinités avec certains résidents plus que d'autres, mais on essaye d'avoir, quand même, cette
15 barrière professionnelle ... euh oui cette barrière professionnelle même si des fois c'est pas
16 toujours évident on essaye, surtout quand on démarre en fait je trouve que l'on a plus de
17 difficultés au début, quand on démarre dans un lieu, parce que finalement on ressent bien que
18 la personne âgée voit que l'on est nouveau donc elle essaie toujours de demander un peu plus à
19 la nouvelle personne, pour voir si au niveau du repas par exemple elle va toujours essayer
20 d'avoir plus, ou alors elle va être plus demandeuse en disant qu'elle a mal quelque part etc....
21 pour qu'on s'occupe d'avantage d'elle et donc du coup il faut aussi connaître la personne et que
22 la personne nous connaisse aussi pour savoir nos limites aussi parce que des fois ils en profitent
23 si on est trop gentil et quand on démarre je trouve que c'est pas évident de faire cette barrière-
24 là, de dire : « vous en demandez un peu trop »

25 **MOI : tu es en train de me dire que c'est difficile de se positionner entre les barrières
26 professionnelles et les demandes des résidents ?**

27 **IRIS** : Oui c'est ça
28 Et justement des fois, on a un affect un peu plus avec une personne, on a tendance à dire plus
29 facilement « oui » qu'à une personne où l'on a moins d'affect, même si ça devrait pas le faire,
30 et quand on démarre c'est ça qui est difficile à dire, ils sont tous égaux, on est là pour tout le
31 monde, on est tous à la même enseigne quoi, même pour mes collègues par exemple ils vont
32 dire « il y a des choses que l'on peut demander à cette infirmière et l'autre on ne peut pas lui
33 demander », il faut qu'on est une ligne de conduite uniforme de l'équipe pour ne pas mettre à
34 défaut ma collègue, voilà

35 **MOI : Tu as abordé la notion d'affect, je souhaiterais que tu me la précise ? Pourquoi avec
36 certains et pas avec d'autres ?**

37 **IRIS** : Déjà on est tous différents, on a tous une histoire de transfert, contre transfert. Il va y
38 avoir une personne qui va me faire penser par exemple à mon grand-père ou à ma grand-mère,
39 il y a des histoires de vie également qui vont nous interpeller, mais il y a aussi des caractères ce
40 sont des personnes avec des caractères fort et qui vont nous marquer, il y a des personnes qui
41 sont discrètes, elles sont gentilles, mais peut-être c'est moi, mais les personnes qui ont plus de
42 caractère, comme ce matin il y a une résidente compliqué mais c'est rigolo, car c'est une rebelle.

43 Pour revenir au sujet, cette histoire d'affect c'est un peu embêtant car on va plus facilement dire
44 « oui » et ça peut être gênant.

45 **MOI : C'est-à-dire, peux-tu me préciser cette gêne ? ou me donner une situation dans**
46 **laquelle ton affect a été gênant pour toi ?**

47 **IRIS :** C'est difficile de trouver une situation où l'affect a pris le dessus sur la raison, je n'ai
48 rien qui me vient

49 **MOI : Peut-être inversement une situation dont ton absence d'affect te conduit à agir**
50 **d'une manière différente ?**

51 **IRIS :** J'ai besoin de cet affect, l'affect est un bien grand mot ce ne sont pas mes grands-parents,
52 ce sont des personnes que j'aime bien, je suis bien et j'en ai besoin, besoin pour faire mon
53 travail, ce ne sont pas des personnes lambda, justement dans une maison de retraite ce sont des
54 personnes avec qui on est présent tous les jours, dire qu'ils sont de la famille est un bien grand
55 mot, mais on est auprès d'eux au quotidien, c'est pas comme dans les autres services, comme
56 par exemple en ambulatoire où ils sont des numéros, nous ce n'est pas du tout le cas. Et même
57 si aujourd'hui ils vont m'énerver, demain ça ira mieux, peut être que ce jour-là c'est moi car je
58 ne suis pas parfaite, et quelquefois on a des problèmes car on est comme tout le monde, des
59 jours je n'ai pas envie de répéter plusieurs fois de prendre telle ou telle chose, et donc je perds
60 patience pour des ennuis personnels ou de la fatigue mais le lendemain tout est fini., pour moi
61 l'affect est plus un moteur qu'un handicap. Par exemple, il y a une personne dans l'EHPAD
62 que je n'apprécie pas beaucoup, ce n'est pas je ne l'apprécie pas je précise mais cette personne
63 « m'agace » et je ne suis pas patiente, je ne prends pas mon temps avec elle, alors qu'une autre
64 personne me fait la même chose je prends plus mon temps, c'est juste la notion de prendre le
65 temps, accorder du temps à la personne, à ce niveau-là, il y a de la différence. De plus j'ai
66 l'impression que j'utilise moins de mon énergie avec une personne dont j'ai de l'affect, alors
67 qu'une personne qui m'énerve j'ai l'impression de perdre mon temps, et donc dans ce cas je
68 n'éprouve aucune satisfaction, alors qu'à contrario quelqu'un que j'apprécie lui faire plaisir
69 m'apporte de la satisfaction également.

70 **MOI : Dans le cas où tu te retrouves dans une situation relationnelle difficile avec un**
71 **résident, quels sont les ressources que tu mobilises ?**

72 **IRIS :** Nous ici en tant qu'infirmière on est seule, donc dans des situations difficiles où je sais
73 que je vais perdre patience « on y va », il n'y a pas véritablement de situation difficile ou
74 compliquée. Je peux toujours déléguer à un aide-soignant également, mais j'évite car j'estime
75 que c'est ma difficulté et je préfère trouver la ressource en moi, même si à l'instant T je n'arrive
76 pas à prendre du recul sur la situation et que cela m'agace, après je ne me sens pas bien, je me
77 dis « là c'est pas bien ce que tu as fait », tu rentres chez toi tu dis que tu n'as pas bien fait ton
78 travail, tu te demandes « Pourquoi ? » même si tu ne trouves pas vraiment de raison, tu essaies
79 de mettre en place des parades moi j'anticipe la situation car je sais ce qui va se passer, du fait
80 que ce soit quotidien, je relativise car je m'aperçois que c'est une situation récurrente car
81 finalement la personne est malade. Au début c'est difficile à gérer ce type de situation mais
82 maintenant j'anticipe je me mets dans les meilleures dispositions, avant d'entrer dans une
83 chambre, souvent une grande respiration, je suis la soignante et la personne est la malade, et j'y
84 vais même si j'ai mes problèmes en plus, souvent cela se passe bien.

85 Finalement je gaspille plus d'énergie quand je ne fais pas bien mon travail que l'inverse. Par
86 exemple si je fais mal mon travail, j'y repense chez moi, je dors mal la nuit, me dire j'ai mal
87 géré la situation est plus usant. Mais c'est un choix pour moi d'être ici, j'ai besoin de la stabilité,
88 je sais que je vais retrouver la personne, dans sa chambre tous les jours.

89 **MOI : Si je reprends ta notion de stabilité, la relation IDE avec la personne âgée est**
90 **quotidienne sur du long terme ?**

91 **IRIS** : Oui on apprend à les connaître tous les jours, et c'est ça qui est intéressant, on les
92 découvre tous les jours, par exemple si je prends le secteur protégé de l'EHPAD que je vois
93 assez peu dans la journée pour réaliser les soins, je me rappelle d'une résidente qui est démente,
94 atteinte de la maladie d'Alzheimer, dont je devais faire une prise de sang et qui a été très drôle
95 avec beaucoup de répartie lors du soins et donc je l'ai découverte à ce moment précis, et c'est
96 une grande richesse de prendre le temps de découvrir l'humain.

97 **MOI : Peux-tu me parler de la relation en EHPAD pour la personne âgée ?**

98 **IRIS** : Cela les rassure de m'avoir quotidiennement, par exemple je constate que les personnes
99 qui ont leurs têtes m'appellent par mon prénom, en plus ils nous connaissent très bien on est 5
100 infirmières, ils savent ce qu'ils peuvent demander à chacune, ils sont malins ! Même dans le
101 secteur protégé, où ils ont moins leurs têtes ils reconnaissent mon visage et ils sont rassurés, ils
102 en besoin de cette stabilité car ils ont subi des grands changements dans leur vie, c'est-à-dire
103 passer de leur domicile à l'EHPAD avec beaucoup de personnes différentes, et à l'inverse s'il
104 y avait un grand turnover de personnel ils en seraient perturbés, c'est rassurant ça a valeur de
105 référence, un interlocuteur connu et reconnu.

106 **MOI : Cet entretien est terminé, je te remercie pour le temps que tu as bien voulu me**
107 **consacrer**

ANNEXE III : ENTRETIEN N°2

Violette est une infirmière 57 ans, diplômée depuis 1990, a débuté sa carrière en soins généraux de médecine court séjour puis elle a choisi de s'orienter en EHPAD.

1 **MOI : Veux-tu commencer par me présenter ton parcours professionnel ?**

2 **VIOLETTE :** J'ai débuté en service de cardiologie pendant 4 ans en France, puis après j'ai
3 pratiqué en Clinique dans un service d'oncologie pendant 6 ans environ en Suisse, je me suis
4 arrêtée de travailler quelques temps une dizaine d'années à peu près, puis j'ai choisi de
5 reprendre mon activité en EHPAD en Suisse, et enfin j'ai intégré cette EHPAD en France par
6 choix, je tiens à préciser, en Septembre 2017, en résumé, voilà mon parcours.

7 **MOI : Est-ce que tu peux me parler de la relation entre l'infirmier avec la personne âgée**
8 **au sein de ton EHPAD ?**

9 **VIOLETTE :** Moi je suis très axée sur la relation. Je n'ai pas vraiment de soucis avec la relation
10 avec les résidents. Il y a 80 résidents et c'est donc 80 relations différentes en fait, mais moi qui
11 axe un peu ma priorité sur la relation avec la personne âgée, moins que la technique, la technique
12 elle y est, mais moi j'aime bien ce côté relation, d'ailleurs c'est pour cela que j'ai souhaité
13 m'orienter vers l'EHPAD, j'aime la personne âgée, aussi loin que je rappelle quand j'étais jeune
14 vers 12-13 ans je m'occuper de mes grands-parents déjà. Après dans la relation il faut s'adapter
15 à chaque personne parce qu'on peut avoir un bon feeling avec certains et que cela se passe bien,
16 et d'autres avec qui la relation ne se fait pas très bien. Mais il y a toujours moyen d'avoir une
17 relation avec quelqu'un, cela peut être par le toucher par exemple, je personnalise la relation,
18 dans le genre j'ai l'exemple de ce matin j'avais une prise de sang à faire dans le secteur protégé,
19 j'ai commencé par essayer de rentrer dans son monde, je suis arrivée avec le sourire cela aide
20 à entrer en relation, elle était en plus de bonne humeur car elle me sourit également, la prise de
21 sang elle m'a donné son bras, pendant que je la pique elle ne bouge pas j'ai pu bien faire le soin,
22 cela c'est bien passé.

23 **MOI : Peux-tu me préciser comment tu as réussi à créer cette relation avec cette**
24 **résidente présentant certains déficits, je suppose, puisqu'elle est en secteur protégé, et te**
25 **permettant finalement de réaliser ton soin ?**

26 **VIOLETTE :** Je pense que je suis comme ça, dans la relation, c'est naturel, pourtant j'ai été
27 une technicienne quand je travaillais en oncologie par exemple où il y avait beaucoup de
28 protocole, de perfusion, mais malgré tout, je préférerais le côté relationnel, l'échange avec le
29 patient. Mais pour revenir à la résidente je me souviens cette résidente au début les premières
30 fois où je lui faisais des soins ou lui donnés ses médicaments elle me demandait tout le temps si
31 j'étais du village, et je lui répondais « non, j'habite dans un autre village », et je percevais sa
32 déception sur son visage et elle s'arrêtait de parler il n'y avait plus d'échange entre nous, et un
33 jour j'ai décidé de lui répondre « oui je suis du village », bon je sais c'est pas bien de mentir à
34 un résident, et à partir de ce moment-là elle m'a parlé des habitants du village, de ses habitudes
35 dans le village, elle me dit « vous viendrez boire le café à la maison », j'ai senti que d'un coup
36 qu'elle était en confiance avec moi, je trouve que c'est important. Ce matin je savais que j'avais
37 cette prise de sang à lui à faire, je sais qu'elle pas toujours conciliante lors des soins, quand elle
38 décide qu'elle ne veut pas rien ne peut lui faire changer d'avis, du coup j'arrive avec mon
39 matériel nécessaire pour le soin et mon « sourire des yeux », et en plus je la réveille, mais cela
40 c'est bien passé elle m'a parlé immédiatement du village dans son lit au réveil, sûrement en
41 reconnaissant mon visage, je lui explique le soin elle me répond d'accord, elle continue à me
42 parler du village et je réalise la prise de sang sans aucun problème, et cela se passe dans ces

43 conditions parce que je la connais parfaitement, et les autres résidents également, je sais
44 maintenant quoi lui dire ou de quoi il faut parler avec elle, je sais comment la rendre heureuse,
45 elle par exemple son truc c'est de parler de son village. Depuis que je suis ici à force de les
46 côtoyer régulièrement je les connais bien, et donc la relation est très personnalisée, en effet il y
47 a 80 résidents et il y a donc 80 relations différentes parce que tu ne peux pas t'adresser à chaque
48 personne de la même manière, il y a ceux qui n'ont pas envie de trop communiquer et d'autres
49 qui sont beaucoup plus en demande.

50 **MOI : Parle-moi justement de ces résidents qui ne sont pas trop en demande de relation ?**

51 **VIOLETTE** : Moi petit à petit j'essaie de trouver la brèche pour entrer en relation, c'est
52 quelque fois long car il faut apprendre à les connaître, les reconnaître, quelquefois c'est en
53 parlant avec eux, ou en utilisant l'environnement les photos, les habits, les objets particuliers,
54 l'idée c'est de trouver la particularité de chacun, euh oui je trouve la brèche chez eux pour créer
55 un lien entre nous que petit à petit je vais développer, je m'adapte à chacun.

56 **MOI : As-tu toujours eu cette aisance à créer des liens ?**

57 **VIOLETTE** : Je n'ai pas toujours fait de l'EHPAD mais même quand j'ai commencé toute
58 jeune infirmière en service de cardiologie, il y avait des relations plus ponctuelles ce n'est pas
59 le même type de relation qu'en EHPAD, mais autant que je me rappelle ce qui était gênant
60 ,surtout, c'est que je n'étais pas sûr de moi, ce qui des fois me causaient des difficultés pour
61 aborder les patients, alors que maintenant avec la maturité je suis plus sereine au point de vu de
62 mes connaissances, mes pratiques et mes relations au patient. Maintenant si je reprends les
63 premiers jours ici, c'était difficile car il a fallu gérer l'organisation, les noms de chaque résidents
64 mais surtout il m'a fallu « jauger » les résidents, puis les résidents de leurs côtés il faut
65 également qu'il m'intègre à leurs habitudes je me rappelle Mr M. par exemple, il m'attendait
66 comme « le loup blanc », les collègues lui avait annoncé ma venue en tant que nouvelle
67 infirmière, et effectivement dès mon premier jour il est venu se présenter et me rencontrer. Petit
68 à petit les résidents s'habituent à toi, il y en a certain qui s'habitue rapidement avec qui on a
69 disons plus de feeling. Je dirais en résumé que maintenant avec l'expérience je suis plus sûr de
70 moi, et je sais mieux approcher la personne pour créer des liens.

71 **MOI : Avec ton expérience, comment tu gères un résident qui est dans le refus lors d'un**
72 **soin ?**

73 **VIOLETTE** : J'essaie de trouver chez le résident un déclic, afin qu'il stoppe ses pensées
74 négatives, et lui permettre d'entendre ce que je lui dis. Quelquefois ça fonctionne et j'ai créé un
75 dialogue avec le résident, et d'autres fois malheureusement le dialogue est impossible, je ne
76 vais pas continuer dans un dialogue de sourd surtout qu'au final les résidents vont se braquer.
77 Je ne vais pas non plus les forcer car c'est d'abord un lieu de vie, je peux reporter le soin à plus
78 tard à un moment où le résident est plus disposé, mais sinon j'en réfère au médecin si c'est un
79 soin prescrit et souvent on accepte parfaitement le choix de la personne. Moi après je lâche
80 prise car le résident ne veut pas, il en a le droit de dire non, j'accepte ce choix. Jeune infirmière
81 j'avais beaucoup de difficulté à appréhender le refus, je le vivais mal, j'avais l'impression d'être
82 un mauvais soignant, face au refus je ne savais pas quoi faire je trouvais cela tellement injuste
83 en plus, je veux les soigner pour les aider et eux me refoule et j'insistais car je devais faire mon
84 soin il était prescrit. Alors que maintenant j'ai appris et compris : « ils ont le droit de dire non »,
85 je n'utilise pas mon énergie pour lutter contre le vœu du patient, j'essaie par le dialogue de faire
86 comprendre au résident la nécessité du soin ça c'est mon job mais il l'accepte ou le refuse ça
87 c'est le job du patient et c'est comme cela.

88 **MOI : Si je comprends bien tu gères aisément une situation difficile tel qu'un refus de**
89 **soin, de prise de traitement, ou une situation relationnelle difficile avec un résident ?**

90 **VIOLETTE** : Aisément pas tout fait car il y a d'autres critères qui rentre en ligne de compte,
91 on est des êtres humains avec des problèmes personnels, de la fatigue, des moments où l'on est
92 moins en forme physique et mentale, et pour le coup on est moins à l'écoute du résident, parce
93 qu'on a beau dire on laisse nos problèmes aux vestiaires mais quelque fois cela doit arriver
94 qu'on soit moins à l'écoute, on ne devrait pas je sais, mais on reste humain. Dans ces moments-
95 là j'ai tendance à me dire dans la tête « et si c'était moi », le jour où je n'ai pas envie de parler
96 je ne parle pas, le jour où je n'ai pas envie de prendre les médicaments je ne les prends pas, le
97 jour où je n'ai pas envie d'une prise de sang je dis non et donc je relativise la situation et je suis
98 satisfaite de m'être adaptée au désire de la personne.

99 **MOI** : Il y a une notion que tu as abordé, et je souhaiterai revenir dessus c'est la notion
100 de feeling

101 **VIOLETTE** : C'est un peu comme partout, on a une population de 80 personnes, il y en a
102 beaucoup que j'aime bien, je les aime tous en fait, mais il y en a certains avec qui le dialogue
103 se fait plus facilement. Il y a également un ressentie si l'autre a envie ou pas d'avoir une relation
104 avec toi. Certains des résidents, naturellement, tu vas plus aisément parler de ta vie privée par
105 exemple, on entre dans une relation de confiance et les résidents se confient plus facilement
106 également, c'est un peu comme à l'extérieur je pense, tu t'entends bien avec quelqu'un
107 naturellement. Je pense que si tu es bien à l'écoute de l'autre et que l'autre est bien réceptif
108 forcément ça fonctionne. Après tu peux approfondir la relation en sortant un peu de la relation
109 soignante soigné, même si chacun reste à sa place c'est important, moi je m'autorise de discuter
110 de ma vie privée, par exemple Mme F. elle sait que j'ai un petit fils et souvent elle me demande
111 comment va mon petit-fils, moi cela me fait plaisir mais Mme F. apprécie également ces
112 moments-là, je sors de mon rôle de soignant, et, Mme F. de son rôle de soignée pour passer un
113 bon moment en marge de la maladie pour elle et de mon travail pour moi. Je crois que ce sont
114 des instants nécessaires pour les résidents. Mais cela peut prendre une autre forme je pense
115 spontanément à Mr D. qui parle peu et déambule sur son fauteuil régulièrement en bougonnant,
116 quand je passe à côté de lui dans le couloir on se tape dans la main c'est notre rituel et après il
117 se met à rire. Tu vois ce n'est pas grand-chose mais ces échanges de regards, de moments, de
118 gestes, de paroles sont nécessaires, j'ai presque envie de dire vital. Voilà comment s'enclenche
119 les relations entre eux et moi, avec ces petits ou grands échanges, avec chacun individuellement,
120 avec la particularité propre à chacun, c'est pour cela je te dis ils sont 80 résidents il y a 80
121 relations. Malgré les contraintes organisationnelles, on court toujours après la montre c'est une
122 réalité, mais je maintiens ces petits gestes, regards ou paroles avec chacun car c'est comme cela
123 que je fonctionne. Les résidents de leurs côtés ils savent que je fonctionne comme cela, ils se
124 sont habitués à moi également, ils ont pris le temps de m'intégrer, de me connaître, de créer des
125 rituels mutuels.

126 **MOI** : Cet entretien est terminé, je te remercie pour le temps que tu as bien voulu me
127 consacrer

ANNEXE IV : ENTRETIEN N°3

Rose est une infirmière de 50 ans, diplômée depuis 2015, ancienne Aide-Soignante et ancienne Agent de Service Hospitalier en EHPAD. Depuis son diplôme, elle exerce en EHPAD.

MOI : Veux-tu commencer par me présenter ton parcours professionnel ?

ROSE : J'ai commencé à 18 ans avec un contrat aidé comme Agent Service Hospitalier dans une EHPAD privé dans les Landes, puis j'ai passé le diplôme d'AS en 2000, j'ai été aide-soignante en EHPAD dans la région d'Apt, ensuite grâce à la promotion professionnelle j'ai pu réaliser ma formation d'infirmière que j'ai terminée en 2015, depuis j'exerce dans cette EHPAD.

MOI : J'aimerais que tu me parles de la relation entre l'infirmier avec la personne âgée au sein de ton EHPAD ?

ROSE : La relation, pour moi, je vais surtout privilégier le relationnel, pour moi la personne âgée est un être humain dont il faut faire très attention, que ce soit en termes de communication ou de mobilisation, c'est une personne qu'il faut respecter.

MOI : Tu utilises l'expression « il faut », ce qui à mon esprit sous-entend, c'est de la théorie, alors dans la pratique en est-il autrement, peux-tu préciser ?

ROSE : Oui, effectivement je dis « il faut » car je fais la différence entre la période où j'étais aide-soignante et mon présent d'infirmière, et je constate que lorsque j'étais aide-soignante j'étais dans le relationnel, dans la communication, dans l'aide du résident. Alors que maintenant que je suis infirmière je trouve que j'ai peu de temps à consacrer et parfois je suis déçue car je passe vite dans leur chambre, même si je leur dis « je repasserai », mais cela me frustre ce manque de temps auprès des résidents. Je trouve qu'on est plus dans la pratique et moins dans la relation, par exemple le matin je fais le tour de distribution des médicaments, je prends des nouvelles rapidement « Ça va ? oui ça va » et je continue vite car il y a les autres résidents après qui attendent, et quelque fois les derniers pâtissent du temps passé avec les premiers. Malheureusement, c'est sûrement dû au manque d'effectif, ce n'est pas parce qu'on le veut, mais on a des tâches à effectuer, un cadre à respecter et si on veut réaliser les tâches prévues on est obligé de passer rapidement dans les chambres.

MOI : Si je reprends tes propos, la charge de travail phagocyte le temps dédié au relationnel avec les résidents ?

ROSE : Je préciserais d'abord que ce n'est pas un problème d'organisation, c'est plus à mon avis le manque de personnel, c'est un EHPAD avec 80 résidents, donc par exemple le matin il y a 80 traitements à distribuer, cela représente un temps très, trop important à mon avis, c'est la course. Vraiment pour moi, le souci c'est le manque de temps. Quelques fois la distribution prend du temps, si s'ajoute un imprévu par exemple une chute ou un résident algique cela devient impossible de prendre du temps pour prendre l'humeur ou discuter de la pluie et du beau temps avec la personne.

MOI : Tu es très attachée à l'aspect relationnel avec les résidents, malgré le manque de temps, que fais-tu pour maintenir un lien avec les résidents ?

ROSE : Alors cela peut passer par une petite attention tel qu'un petit coucou dans le couloir quand tu croises les résidents, une caresse sur la joue, un sourire par exemple. Quelquefois le matin je prends quand même le temps de m'asseoir avec eux, je sais que je vais me mettre en retard dans mes soins ou que je vais finir plus tard donc prendre sur mon temps personnel, mais j'en ai besoin. Plus tard dans la journée, quand les traitements sont distribués, j'ai plus de facilité à avoir une petite attention envers eux, le midi également j'ai un peu de temps pour prendre des nouvelles de façon individuelle. Les après-midis, également, on va dire que la charge de travail

43 est moindre. Grâce à ces moments-là, j'arrive à m'adapter, j'ai des échanges, avec les résidents
44 qui le réclament puisque c'est plus facile, et malheureusement les résidents qui ne sont pas en
45 demande on passe un peu à côté. Pour moi, ce manque de temps est une frustration, à plusieurs
46 reprises cette frustration m'a conduit à remettre en cause ma fonction, peut-être pas
47 d'infirmière, mais plutôt de lieu, j'aimerais une structure avec moins de résidents ou plus de
48 personnel, pour avoir le temps de discuter avec les résidents, m'asseoir auprès eux, les
49 accompagner en quelque sorte. Par exemple le soir, j'aimerais pouvoir passer les voir dans leur
50 chambre et leur dire « au revoir » et « bonne nuit ». J'ai quelques rituels avec certains résidents
51 par exemple le soir Mme T. à son traitement antiparkinsonien au lieu de lui donner lors du
52 repas, je passe le soir dans sa chambre pour lui donner dans sa main car elle a ses tremblements.

53 **MOI : Comment gères-tu ce sentiment de frustration ?**

54 **ROSE** : Pfff j'avoues je la gère difficilement, je me demande si je suis une mauvaise soignante
55 parce que je peux, peut-être, le faire. Parfois entre collègue on se dit « on n'est pas en nombre »,
56 ce serait mieux si on était en nombre. Cependant, souvent en arrivant chez moi, je ressasse ce
57 que j'ai oublié, ce que je n'ai pas eu le temps de faire, ce que j'aurai dû faire et c'est difficile.
58 Dans tous les cas, je viens travailler avec joie, car j'aime travailler au contact des personnes
59 âgées, mais ce qui est difficile, pour ma part, c'est de ne pas pouvoir répondre à toutes les
60 demandes des résidents. J'ai un sentiment de culpabilité par rapport à cela, j'ai l'impression de
61 ne pas leur avoir assez donné d'aide. Par exemple, hier un résident m'a demandé de rester
62 auprès de lui, il avait besoin d'une présence je lui répondis que je ne pouvais pas car il y avait
63 d'autres résidents qui m'attendaient, après chez moi j'ai repensé ce moment et sincèrement j'en
64 avais les larmes aux yeux, je sais je suis trop sensible mais je suis aussi comme ça.

65 **MOI : Peux-tu me parler de la relation avec les résidents qui serait, à ton avis, réussit ?**

66 **ROSE** : Heureusement il y a du positif oui, quand on arrive dans leur chambre le matin et que
67 les résidents se mettent à sourire, ou quand ils nous appellent par nos prénoms, on sait que cela
68 se passe bien, par exemple les résidents me demandent des nouvelles de ma famille, de mes
69 animaux, je me rends compte qu'il y a un réel échange. Les résidents m'apportent beaucoup
70 souvent à travers les discussions que j'ai avec eux. Mais avant tout je vais dire les sourires et
71 également le fait qu'il me réclame quand je ne suis pas présente, pour moi cela veut dire que
72 les résidents sont contents que je m'occupe d'eux.

73 **MOI : Penses-tu que ce type d'échange est propre à l'EHPAD ?**

74 **ROSE** : Non, je pense que c'est partout pareil. Mais le fait de les côtoyer au quotidien,
75 néanmoins on sait rapidement quand le résident ne va pas bien, par exemple si la personne est
76 souriante et dans l'échange on sait qu'elle va bien, alors qu'un résident qui a le visage fermé et
77 s'isole ne va pas bien. Ce sont ces derniers qui sont gênants, à savoir également il y a les
78 résidents qui ne vont jamais bien c'est pathologique, mais moi la culpabilité je l'ai surtout par
79 rapport à ce type de résident malgré tout. Je voudrais tellement être parfaite dans mon rôle
80 d'infirmière, que je culpabilise, bien que je sois consciente que la culpabilité peut faire avancer,
81 dans le sens que je suis à la recherche de l'amélioration de ma pratique et du bien-être des
82 résidents.

83 **MOI : « parfaite » cela représente quoi pour toi ?**

84 **ROSE** : Pour moi, ce serait de les voir sourire tout le temps, qu'ils soient tous contents, et surtout
85 de pouvoir répondre à la moindre attente.

86 **MOI : Cet entretien est terminé, je te remercie pour le temps que tu as bien voulu me**
87 **consacrer**

ANNEXE V : ENTRETIEN N°4

Lilas est une infirmière 58 ans, diplômée depuis 1986, a réalisé la majorité de sa carrière en hôpital, en soins généraux de médecine court séjour, elle a intégré cette EHPAD depuis 2013 par mutation professionnelle pour raison personnelle.

1 **MOI : Veux-tu commencer par me présenter ton parcours professionnel ?**

2 **LILAS** : Promotion 83- 86, diplômée en 86, j'ai commencé j'ai fait 3 ans sur les hôpitaux de
3 Paris, j'ai beaucoup travaillé sur Paris, j'ai été en service de cardiologie puis en gastrologie,
4 mon mari est militaire donc souvent j'ai changé de région, puis je me suis arrêté 10 ans, de 89
5 à 99 pour élever mes enfants, j'ai repris en médecine à Bourges, et après mutation à Paris en
6 médecine USLD et Etat Végétatif Chronique. Et enfin la dernière mutation de mon mari m'a
7 conduit à intégrer cette EHPAD, enfin j'avais fait ma demande pour le service de médecine de
8 l'hôpital mais aucune place de disponible, ils m'ont proposé cette EHPAD, c'était en 2013, j'ai
9 accepté, c'était ma première expérience en EHPAD et finalement je suis resté.

10 **MOI : Est-ce que tu peux me parler de la relation entre l'infirmier avec la personne âgée
11 au sein de ton EHPAD ?**

12 **LILAS** : Cela m'a beaucoup changé par rapport à avant, au vu de mon parcours professionnel,
13 je me sentais plus infirmière avant dans mon soin, qu'ici en EHPAD je suis toujours infirmière
14 bien évidemment mais les soins sont moindres, c'est un lieu de vie, donc la relation c'est plutôt
15 materner, une relation maternelle, ce sont des soins plus relationnels. C'est différent par rapport
16 à l'hôpital, où tu te fais une « carrure » face aux patients, au niveau de l'approche c'est différent,
17 je ressens les choses comme cela. Je dis je suis toujours infirmière mais le soin disons technique
18 d'une infirmière passe plus au second plan, ici c'est plus l'attention aux résidents, d'être au
19 rythme du résident alors qu'à l'hôpital tu ne te poses pas ces questions les soins sont réalisés
20 point. Je dirai qu'en EHAPD on va faire au rythme du résident. Au niveau de l'approche c'est
21 différent à l'hôpital on est là pour soigner alors qu'en EHPAD on est là pour prendre soin. Le
22 soin en EHPAD est moindre, moins technique, je suis toujours infirmière mais je me sens une
23 infirmière différente de l'hôpital en EHPAD.

24 **MOI : Parle-moi de ta posture puisque tu as la référence entre l'hôpital et l'EHPAD ?**

25 **LILAS** ; La posture professionnelle, à l'hôpital on est là pour soigner, on doit réaliser les soins,
26 le médecin dit on fait les soins prescrit, les patients viennent pour cela, alors qu'en EHPAD si
27 par exemple le résident ne veut pas un médicament, on peut repasser, on peut lui proposer
28 plus tard, finalement s'il ne veut pas, ce n'est pas grave c'est son choix. J'avoue au début il m'a
29 fallu un petit temps d'adaptation entre les 2, car je suis plutôt soignante que soigneuse je fais la
30 nuance, je prends soin ici et avant je soignais à l'hôpital. A l'hôpital on soigne le but c'est que
31 les patients sortent guéris, ici on les accompagne vers une fin de vie, pas tout de suite. Dans les
32 EHPAD on va donc privilégier plus leurs envies, on va être moins rigoureux je vais dire.

33 **MOI : Peux-tu me préciser tes propos par rapport à la relation au résident ?**

34 **LILAS** : Je ressens la différence, je ne vais pas dire que l'on fait partie d'une famille car je suis
35 professionnelle, on est présent pour materner, quand on a le temps on prend plus le temps de
36 parler avec les résidents, d'écouter leur vie, leur histoire de vie. Et tu vois avant à l'hôpital cela
37 ne me serait jamais venu à l'idée de demander son métier, sa famille au patient, je rentre je me
38 présente je donne les médicaments ou fait le soin et cela s'arrête là, au niveau du soin. Ici, cela
39 ne s'arrête pas là tu vas pouvoir déborder sur la personne, des fois certains résidents ne voient
40 que nous dans la journée, d'autres ont beaucoup de visites les enfants, les petits enfants mais
41 d'autres résidents n'ont pas de famille. Je ne dis pas qu'on remplace une famille mais bon on

42 est présent. Je vais plus m'investir au niveau relationnel, au niveau de m'intéresser à leurs vies
43 avant, on va plus discuter sur leurs vies. Alors qu'à l'hôpital on n'avait pas le temps de voir le
44 côté du patient, on ne cherchait même pas de ce côté d'ailleurs, je ne suis pas formée à la
45 relation, j'avais une prescription je donnais ou je faisais et c'était fini. Même durant mes études
46 je suis de l'ancien diplôme, avec les infirmiers psychiatriques qui était formés au relationnel et
47 les infirmiers en soins généraux qui étaient formés à soigner. Maintenant je suis infirmière en
48 EHPAD, je suis une infirmière autre.

49 **MOI : Avec ton recul, ton regard et tes expériences sur la fonction d'infirmière, quel est**
50 **ton avis entre l'aspect technique et relationnel ?**

51 **LILAS :** Je pense que plus jeune je me serais ennuyée en EHPAD. Il a du relationnel dans le
52 soin, mais à l'hôpital c'est différent tu ne discutes pas de la même façon avec les patients, tu ne
53 rentres pas dans les détails de leur vie, de leur famille, tu n'as pas à l'hôpital tout
54 l'environnement que tu as en EHPAD. Par exemple, ici ils ont les photos dans les chambres,
55 donc du coup tu peux discuter autour des photos et du coup tu demandes ce qu'ils faisaient
56 quand ils étaient jeunes et tu rentres dans leur vécu d'avant, c'est bien aussi. A l'hôpital je
57 faisais mon soin dans la relation, ici je fais de la relation avec le soin, tu vois ? C'est inversé
58 l'un l'autre.

59 **MOI : Parle-moi de ton mode d'entrée en relation avec le résident ?**

60 **LILAS :** Moi j'adore regarder les photos des résidents, quand je vois qu'ils ont beaucoup de
61 photos je suis la plus heureuse, même quand je fais des entrées je leur dis d'apporter leurs
62 photos, de les exposer dans la chambre. Mais également d'amener des objets personnels, des
63 petits meubles moi j'aime bien voire tout cela. Tu sais quand les résidents arrivent ici ils ont
64 une moyenne d'âge de 85 ans, ils ont 85 ans de vie avant. Du coup je vois un peu s'ils ont été
65 marié, s'ils ont de la famille, s'ils ont travaillé, s'ils ont connu la guerre par exemple car ils
66 nous en apprennent beaucoup les personnes âgées c'est un peu notre mémoire collective.

67 **MOI : Reprenons l'exemple de l'entrée d'un résident, c'est la 1ere fois que tu le vois,**
68 **décris-moi cette situation ?**

69 **LILAS :** Alors quand la personne arrive je vois d'abord ses besoins fondamentaux puisqu'il
70 faut monter des projets de vie, puis des projets et des plans de soins. Par l'intermédiaire des
71 Projets d'Accompagnement Personnalisé, plus tard, on va apprendre leurs habitudes. Au fur et
72 à mesure on va apprendre à les connaître, pas le jour J de l'entrée, on va découvrir sa famille et
73 son entourage avec lesquels on va pouvoir discuter et s'appuyer. Ici c'est un lieu de vie, on va
74 dire le résident est au centre et nous on gravite autour de lui et de sa famille également. Sinon
75 pour revenir plus précisément à ta question moi, j'aime bien demander ce qu'ils ont vécu dans
76 leur vie et leur profession. J'étais beaucoup moins curieuse avant à l'hôpital, on ne rentre pas
77 dans la vie privée. Ici, on ne rentre pas dans la vie privée mais néanmoins on entend ou voit
78 plus les choses, sur ou avec le résident, on peut mettre en place des actions d'accompagnement
79 avec la famille. Par exemple on sait que le résident a envie ou besoin de quelque chose on va
80 solliciter la famille pour savoir si c'est possible.

81 **MOI : Peux-tu maintenant me parler de la relation au quotidien avec les résidents ?**

82 **LILAS :** On voit déjà s'il y a un feeling avec le résident, on est humain avant, donc il y a des
83 personnes avec qui j'ai moins de feeling la relation va se résumer aux soins, j'en ai quelques-
84 uns dans l'EHPAD, et d'autres avec qui j'ai plus de feeling on va un petit plus agrandir l'espace
85 pour avancer un peu plus dans la relation. Tu sens et ressens si tu peux être plus proche de la
86 personne, si la personne accepte ou pas d'être en relation avec moi, certains veulent qu'on les
87 laisse tranquille. Par exemple j'ai Mr C. il reste toute la journée dans son lit, il ne veut pas sortir
88 de sa chambre, je le sollicite car cela me fait mal au cœur mais il refuse c'est son choix, je le

89 respecte. C'est son choix personnel, une fois qu'il a émis son choix je le laisse tranquille. Par
90 contre quand je vois qu'ils ont besoin de parler, de prévoir des choses, ou téléphoner à leur
91 famille, là je suis la première à dire on va discuter ou va appeler votre famille.

92 **MOI : Comment tu le ressens un refus du résident ?**

93 **LILAS** : C'est leur choix, j'essaye de reporter pour évaluer si ce n'est pas une question de
94 moment, si c'est toujours « NON » je vais les laisser tranquille, ils ne sont pas là pour être
95 embêté par nous. Je ne vais pas aller à l'encontre de leur choix personnel. Même si c'est un soin
96 prescrit par le médecin, je vais moins m'embêter qu'à l'hôpital où l'on va disons plus négocier,
97 ici on va proposer si le résident refuse, je vais essayer dans un second temps mais s'il y a
98 toujours un refus soit je passe le relais à mes collègues, soit j'en parle à la cadre de santé ou au
99 médecin, on a un travail d'équipe donc on peut passer le relais ou faire en équipe avec le soutien
100 d'un de mes collègues. Il y a une équipe pluridisciplinaire on peut demander à la psychologue
101 et aux aides-soignants pendant les relèves. Dans tous les cas je ne vais pas imposer aux
102 personnes âgées, de toute manière c'est leur droit de refuser les traitements ou les soins mais je
103 ne suis pas médecin donc j'en réfère toujours au prescripteur ou à mon supérieur hiérarchique.

104 **MOI : tu as toujours eu du recul par rapport au refus ?**

105 **LILAS** : Oh non, en début de carrière c'était différent. A l'hôpital on était formé à l'ancienne
106 génération, le médecin prescrit, l'infirmière dispense et tu traces, un point c'est tout, c'était
107 notre rôle. Je me rappelle un monsieur quand j'étais toute jeune infirmière, j'étais en
108 pneumologie à l'époque, il se soignait qu'avec de l'homéopathie à son domicile, moi j'arrivais
109 avec mes médicaments, il ne voulait pas de ma chimiothérapie, je n'allais pas lui donner de
110 force, le médecin essayait de parler avec lui et son fils, je m'en rappelle encore, finalement le
111 médecin a fini par abandonner également. C'était quand même très rare à l'époque le refus. A
112 l'hôpital je négociais plus que maintenant si j'avais un refus, mais les patients acceptent plus
113 facilement ils viennent pour se soigner. En EHPAD, ils ne veulent pas, je ne vais pas insister,
114 si un jour ils n'ont pas un traitement cela ne va mettre leur jour en danger, je vois qu'ils ne
115 m'écoutent pas quand j'essaye de négocier, je ne vais pas utiliser mon énergie cela ne sert à
116 rien. Je relativise beaucoup plus en EHPAD, par le lieux mais également par mon expérience,
117 en début de carrière j'étais plus stressée, en plus les médecins hospitaliers étaient pas tendre
118 avec nous et surtout étant jeune diplômée. Sinon pour revenir à ta question j'ai toujours
119 fonctionné comme cela, j'essaye mais si j'ai un refus j'en réfère au supérieur, je suis humaine
120 je ne peux pas faire plus. Mais c'est vrai à l'hôpital c'est rare les refus de soin ou de prise de
121 traitement, tu ne demandais presque pas l'avis du patient, tu rentres/ tu fais /tu sors. Mais le
122 refus ne m'a jamais perturbé moi, d'ailleurs je ne suis jamais sorti de ma journée en me disant
123 j'aurai dû faire plus ou différemment, une fois ma journée finit tout reste dans le vestiaire et
124 inversement ma vie privée reste au vestiaire, je crois que j'ai cette facilité à faire la part des
125 choses. Le boulot c'est le boulot et la vie privée c'est ma vie privée.

126 **MOI : Peux-tu me parler de cette barrière vie privée et professionnelle, imagée par le**
127 **vestiaire ?**

128 **LILAS** : Je me suis toujours fait une barrière de côté-là, je n'ai jamais eu de problème avec les
129 sentiments et les émotions, mais durant toute ma carrière j'ai mis cette barrière vie privée, vie
130 professionnelle. Honnêtement en sortant de l'hôpital je ne suis plus infirmière, je ne pense plus
131 du tout à mon travail. Pareil ici, pour te dire quand je rentre de congé, de quelques semaines je
132 veux dire, j'oublies les noms des résidents tellement je mets de côté le travail, mais cela fait
133 partie de ma personne c'est naturel, je suis comme cela. Par contre quand je suis au travail je
134 suis à 100% au travail, il n'y a rien qui vient me perturber. Au travail je suis infirmière, à la
135 maison je suis maman ou épouse mais pas infirmière. Par contre le seul moment où ma vie

136 privée aurait pu avoir un impact sur ma vie professionnelle c'est quand j'étais jeune maman,
137 mais j'ai décidé à ce moment-là de faire une pause dans ma vie professionnelle, pour profiter
138 de ma vie privée et de mes enfants. J'ai repris mon travail quand mes enfants ont été plus grand.
139 Du coup, tu vois j'ai cloisonné les choses pour que chaque chose soit à sa place, et rien au
140 détriment de l'un à l'autre. J'ai tout fait en sorte que ma vie privée n'empiète pas sur ma vie
141 professionnelle et inversement.
142 **MOI : : Cet entretien est terminé, je te remercie pour le temps que tu as bien voulu me**
143 **consacrer.**

ANNEXE VI: DEMANDE D'AUTORISATION D'ENTRETIEN



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M. JUSTET Morgan
Étudiant en soins infirmiers

[REDACTED]

Téléphone [REDACTED]
Mail [REDACTED]

à Madame [REDACTED]
Directrice des soins
Centre Hospitalier d' [REDACTED]

Avignon, le 04/03/20

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans les services : EHPAD [REDACTED] et EHPAD [REDACTED] auprès de la population des Infirmiers Diplômés d'Etat, dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est la relation entre l'infirmier et la personne âgée en institution.

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

JUSTET Morgan

ANNEXE VII: AUTORISATION D'ENTRETIENS



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M. JUSTET Morgan
Étudiant en soins infirmiers

à Madame [REDACTED]
Directrice des soins
Centre Hospitalier d' [REDACTED]

Téléphone [REDACTED]
Mail [REDACTED]

Avignon, le 04/03/20

Madame, Monsieur,

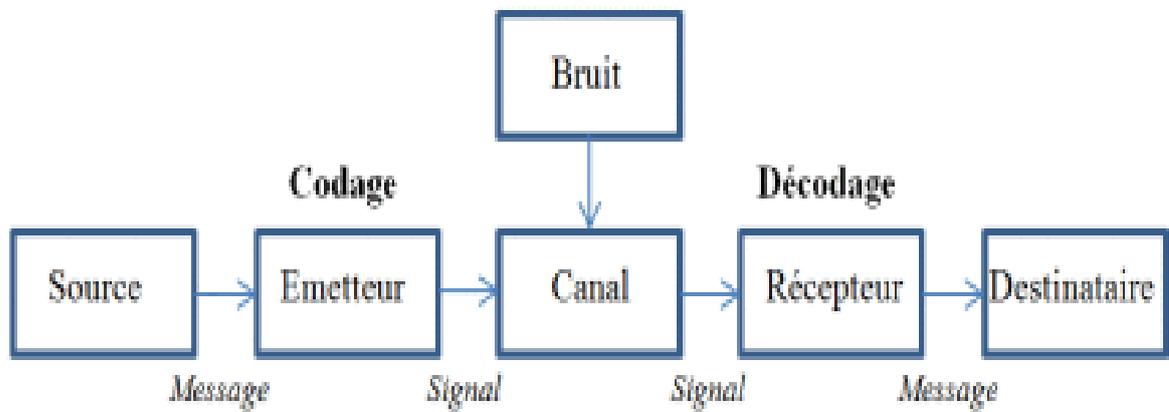
J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans les services : EHPAD [REDACTED] et EHPAD [REDACTED] auprès de la population des Infirmiers Diplômés d'Etat, dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est la relation entre l'infirmier et la personne âgée en institution.

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

JUSTET Morgan

[Handwritten signature in blue ink, partially obscured by redaction boxes]

ANNEXE VIII : SCHEMA DE LA COMMUNICATION DE SHANNON ET WEAVER



ANNEXE IX : RESUME DES STADES DE BENNER, P. (1995)

Stades	Description
Novice	L'infirmière novice n'a aucune expérience des situations auxquelles elle est confrontée.
Débutant	L'infirmière débutante a fait face à suffisamment de situations réelles pour noter les facteurs significatifs qui se produisent dans des situations similaires.
Compétent	L'infirmière compétente travaille dans le même service depuis deux ou trois ans et perçoit ses actes en termes d'objectifs ou de plan à long terme dont elle est consciente.
Performant	L'infirmière performante perçoit les situations comme des tous et non en termes d'aspects. Elle s'appuie sur un processus analytique des situations.
Expert	L'infirmière experte est une personne qui a énormément d'expérience et qui comprend de manière intuitive les situations.

ANNEXE X : AUTORISATION DE DIFFUSION



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

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

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

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

Je soussignée (Prénom, NOM) : Morgan JUSTET

Promotion : 2017/2020

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

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

L'exercice professionnel en EHPAD : Un art relationnel à travers les émotions.....

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui non

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui non

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le ...07/052020..... Signature :

Résumé

L'exercice professionnel en EHPAD : Un art relationnel à travers les émotions

Auteur : Mr Justet Morgan

Au cours de mon passé d'aide-soignant et de mes stages durant mes études j'ai pu observer le lien entre l'infirmière et la personne âgée en EHPAD. Les acteurs de la relation sont l'infirmière qui prend en soin avec sa singularité d'individu et son professionnalisme, et le sujet âgé qui est un être unique mais en situation de vulnérabilité physique et psychique. L'objet de cette relation à l'autre est l'accompagnement ce qui diffère d'une relation de soin hospitalière qui est objectivée par soigner le patient. Les protagonistes de cette relation sont des êtres humains avec des sentiments, des valeurs et des vécus propres à chacun qui génèrent par conséquent des émotions. Je m'interroge sur l'impact des émotions dans la relation entre les infirmiers et les personnes âgées en EHPAD ? Les lectures que j'ai faites et les entretiens que j'ai menés puis analysés ont pu mettre en évidence que les émotions sont présentes dans la relation c'est l'élément qui humanise, mais demeure dépendant du vécu professionnel et personnel de l'infirmière. L'art relationnel réside dans la juste distance entre ses émotions et le professionnalisme. Les infirmières ont fait ressortir l'importance de l'expérience et d'une bonne connaissance de soi-même pour parvenir à une meilleure maîtrise de nos émotions au travail. L'évolution de ma réflexion m'interroge sur le processus à mettre en œuvre afin de maîtriser la juste distance.

Mots clés : Relation soignant/soigné, émotion, personnes âgées, EHPAD, infirmières, juste distance

Abstract

Professional practice in nursing home seniors : A relational art through emotions

Author : Mr Justet Morgan

During my past experience as a auxiliary nurse and my work placement as a student I was able to observe the link between the nurse and the elderly people in nursing home seniors. The actors of this relationship are both the nurse who is the caregiver with their singularity and their professionalism, and the elderly people who is a unique being but in a situation of physical and psychological vulnerability. The subject of this relationship is support whereas the point of hospital care is to treat patients. The protagonists of this relationship are human beings with individual feelings, values and experiences which generate emotions. I wonder about the impact emotions can have on the relationship between nurses and the elderly people in nursing home for seniors ? My readings and the interviews I conducted and then analyzed show that emotions are present in this relationship, they humanize people but these emotions depend on the nurse's professional and personal experience. Relational art lies in the right distance between emotions and professionalism. The nurses emphasized the importance of experience and self-knowledge to achieve better control of our emotions at work. The evolution of my thinking questions me about the process to be implemented in order to control the right distance.

Keywords : Relationship between the carer and patient, emotion, elderly people, nursing home seniors, nurses, right distance