



## Note aux lecteurs

---

« Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une scolarité à l'IFSI Paul Brousse de Paris et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou pour partie sans l'accord de son auteur et de l'IFSI. »

## Remerciements

---

- ❖ A Madame C, ma directrice de mémoire, pour avoir toujours répondu, quel que soit le jour, à mes questions. Je la remercie pour sa patience et sa disponibilité, et ce même pendant les vacances.
- ❖ Aux professionnels rencontrés durant mes études pour leur professionnalisme, leur soutien.
- ❖ A ma famille, mes parents, mes amis, pour avoir supporté mon stress, parfois communicatif. Merci à eux de m'avoir soutenue.
- ❖ A mon entourage quotidien pour m'avoir permis de m'évader de ce mémoire lorsque je n'arrivais plus à aligner deux mots.
- ❖ A ma chère sœur, qui une fois de plus, a été à la hauteur. Je la remercie d'avoir lu environ 15 fois chaque page de ce mémoire pour essayer d'en éradiquer les fautes d'orthographe.

Pour terminer, je dédie ce mémoire à ma grand-mère paternelle. Elle qui semblait si fière de dire à qui voulait l'entendre : « ma petite fille fait des études d'infirmière ».

# Table des matières

---

Introduction .....	1
Développement .....	3
1. De la situation d'appel à la question de départ .....	3
a. Situation d'appel .....	3
b. Cheminement.....	5
2. Le cadre conceptuel .....	7
a. Les émotions .....	7
b. La relation soignant-soigné.....	12
c. La juste distance .....	16
d. L'empathie .....	18
3. Le cadre méthodologique .....	21
4. Analyse des entretiens .....	24
a. Présentation .....	24
b. Les émotions et leur gestion.....	25
c. La juste distance .....	32
d. Conclusion de ces entretiens .....	35
5. Problématisation.....	38
Conclusion.....	40
Bibliographie .....	41
Annexes .....	43

# Introduction

---

J'ai souvent été confrontée durant mes stages à des situations me mettant émotionnellement en difficulté. Pour cette initiation à la recherche, j'ai donc choisi d'étudier l'impact de nos émotions à nous, soignants, sur la prise en charge des patients. Ce travail se situant à la fin de mes études m'a permis d'avoir une attitude réflexive sur un sujet auquel je serais très souvent confrontée. En effet, diplômés comme étudiants, certaines situations peuvent nous toucher, nous émouvoir. Malgré nos émotions, nous devons rester professionnels et aidants pour nos patients. Il ne faut donc pas se laisser dépasser.

De nos jours, on parle de plus en plus de burn-out dans notre profession. Il s'agit de l'épuisement professionnel. Le fait de ne pas gérer ses émotions peut accroître le risque de burn-out. Chaque soignant a sa propre façon de gérer ses émotions. Toutefois, un manque de contrôle peut favoriser l'épuisement. Le soignant n'arrivera plus à gérer ses émotions et se sentira submergé.

Je me rappelle, lors de ma deuxième année, les cours à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI). Ceux qui parlaient de juste distance. Nous devons réfléchir, nous questionner sur la juste distance à avoir et à ce qu'elle engendrait. On partage des moments avec les patients, on les soutient... Il semble donc normal d'avoir une certaine relation avec eux. Les émotions et la juste distance agissent dans cette relation. Ce travail m'a permis d'envisager mes futures prises en charge quel que soit la charge émotionnelle. En effet, gérer ses émotions tout en ayant une juste distance adéquate est primordial dans notre métier.

La première partie de ce travail va aborder la situation initiant cette réflexion. Suite à cette situation, je me suis posée plusieurs questions auxquelles j'ai tenté de répondre en me documentant. Il s'agissait d'une note de recherche rendue au semestre 5. J'ai donc résumé ce précédent dossier. Ce travail a abouti à une question de départ correspondant à un champ disciplinaire, qui sera le commencement de ma réflexion pour ce mémoire.

J'ai ensuite exploré les différents concepts de ma question de départ. Il s'agit d'établir le cadre conceptuel. J'ai donc défini le concept des émotions, de la relation soignant-soigné, de la juste distance et de l'empathie. Cette partie m'a permis d'avoir les connaissances nécessaires afin de comprendre chaque élément de ma question de départ. Ce cadre va également influencer la suite de mes recherches.

Suite à ce cadre conceptuel, j'ai choisi, défini et présenté le cadre méthodologique. Il s'agit de construire l'outil d'enquête qui me permettra de vérifier la pertinence de ma question de départ. J'ai également présenté les infirmières à qui je soumettrai cet outil d'enquête. Cette partie se termine en mettant en avant les difficultés rencontrées.

En quatrième partie, j'ai présenté les données recueillies lors de mes entretiens. J'ai ensuite analysé et comparé les différents propos de chaque infirmière. Pour terminer cette analyse, une synthèse finale a été faite, mais également une conclusion explicitant la pertinence de ma question de départ.

Ce travail se terminera sur la cinquième partie. Elle consiste à élaborer une question de recherche. Ma question de départ présentée à la fin de la première partie va évoluer en question ou hypothèse de recherche. Pour cela je vais rappeler le cheminement fait tout au long de ce mémoire.

Je terminerai le tout par une conclusion. Elle mettra en avant mon implication et l'intérêt de ce travail en tant que future professionnelle. Elle permettra également de présenter l'évolution de ma réflexion sur le sujet. Vous pourrez ensuite retrouver la bibliographie, ainsi que les annexes comprenant la grille d'entretien et la retranscription des quatre interviews réalisées.

# Développement

---

## 1. De la situation d'appel à la question de départ

### a. Situation d'appel

Pour faire ce mémoire, j'ai dû m'interroger sur une situation m'ayant interpellée. J'ai choisi cette situation d'appel qui s'est déroulée dans un centre municipal de santé (CMS) lors de mon premier stage du semestre 2 de mes études en soins infirmiers.

La scène se déroule dans le cabinet du médecin, un mardi soir à 19h, lors d'une campagne de vaccination dans le cadre de la prévention contre la grippe. Le médecin m'a demandé d'accueillir une patiente qui attendait dans le cabinet le temps que lui et l'infirmière finissent un dossier dans le poste de soin. C'était la première fois que je voyais cette patiente. Elle était assise sur la chaise devant le bureau du médecin, recroquevillée sur elle-même, et semblait triste. Je l'ai interpellée en m'approchant d'elle : "Bonjour ! Ça n'a pas l'air d'aller ?". A ce moment la patiente a relevé la tête. Elle avait les yeux humides, les cernes marquées. Son visage m'a paru très triste, je me suis demandée "que se passe-t-il ? De plus il n'y a personne dans la pièce qui pourrait m'aider à prendre en charge la patiente si elle me dit quelque chose d'important ». Elle s'est levée, et m'a répondu en se jetant à mon cou : "Non c'est juste que mon gosse de 2 semaines vient de mourir." Je suis restée abasourdie, sans rien dire. Je ne me rappelle même pas ce à quoi j'ai pensé sur le coup tellement l'annonce m'a fait l'effet d'un choc.

La patiente m'a prise dans ses bras, tout en pleurant. Je ne savais pas quoi faire, je ne bougeais plus, mes bras pendant le long de mon corps... Je suis restée choquée de cette annonce. J'ai eu l'impression de ne pas comprendre ce qui venait de m'être dit. J'ai senti la tristesse monter en moi également. La patiente pleurait et je sentais ses larmes couler.

Ce moment a été très court mais m'a semblé durer une éternité. Je me suis demandée comment je pourrais la soutenir, puis enfin, je me suis décidée à la prendre dans mes bras. Je ne savais pas quoi lui dire, tout aurait été dérisoire donc j'ai juste agi. Elle pleurait toujours et de plus en plus fort. Cette étreinte a décuplé ma tristesse. Je n'ai pas réussi à retenir quelques larmes. Sur le coup je me suis fait la réflexion que mon comportement n'était pas celui d'une future professionnelle de santé, je me suis laissée entraîner dans le chagrin de la patiente, je n'ai pas su m'en défaire, je l'ai donc partagé. Je me sentais désemparée. J'ai pensé que je ne pourrais même pas lui dire "Ça va aller" car non, ça n'ira jamais : son enfant venait de décéder ! Ne pas savoir quoi faire m'a empêchée d'agir autrement qu'en partageant cette tristesse. Je me suis sentie inutile, et je me suis dit que je ne serais d'aucune aide pour cette patiente au vu de la douleur morale qu'elle devait ressentir.

Quelques minutes plus tard, le médecin est entré et a demandé ce qui se passait. A ce moment je me suis dit "il va me trouver ridicule de pleurer avec la patiente. Ce n'est pas un comportement d'un professionnel de santé", mais l'émotion était plus envahissante que ce que j'aurais voulu. La patiente s'est éloignée de moi, et a prononcé la même phrase en s'essuyant les yeux, puis s'est rassise à sa place initiale. Le médecin a pris place derrière son bureau. Il n'y a pas eu de contact physique entre lui et la patiente. J'ai senti que le médecin était plus distant, savait gérer ce genre de situations. Je fus impressionnée par la façon dont il ne semblait rien laisser paraître de ses émotions. Cela m'a mis mal à l'aise, je me sentais « idiote » vis à vis du médecin. Je lui ai donc demandé si je pouvais sortir, il m'a répondu que oui.

Le temps de ma pause, les vaccins de la patiente étaient finis et cette dernière avait quitté le CMS. Je n'étais toujours pas remise de cette situation, je n'étais pas préparée à cela... Je suis entrée dans le poste de soin en m'excusant d'être partie, et de cette manière j'ai signalé ma présence. Le médecin et l'infirmière n'ont pas relevé. Ils ne semblaient pas avoir été touchés ou interpellés par la situation.

J'ai alors dit : « C'est triste ce qui est arrivé à cette femme » ; l'infirmière m'a alors répondu « oh tu en verras d'autres ». J'aurais voulu verbaliser mon mal-être mais, voyant l'infirmière prendre tant de recul, je n'ai pas osé insister, par peur qu'elle trouve mon attachement à la situation vécue par la patiente absurde. Nous avons fini les vaccins. La situation n'a jamais été évoquée durant la fin de mon stage.

## b. Cheminement

Suite à ce récit, je me suis intéressée aux questions que pouvait susciter cette situation. Chaque question correspondait à un champ disciplinaire de la profession. J'ai ensuite essayé de répondre à chacune d'elles à l'aide de lectures.

Mes recherches ont principalement été centrées sur des lectures ayant pour thèmes les mécanismes de défenses puis sur les émotions présentes dans notre métier. Nous rencontrons des situations qui peuvent nous déstabiliser : un décès, les sentiments des patients parfois envahissants, des pathologies pouvant être choquantes (polytraumatisés ...). Nous devons y faire face. Pour cela inconsciemment, nous mettons en place des mécanismes de défenses, propres à chacun de nous. J'ai pu analyser et comprendre les différents mécanismes de défenses dont nous disposons afin de réagir à une situation qui nous est inconfortable. J'ai également pu prendre conscience des moyens d'aide auquel nous avons accès pour pallier à ce genre de situation si nos mécanismes ne sont pas suffisants pour surmonter le problème.

Par la suite, ces réponses ont engendré d'autres questions : que se passe-t-il si malgré ces aides nous ne parvenons pas à surmonter une épreuve ? C'est alors que je me suis orientée vers l'épuisement professionnel, c'est-à-dire le burn-out.

Je me suis également renseignée sur ses facteurs favorisants, ses caractéristiques et sa prise en charge. En effet, après avoir défini ce qu'est le stress, mes lectures m'ont expliqué la conséquence d'un stress chronique, qui amène à un épuisement professionnel. Selon moi, il n'y a pas que le stress chronique qui provoque un épuisement.

En effet, on se retrouve souvent confronté aux émotions du patient mais également aux nôtres. Ce qui peut nous mettre en difficulté assez régulièrement. C'est pourquoi j'ai décidé de développer ce thème : les émotions rencontrées dans le service, aussi bien celle du patient que celle du soignant. Mes lectures m'ont donc apporté certaines définitions de sentiments. Il n'est pas toujours évident de prendre en charge les émotions, il est moins aisé de gérer ses propres émotions que les émotions du patient en l'écoutant, en le réassurant.

J'ai choisi d'exploiter les questions concernant les émotions du soignant, il s'agit donc du champ disciplinaire numéro 1 : Science humaine, sociale et droit. Ma question de départ était donc :

En quoi les émotions des infirmiers influencent-elles la prise en charge des patients ?

Une fois cette question de départ posée, j'ai pu définir les principaux concepts. Il s'agit du cadre conceptuel.

## 2. Le cadre conceptuel

Je vais à présent vous présenter le cadre conceptuel. Il s'agit d'établir et de développer les concepts en lien avec ma question de départ préalablement établie afin de comprendre chaque élément de cette dernière. J'ai donc relevé deux concepts primordiaux : « l'émotion » et « la relation soignant-soigné ». Ceux-ci ont ensuite suscité de nouveaux questionnements et ainsi de nouveaux concepts : « la juste distance » et « l'empathie ». J'ai donc développé quatre concepts, ce qui m'a aidée à cerner chaque élément de ma recherche.

### a. Les émotions

Le premier concept est celui de l'émotion. En effet, l'impact des émotions des soignants est le sujet principal de mon mémoire. Il me semble donc important de connaître plus en détail cette notion.

L'émotion vient du mot latin "emotus" qui signifie émotif. Il s'agit d'une réaction influencée par nos affects durant certaines situations. Cette réaction peut être plus ou moins vive. De plus elle a un début et une fin. Ces émotions diverses peuvent appartenir au domaine du plaisir, elles sont positives, ou à celui du déplaisir, elles sont alors négatives. L'apprentissage ainsi que le contrôle de celles-ci permettent d'adapter les expressions émotionnelles au milieu social dans lequel nous évoluons. Selon Marc Wetzel<sup>1</sup>, les événements extérieurs provoquent nos émotions, il s'agit de notre réaction à une situation, à un événement. L'émotion est la représentation d'un émoi qui s'impose de manière automatique lors de notre adaptation à une situation spécifique.<sup>2</sup>

Nous pouvons également parler de l'affect qui est « un élément émotionnel pénible ou agréable provenant d'une stimulation interne ou externe »<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup>Marc Wetzel est un professeur de philosophie en classes préparatoires littéraires dans un lycée à Montpellier

<sup>2</sup>Selon Bernard Rimé, docteur en psychologie

<sup>3</sup>Définition tirée du livre la relation soignant-soigné écrit par Alexandre Manoukian

Alexandre Manoukian<sup>4</sup> explique la différence entre le sentiment qui est une disposition affective éprouvée par un sujet pour un objet à une situation particulière, et l'émotion qui elle, s'exprime physiquement et sur un temps plus court. La tristesse est un sentiment qui s'exprime par les larmes qui représentent une émotion. Il explique également qu'une émotion est une réaction psycho-physiologique à une situation donnée qui touche le moi intime et le moi professionnel.

Toutefois, il y a différents paliers au sein de ces émotions. La colère va de la simple contrariété à la fureur, la peur commence au trac et se termine en panique, la joie de la gaieté à l'euphorie... Ces différentes étapes se différencient par l'intensité de l'émotion et leur façon de s'exprimer.

Selon les chercheurs qui ont étudié les émotions, le nombre d'émotions universelles peut être différent. Pour Charles Darwin<sup>5</sup>, il en existe six : la joie, la tristesse, la peur, la colère, le dégoût et la surprise. Toutefois, dans la littérature et en règle générale, on retient quatre émotions universelles reconnues de tous, quel que soit la culture, et le milieu de vie. Comme l'explique le psychologue américain, Elkman Paul<sup>6</sup>, il y a la colère, la joie, la peur et la tristesse. Ces émotions représentent l'expression de notre ressenti vis à vis des situations que nous vivons quotidiennement. Les émotions font partie intégrante de notre vie, à chaque instant. Leur déclenchement est automatique, seule leur régulation, leur temporisation nous appartient.

Nous avons appris à les gérer, à les contenir en public lors de notre socialisation infantine et professionnelle. En effet exprimer ce que l'on ressent en public peut occasionner une gêne surtout si l'émotion est négative ; quelqu'un de triste, qui pleure ou qui est énervé sera moins bien perçu qu'une personne riant aux éclats.

---

<sup>4</sup>Psychologue et formateur en milieu hospitalier

<sup>5</sup>Naturaliste (scientifique pratiquant les sciences naturelles) anglais ayant fait des recherches sur l'évolution des espèces.

<sup>6</sup>Psychologue américain

Richard Christian<sup>7</sup> explique que cela peut être dû à la culpabilité de ne pas avoir su contrôler son ressenti comme nos normes sociales l'exigent. À contrario, les sentiments positifs sont très bien perçus par la société, et leur expression ne semble pas déranger.

Rappelons que nous pouvons percevoir ces émotions négatives et positives à travers des manifestations physiques : rougir de honte, transpirer de stress... De plus, il y a également des manifestations cliniques : lorsque nous sommes en proie à la peur ou à la colère, notre fréquence cardiaque augmente, nos muscles se raidissent... Il n'est donc pas forcément évident de les contenir ou de les dissimuler. Toutefois, c'est ce qui nous est demandé en tant qu'infirmière répondant aux normes sociales : une bonne infirmière ne montre pas ses émotions.

Dans notre profession, nous sommes confrontés à des situations pouvant être éprouvantes, mais aussi aux sentiments du patient, à ses inquiétudes, sa tristesse, sa douleur, ce qui peut nous renvoyer à nos propres émotions. Notre profession exige une solide maîtrise de soi. Le patient peut nous transmettre ses sentiments : une pathologie grave évoque de la peur, de l'impuissance... Le patient va donc s'y adapter à l'aide de mécanismes de défenses. Ces mécanismes de défenses ne sont pas toujours compris par les soignants, ils peuvent choquer, énerver. Par exemple, un patient qui ne suit pas son traitement (car il est dans le déni) malgré les multiples tentatives d'explications de la part de l'infirmière peut agacer cette dernière. Cependant, elle doit continuer à aider le patient à accepter sa pathologie.

Par conséquent, le soignant doit prendre en compte ses propres émotions mais aussi respecter celles de la personne soignée.

Nous sommes également confrontés à la détresse, à la peur, à la joie des patients. Nous voyons le patient avec de telles émotions, que cela peut aussi nous affecter. Nous pouvons partager les moments de peine avec le patient.

---

<sup>7</sup>Psychologue clinicien

Les émotions sont contagieuses ; la colère d'un patient envers l'équipe médicale inspire la colère de l'équipe, voir un patient pleurer évoque en nous la tristesse, de même pour l'agressivité d'un patient, une rancœur s'installe, l'envie de s'occuper de lui diminue considérablement. De plus, les émotions jouent un rôle dans nos interactions sociales, donc dans nos prises en charge.

Notre non verbal peut traduire nos émotions, un patient n'aura pas de mal à analyser s'il peut communiquer avec nous aisément. Il n'est pas non plus rare qu'une infirmière, une fois rentrée chez elle, exprime ses émotions. Hors cela ne fait pas partie de l'aspect de la « bonne infirmière ». La « bonne infirmière » ne se laisse pas submerger par les émotions, elle intériorise « tout », elle reste empathique, elle est toujours disponible et à l'écoute, elle ne juge pas, elle compatit...

Le vécu psychologique de notre profession est une richesse humaine et personnelle pour chaque soignant. C'est dans ce vécu varié que l'on est confronté à un ensemble d'émotions et de sentiments. C'est ce qui fait tout l'intérêt de notre vocation. Parfois, il peut aussi nous mettre en difficulté s'il n'est pas suffisamment contrôlé. L'idée que nos émotions peuvent nous mettre en difficulté a contribué à la norme sociale de la bonne infirmière.

En effet, la place des émotions dans notre profession est largement occultée par souci de professionnalisme, ou encore à cause de la technicisation des soins, ou pour répondre à des règles sociales. Alors que ce sont elles, la raison, voire le moteur de nos actions. Il existe donc une « norme implicite ».

Walter Hesbeen<sup>8</sup> constate le même phénomène, il évoque « une forme d'interdit professionnel lié à la sensibilité ». Nous faisons ce métier par vocation.

Les émotions, nos motivations, sont donc primordiales. La norme veut que tous les professionnels soignants sachent maîtriser leurs sentiments.

---

<sup>8</sup> Infirmier et docteur en santé publique de l'Université catholique de Louvain et Lauréat de la Fondation Van Goethem-Brichant pour la réadaptation.

Christian Richard qualifie ceci de « lissage émotionnel ». Et ceci a lieu dès l'apprentissage. Les étudiants entendent souvent comme conseil de la part de leur tuteur de stage : « il faut apprendre à te blinder ».

Ce « blindage » peut avoir du bon comme l'explique Marc Lorient<sup>9</sup> : cela peut éviter le burn-out. Il s'agit d'un épuisement professionnel. Il peut être dû à un stress chronique mais aussi à un mal être chronique. Si nous sommes affectés à chaque décès, nous allons de moins en moins bien supporter ces situations. Nous aurons peur de les affronter. Malheureusement, il y en a dans notre métier, il faut apprendre à faire avec. Toutefois, cela ne doit pas nous empêcher d'agir selon nos émotions, c'est un métier riche en relations humaines ; nos émotions nous rendent humains.

Lorsque les émotions sont trop envahissantes, il faut savoir demander de l'aide. Le vécu émotionnel d'une situation peut être impossible à contrôler seul, on risque de considérer le patient comme une pathologie, une humeur... (« Le patient de la chambre 12 qui râle toujours »). L'importance d'un travail en équipe prend tout son sens. Il permet d'être épauler, de ne pas être seul. La cohésion d'équipe peut permettre d'affronter certaines situations suscitant un trop plein d'émotions en nous. En effet il est plus facile d'exprimer ses sentiments à ses collègues plutôt que devant le patient.

Les sentiments et émotions sont générés par un stimulus extérieur. Cela peut être dû à un événement personnel qui influencera notre humeur et donc nos journées, nos relations... Mais elles peuvent aussi venir d'une interaction avec nos patients, ils ont une place primordiale dans les relations entre patients et soignants. Par exemple, lorsque le patient nous raconte une histoire touchante, ou lorsqu'il se montre agressif envers nous. Ce qui m'amène à développer mon deuxième concept : la relation soignant-soigné.

---

<sup>9</sup>Il s'agit d'un sociologue spécialisé dans le stress et la fatigue au travail.

## b. La relation soignant-soigné

Les soignants s'occupent, soignent, aident, informent les patients ou leur famille. Il y a donc une véritable relation qui s'installe entre eux. Le terme de relation représente le lien établi entre deux protagonistes comme l'explique l'étymologie latine du mot « relatio »<sup>10</sup>. Alexandre Manoukian l'explique également : « Une relation, c'est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires »<sup>11</sup>. Il évoque aussi des facteurs responsables de l'établissement d'une relation : les facteurs psychologiques, les facteurs sociaux, les facteurs physiques. En effet, certains facteurs favorisent les relations : la similitude des histoires, de la culture, de la croyance, les affectivités, la communication verbale et non verbale... Nous comprenons ainsi que la relation n'est pas fixe, c'est-à-dire que celle-ci peut varier selon différents éléments que nous ne pouvons contrôler.

Selon le dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers, la relation soignant-soigné est le « lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé ». Cette relation nécessite certaines attitudes tel qu'un engagement personnel de la part du soignant, une objectivité.

Il doit rester neutre et juste, un minimum de disponibilité à accorder au patient pour que ce dernier se sente épaulé dans la maladie. Cette relation s'installe souvent de façon prolongée et intime. En effet nous aidons les patients dans les actes de leur quotidien, nous rentrons dans leur vie de tous les jours, dans leur intimité. De plus ils peuvent se confier à nous ce qui renforce les relations. Ils nous font assez confiance pour se confier.

---

<sup>10</sup>Relatio : "évoque le lien entre deux objets séparés par une distance" selon Prayez Pascal dans l'ouvrage "distance professionnelle et qualité du soin".

<sup>11</sup> Citation d'après l'ouvrage « la relation soignant-soigné » d'Alexandre Manoukian

Comme le dit Catherine Deshays<sup>12</sup>, lorsqu'il y a relation, il y a forcément un risque d'être affecté, c'est comme ça que se créent les émotions entre un patient et nous autres soignants. Ce contexte établi pourra définir le sens de la relation avec l'autre. Le climat relationnel est un élément déterminant dans la qualité de la prise en charge du patient mais aussi avec sa famille.

Nous prenons soin du patient. Ainsi les relations se déterminent généralement autour des soins. C'est à ce moment-là que l'on aborde un patient. Cela ne signifie pas forcément des échanges verbaux, on communique aussi par les gestes, les positions des protagonistes lors d'une situation, les accessoires comme la tenue qui va définir le rôle de chacun : tout ceci apporte des informations à partir desquelles un message verbal et non verbal particulier est compris par le patient. Il saura alors s'il peut se confier à nous, entrer dans une relation soignant-soigné de confiance. « C'est avec son corps, sa parole et son affectivité que l'on rentre en relation »<sup>13</sup>. C'est pour cela qu'on parle de « soin relationnel ».

Comme je l'ai expliqué, notre relation avec le patient dépend de notre verbal et de notre non verbal, mais aussi de notre capacité à être à l'écoute : c'est l'écoute active. Nous allons faire comprendre au patient qu'il est écouté à l'aide de mécanismes tels que la reformulation. Cela conforte le soigné et l'encourage à nous faire confiance afin d'établir une relation soignant-soigné, mais également à créer une relation d'aide en faisant preuve de compréhension et d'empathie.

Comme dit précédemment, c'est selon notre personnalité que nous rentrons en relation. Par conséquent, il est possible que nous ayons, inconsciemment, des préférences pour un patient plutôt qu'un autre. Cette préférence peut se faire car le soigné nous rappelle un proche de notre famille, ou par ce que nous apprécions son caractère, nos personnalités sont similaires...etc.

---

<sup>12</sup> Docteur en médecine, Licenciée en psychologie

<sup>13</sup> Citation d'après l'ouvrage « la relation soignant-soigné » d'Alexandre Manoukian

Il n'est donc pas évident de toujours rester neutre et impartiale. Cela est en accord avec la « bonne infirmière » : elle ne juge pas, et ne montre pas ses sentiments. Elle ne doit donc pas montrer ses préférences, même si le jugement est naturel chez l'être humain. Nous devons constamment nous adapter à de nouveaux patients si nous voulons être efficaces dans notre prise en charge. Nous ne devrions pas non plus parler de certains éléments personnels. Mais c'est aussi cet échange autour de mêmes sujets qui font les relations soignant-soigné.

Cependant, le soignant et le soigné n'ont pas le même rôle dans cette relation. Il y a une inégalité des rapports. Nous sommes actifs alors que le soigné est passif en attente de soins. Mais aucune situation n'est identique, ni aucun patient. Parfois, certaines situations relationnelles peuvent être douloureuses à supporter pour le soignant et ainsi peser sur la qualité de son travail envers le patient à l'origine de cette situation. Il faut une fois de plus s'adapter.

La douleur d'un patient peut être telle qu'elle nous affecte au point qu'on n'ait plus envie de l'entendre communiquer sur sa douleur. Inconsciemment, nous ne sommes plus dans l'écoute active, et notre non verbal peut refléter ce que nous pensons. Cela empiétera sur notre relation soignant-soigné. Il y a un contrôle des émotions, des ressentis, des jugements à avoir si l'on souhaite que notre relation soignant-soigné soit correcte, et reste professionnelle.

Nous prenons en charge le patient dans sa globalité, ce qui signifie prendre en charge son entourage. Tout d'abord, on peut se demander : qu'est-ce qu'une famille de nos jours vu les changements sociaux ? Traditionnellement, il s'agit d'un père et d'une mère avec un ou plusieurs enfants. Dorénavant la famille peut être mono parentale, recomposée, homoparentale. Nous devons considérer que la famille du patient correspond aux personnes considérées comme proches par le patient.

Suite à cette rencontre entre les trois partenaires (soignant-soigné-famille) une alliance peut se créer ou une opposition. L'alliance peut se faire entre le patient et sa famille contre le soignant, le patient et le soignant contre la famille, ou encore le soignant et la famille contre le patient. Ces trois cas de figures peuvent vite devenir inconfortables pour l'un des membres du trio, il est donc important d'essayer de maintenir une neutralité et une cohésion entre tous. Il s'agit de notre rôle. Une fois de plus la « bonne infirmière » se doit d'être neutre. Elle doit également prendre en charge cette famille : répondre à leurs questions, écouter leurs craintes, leur désespoir. Nous avons vu que supporter la peine d'une personne peut être une souffrance pour le soignant. Alors supporter celle d'une famille, de plusieurs personnes, peut être moralement extrêmement dur.

Cependant, rien n'est plus valorisant pour un infirmier, que d'entendre les remerciements, la reconnaissance d'un patient et de sa famille. Tout professionnel a besoin d'une certaine reconnaissance de son travail afin de se sentir valorisé et confiant dans ce qu'il fait. La « bonne » relation soignant-soigné est donc importante dans l'accomplissement du travail. Ces reconnaissances suscitent de la fierté, du bonheur, de la joie. Rappelons que ces émotions-là sont « acceptées », peuvent s'exprimer car elles sont positives.

Nous avons vu que la « bonne infirmière » correspond à une certaine norme sociale. Toutes les émotions négatives doivent être occultées si l'on veut garder une relation aidante, professionnelle et thérapeutique avec le patient et sa famille. Il y a tout un « savoir-être » à acquérir pour être infirmier. Nous entretenons certaines relations avec nos patients, qui provoquent des émotions.

Si la relation soignant-soigné est correcte, que nous discutons régulièrement avec le patient, que nous échangeons aussi avec la famille, il est normal de ressentir quelque chose lors du décès. Mais cela ne doit pas prendre le pas sur le rôle de soignant. Sinon nous ne serons plus aidant pour la famille, mais nous nous mettrons aussi en difficultés. On peut donc se demander comment se préserver ?

Quelle est la juste distance à avoir avec un patient pour limiter notre affect ? Ce qui m'amène à développer mon troisième concept : la juste distance.

### c. La juste distance

Ma question de départ porte sur la répercussion de nos émotions personnelles sur la prise en charge de nos patients. Après avoir défini les émotions ainsi que la relation soignant-soigné, je me rends compte qu'il y a donc une distance relationnelle à respecter si l'on ne veut pas être affecté par les émotions du patient, mais également si l'on ne veut pas partager ou faire subir nos émotions au patient. J'ai donc choisi de développer ce nouveau concept.

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

Il y aurait donc une distance entre le soignant et le soigné, les deux ne doivent pas être proches. Cependant cette distance ne doit pas être synonyme d'insensibilité, de froideur envers le patient. Il s'agit de s'impliquer dans la relation avec le patient, d'être « proche » de lui (comme nous l'avons vu lors du développement du concept de "la relation soignant-soigné") tout en s'adaptant pour que la distance soit la plus thérapeutique possible.

En effet une relation trop distante ne permettra pas une relation soignant-soigné aussi efficace, mais une relation trop proche sera également un frein à la relation thérapeutique.

La relation soignant-soigné est paradoxale lorsque l'on doit tenir compte de la juste distance à respecter. La "juste distance" est un concept primordial lors de toute interaction avec un patient. Garder cette juste distance dans les relations avec le patient lors des soins n'est pas chose aisée.

Il s'agit d'adapter le bon positionnement lors d'une situation. Chercher cette juste distance peut être un danger : soit le soignant peut s'attacher ou s'impliquer de façon excessive et il en souffrira ; ou alors, au contraire il va adopter une distance dite défensive et le soigné et sa prise en charge peuvent à son tour en souffrir. Cette juste distance s'acquiert au fur et à mesure des expériences selon Catherine Rioult<sup>14</sup>.

Cela ne veut pas dire pour autant se protéger du patient et de son histoire, il ne faut pas se concentrer exclusivement sur la technique des soins. Cela ne signifie pas non plus fuir tout attachement. Le soignant risque de ne pas vivre toute la richesse de notre métier, et ne sera pas épanoui dans la profession. Dans notre société actuelle, la juste distance est facilement confondue avec une froideur dans les relations. Cela provoque une déshumanisation de la relation avec autrui. Cette prise de distance excessive a des répercussions négatives sur la qualité de la prise en charge. En effet, la prise en charge d'un patient est constituée de soins techniques mais aussi relationnels qui ne doivent pas être entravés par une distance trop importante ou trop proche.

Il n'est pas évident de conserver cette juste distance. Nous avons vu dans le concept précédent, que la relation avec le soigné se forme selon différents critères, comme la personnalité ou les similitudes de vie. Donc, il se peut qu'un infirmier ayant des enfants soit plus touché par un patient en pédiatrie qu'un infirmier sans enfant.

De plus la pédiatrie a une forte influence sur la relation soignant-soigné. En effet, on aborde le soin de façon différente s'il s'agit d'un enfant et non d'un adulte.

---

<sup>14</sup>Psychologue ayant publié un article à ce sujet dans le magazine "soins" de février 2001

On va orienter le soin sur le jeu, l'affection, la douceur, la juste distance devient encore plus floue durant ces moments. La distance ne sera pas la même, elle sera donc peut être plus dure à respecter en pédiatrie.

Par conséquent, trouver une juste distance adéquate avec un patient adulte ou enfant demande un travail personnel. Cela nécessite un travail sur soi-même de la part du soignant. Comme nous l'avons dit précédemment cette juste distance s'apprend au fur et à mesure des expériences professionnelles.

La juste distance consiste à pouvoir se protéger tout en étant capable de rester assez proche du patient afin de maintenir la communication et la relation soignant-soigné, qui se base sur la confiance de l'un envers l'autre. « Une bonne distance professionnelle doit permettre de tenir la souffrance à un niveau qui permette de travailler avec elle afin de dégager le manque à combler, l'atteinte à réparer ».<sup>15</sup>

Il est important de savoir qu'il n'y a pas de comportement précis à adopter pour maintenir la juste distance. Il existe cependant certains mécanismes. Le plus important est l'empathie, ce qui m'amène à développer mon quatrième concept.

#### d. L'empathie

L'empathie est l'un des mécanismes permettant de maintenir une juste distance. Développer le concept de « juste distance » m'a amenée à m'intéresser de plus près à « l'empathie ». Étymologiquement, emp-pathie signifie ressentir en dedans. On doit partager le point de vue, le ressenti d'autrui. Il s'agit de comprendre les affects de l'autre, mais aussi ses pensées.

---

<sup>15</sup>Citation de Mallem Elke, La distance professionnelle, Objectif Soins, Mai 2005, n°136, p23

Il s'agit d'une relation, d'une interaction émotionnelle et cognitive. Dans les années 60, Carl Roger explique l'empathie comme « une attitude qui permet de mieux comprendre l'autre ». L'empathie est un sentiment moral qui permet d'améliorer notre communication, d'écouter et d'accompagner le patient. Cette notion est indispensable dans « le savoir-faire [...] pour la considération d'autrui. »<sup>16</sup> « L'empathie joue un rôle essentiel dans les relations humaines et constitue le cœur de la relation de soins. »<sup>17</sup>

L'empathie peut être vue selon deux critères : c'est une attitude ou une aptitude. Selon le dictionnaire Larousse, une attitude est une "manière d'être qui manifeste certains sentiments ", et une aptitude est une "disposition naturelle ou acquise de quelqu'un à faire quelque chose ". Par conséquent, l'empathie peut être une capacité à s'identifier à autrui et à ressentir ce qu'il peut ressentir en le montrant par un comportement (attitude) ou cela peut être une faculté à éprouver immédiatement le ressenti du patient.

L'empathie fait appel à plusieurs qualités. La première composante de l'empathie est émotionnelle. Comme nous l'avons développé dans le concept de l'émotion, l'empathie est une réaction automatique et intentionnelle à une situation que nous ne contrôlons pas. Il y a ensuite la partie cognitive de l'empathie. Nous avons la capacité de se représenter les maux, les états psychologiques d'autrui grâce à un concept appelé « la théorie de l'esprit » ou encore « la mentalisation ». Nous arrivons à ressentir les affects du patient, mais nous ne devons pas les reproduire. Il faut être capable de faire la distinction entre nos sentiments et ceux du patient. L'empathie consiste à un partage d'émotions et de pensées, il ne faut pas faire d'association entre soi et autrui. Il faut être capable de ressentir ce que vit l'autre, tout en restant lucide sur le fait que ce n'est pas totalement possible. On ne peut pas se mettre pleinement à sa place.

---

<sup>16</sup>Extrait de l'ouvrage "trouver une bonne distance avec l'autre grâce au curseur relationnel" écrit par le docteur Catherine Deshays

<sup>17</sup>[http://www.psychologie-positive.net/IMG/pdf/Empathie\\_et\\_ses\\_effets\\_definitif.pdf](http://www.psychologie-positive.net/IMG/pdf/Empathie_et_ses_effets_definitif.pdf)

Contrairement à l'aspect émotionnel, l'aspect cognitif de l'empathie n'est pas automatique, il va dépendre de l'analyse que fait l'individu de la situation. Par exemple, l'empathie va être moins forte, si la douleur ressentie par le patient est causée par lui-même. Le patient ne semble pas coopérant.

Cependant, il n'est pas toujours possible d'être empathique, de s'approcher du ressenti de nos patients. Cela peut provenir du soignant : il peut être plus froid que d'habitude, il peut se sentir désintéressé, comme, à contrario se sentir plus touché par une situation qu'une autre. Le soignant peut choisir de ne pas montrer ses sentiments, il paraîtra donc moins empathique que d'autres soignants devant le patient.

Cela peut aussi provenir du patient qui n'est pas assez ouvert au soignant, ce qui bloque l'empathie de ce dernier. On sera forcément moins empathique avec un patient que l'on trouve désagréable. Comme l'explique le livre « Trouver la bonne distance avec autrui » de Catherine Deshays, les mécanismes comme les préjugés, le jugement, les origines ethniques, l'origine de la douleur (volontaire ou non) peuvent altérer notre compréhension, notre empathie envers autrui.

Pour être empathique, il faut donc accepter d'être touché par le patient : une fois de plus nos émotions jouent sur notre empathie. Par conséquent, l'empathie représente un risque de se laisser envahir par ses émotions, et donc de ne plus ajuster sa distance avec le patient, au risque de ne plus être efficace dans sa relation d'aide.

Suite aux recherches qui m'ont permis d'approfondir mes connaissances sur ces quatre concepts, j'ai pu établir un cadre conceptuel afin d'éclairer ma question de départ et d'orienter mes entretiens infirmiers à son sujet. Nous avons vu que notre métier permet de créer une relation particulière avec le patient et son entourage, ce qui entraîne des émotions et donc une distance à garder si on veut survivre moralement dans ce métier.

La réalité du terrain peut être différente de ce que j'ai pu apprendre dans la littérature. Je vais donc continuer mes recherches en allant interroger des professionnels confrontés à l'impact de leurs émotions sur la prise en charge d'un patient, et ce au quotidien.

### 3. Le cadre méthodologique

Lors de mon parcours d'étudiante infirmière, j'ai pu rencontrer de nombreuses infirmières et donc, par conséquent, de nombreuses personnalités réagissant toutes de façon différente à une situation pouvant les heurter.

J'ai également été confrontée à des situations m'étant plus ou moins difficiles selon mes lieux de stage et la relation soignant-soigné que j'avais créée avec le patient. Ainsi j'ai choisi d'effectuer des entretiens semi-directifs auprès de quatre infirmières dans des services différents.

Ce type d'entretien m'a paru le plus approprié puisque je peux cibler mes questions tout en laissant une marge de manœuvre à l'infirmière, elle peut s'exprimer librement. Cet outil d'exploration m'a permis d'avoir des réponses plus complètes et plus personnelles qu'avec un questionnaire fermé.

Les émotions ne vont pas être les mêmes au contact d'un enfant que d'un adulte. Elles seront également différentes au contact d'un patient que l'on a pris en charge un jour par rapport à celui qu'on a pris en charge un mois. De plus ces émotions ne seront pas gérées de la même manière par une jeune diplômée ou une infirmière aguerrie. En effet, ces infirmières ne vont pas avoir la même expérience professionnelle selon leur ancienneté, ce qui va me permettre d'analyser la gestion des situations difficiles selon l'âge et l'expérience. Toutes ces notions m'ont permis de définir les lieux et les personnes que je souhaiterais interroger.

J'ai donc orienté mon enquête exploratoire vers quatre services regroupant adulte et enfant, ainsi que courte durée d'hospitalisation et longue durée. Ayant choisi d'étudier quatre services, j'ai préféré interroger une seule infirmière dans chacun d'entre eux. Ces infirmières regroupent des jeunes diplômées et des plus anciennes.

Voici mes choix pour effectuer mes quatre entretiens :

- Mme C, 14 ans de diplôme, exerçant dans un service pédiatrique de courte durée : la chirurgie pédiatrique
- Mme S, 32 ans de diplôme, exerçant dans un service pédiatrique de longue durée : Le SSR (soin de suite et réadaptation) : rééducation infantile
- Mlle L, 4 ans de diplôme, exerçant dans un service d'adulte de courte durée : La réanimation
- Mme M, 10 ans de diplôme, exerçant dans un service d'adulte de longue durée : unité gériatrie aiguë (UGA)

Avant de partir faire mes entretiens, j'ai dû réaliser ma grille d'enquête. J'ai réalisé un premier questionnaire que j'ai amélioré selon les conseils de ma directrice de mémoire. Par la suite, j'ai testé mon outil d'enquête lors d'un entretien téléphonique avec une infirmière retraitée. Elle a répondu à chacune de mes questions, tout en apportant des remarques constructives quant à la précision et à la tournure de mes questions. En effet mes questions avaient tendance à être trop générales, pas assez précises. Les réponses attendues n'étaient pas données.

Grâce à son aide, j'ai donc pu réajuster, et finaliser ma grille d'entretien, ainsi que mes questions de relance, qui furent validées par ma directrice de mémoire. Cette grille d'entretien finale se trouve en annexe.

Mes entretiens se sont tenus sur deux semaines en prenant en compte les disponibilités des infirmières ainsi que les miennes.

J'ai choisi d'enregistrer chaque interview sur un dictaphone tout en notant sur une feuille le non verbal des infirmières afin de me faciliter la retranscription. De façon général, tous mes entretiens se sont déroulés convenablement, chaque interviewée m'a bien accueillie. J'ai trouvé les entretiens tous différents, et très intéressants. Chaque infirmière avait une vision différente des choses ou un comportement différent lorsqu'il s'agissait de montrer ses émotions. Ils ont duré en moyenne 30 minutes chacun.

La principale difficulté rencontrée durant mon enquête a été le fait d'être interrompue durant les entretiens. Par exemple, en réanimation ainsi qu'en rééducation infantile, des collègues de l'infirmière interviewée sont venus lui demander certaines informations. De plus, je connaissais l'équipe de réanimation, par conséquent, nous avons pris le temps de discuter ensemble : l'intervenant, l'interviewée et moi durant l'entretien.

L'autre complication à laquelle je fus confrontée fut la prise de rendez-vous. Il a fallu conjuguer mon planning avec celui des infirmières. Par exemple, j'avais un premier rendez-vous avec Mme S en rééducation infantile que nous avons dû annuler du fait d'un changement de dernière minute d'emploi du temps de mes cours. Il a été également difficile de fixer un rendez-vous avec une infirmière de l'UGA. L'infirmière devait me rappeler afin de convenir d'une date, il lui a été difficile à la vue de son emploi du temps de programmer cela rapidement.

Cet entretien à l'UGA fût le plus court puisque l'infirmière avait une charge de travail importante ce jour-là, et n'avait donc pas beaucoup de temps pour répondre à mes questions.

Mon enquête a également des limites. En effet je n'ai interrogé que 4 infirmières dont 3 « anciennes » et une jeune diplômée. Un si petit échantillon ne peut pas être représentatif de l'ensemble de la population infirmière répartie dans une multitude de services.

De plus, il aurait fallu comparer pour chaque service le ressenti d'une jeune diplômée et une ayant acquis de l'expérience. Comme ceci j'aurais pu étudier l'impact de la charge émotionnelle d'un service spécifique selon l'ancienneté. Cependant, en prenant en compte le nombre d'interviews attendus, j'ai choisi d'étudier d'autres liens comme le long et le court séjour, ou l'enfant et l'adulte. Ces entretiens ne sont qu'une infime partie des réponses possibles.

## 4. Analyse des entretiens

Après avoir retranscrit mot à mot chaque entretien, je vais pouvoir les analyser par thème. La question 1 permet de présenter les interviewées. Le thème des émotions et de leur gestion se retrouve à travers les questions 2, 3 et 4. Les questions 4 et 5 permettent d'aborder la juste distance.

### a. Présentation

Comme je l'ai expliqué dans le cadre méthodologique, j'ai choisi d'interroger des services regroupant enfant et adulte, ainsi que courte durée et longue durée.

Le premier entretien s'est fait en réanimation. Il s'agit de Mlle L, célibataire sans enfant. Elle a été diplômée en 2012. Elle a travaillé quelques mois en néphrologie avant d'arriver en réanimation.

Je me suis ensuite rendue en chirurgie pédiatrique (courte durée). J'y ai retrouvé Mme C, 42 ans, mariée, ayant 2 filles d'environ 10 ans. Elle a été auxiliaire puéricultrice avant d'entrer en école d'infirmière en 1998. Elle a été diplômée en 2002. Elle a ensuite fait de la réanimation pédiatrique avant d'arriver en chirurgie pédiatrique. Cela va faire 10 ans qu'elle est dans ce service.

Mon troisième rendez-vous s'est déroulé en rééducation infantile. Il s'agit de la reconstitution d'une classe afin d'aider les enfants ayant des difficultés d'apprentissages. On considère ce service comme du long séjour car l'infirmière voit les enfants 5 jours par semaine et ce pendant 2 ans. L'infirmière est Mme S. Elle a 55 ans, et deux filles. Elle est diplômée depuis 32 ans. Elle a commencé sa carrière en oncologie. Puis elle a été en psychiatrie adulte où elle est restée 3 ans. Elle a ensuite effectué des missions d'intérim, avant de refaire de la psychiatrie adulte dans différents hôpitaux. Après ce parcours, elle a commencé à travailler en rééducation infantile, et cela va faire 10 et demi qu'elle y est.

Mon dernier entretien s'est effectué dans un service adulte de longue durée, l'unité gériatrique aiguë (l'UGA). Bien qu'il s'agisse d'un service aigu, les patients y restent plusieurs mois, ce qui contraste avec la réanimation qui est en général de courte durée. J'y ai interviewé Mme M qui a 37 ans et un enfant. Elle a eu son diplôme en 2006, et elle a toujours travaillé en gériatrie.

On peut voir que les 4 infirmières interrogées ont des âges différents, une ancienneté différente, mais aussi un parcours différent. Mme C n'a exercé qu'avec les enfants au contraire de Mme M, qui elle, a toujours travaillé en gériatrie. De la même manière que Mme S a connu de nombreux services durant ses 32 ans d'ancienneté, alors que Mlle L en a pour l'instant expérimenté deux au cours de ces 4 années de diplôme. En fonction de leur parcours et de leur personnalité chacune d'entre elles a répondu au reste de mon questionnaire.

## **b. Les émotions et leur gestion**

Le premier thème abordé fut les différentes émotions rencontrées, ainsi que leur gestion. J'ai tout d'abord demandé aux soignantes d'évoquer les émotions qu'elles rencontraient au travail. Mais également dans quelles conditions et comment elles les géraient.

Dans le cadre conceptuel, j'ai étudié le concept des émotions. J'expliquais qu'il y avait quatre émotions universelles : la colère, la joie, la peur et la tristesse. Durant ces interviews, deux infirmières sur quatre ont parlé de la tristesse. Il s'agit de Mlle L et Mme M, travaillant toutes deux dans un service d'adulte. Les deux infirmières évoquent cette émotion face à un décès ou lors d'annonce de diagnostic. Cependant, Mlle L précise que la tristesse est souvent envers la famille du défunt. Comme je l'ai dit auparavant, les émotions peuvent être communicatives. Ainsi, la famille peut nous faire partager sa tristesse. Nous sommes humains, il me semble normal que voir une famille souffrir nous touche. L'infirmière va plus ou moins extérioriser son ressenti.

Mme M a parlé essentiellement de cet affect, alors que Mlle L a exprimé d'autres sentiments tels que la joie lorsque les patients sortaient du service après une guérison. Mme C et Mme S ont également évoqué la joie ressentie aux côtés des enfants. Comme le dit Mme C, en pédiatrie, « on est beaucoup dans l'affectif », on joue avec l'enfant, ça va donc être un sentiment heureux : la joie. Mme S évoque aussi le bonheur de se dire « on va tout faire pour aider cet enfant ».

Il semblerait que l'on pense plus à la joie comme émotion dominante dans un service de pédiatrie. A l'inverse, la tristesse semble plus présente dans un service d'adulte. Les soignants ont également une attitude différente s'il s'agit d'un patient adulte ou d'un patient enfant. Par conséquent, les émotions ressenties vont dépendre aussi de la manière dont on se comporte avec le patient. La joie et la tristesse sont donc les deux émotions les plus évoquées. La tristesse est l'émotion prédominante dans un décès, le reste du temps, les relations semblent être joyeuses, voir empathique comme le dit Mlle L.

L'empathie est pressentie d'après Mlle L une fois que l'on a appris à connaître le patient. Pour se mettre à la place d'autrui, il faudrait donc entrer en relation avec lui, une relation où le patient nous évoque ce sentiment d'empathie.

Mme S a, quant à elle, parlé d'une interrogation constante. Pour elle, à chaque patient elle s'interroge sur la façon de le soigner, de s'améliorer. Ce qui peut amener à un découragement. En effet elle explique qu'en psychiatrie elle revoyait souvent les mêmes patients et se demandait comment les soigner, lorsqu'elle n'y arrivait pas. Elle se retrouvait confrontée au découragement. Elle évoque aussi la bienveillance, qui selon elle, regroupe l'écoute, l'attention, la patience. Il s'agit d'être bienveillante avec les patients, donc de faire le maximum pour que leur hospitalisation se passe au mieux.

D'après ces 4 infirmières, ainsi que mes lectures préalables, je peux dire qu'on est confronté à une multitude de sentiments et d'émotions dans l'exercice de notre profession.

Le patient peut nous apporter de la joie comme le font les enfants, mais aussi de la tristesse si l'un des patients décède. Il semblerait que la pédiatrie évoque en premier lieu de la joie, contrairement aux services d'adultes qui évoquent la tristesse. Les émotions sont présentes dans la relation avec le patient. Les infirmiers ne sont pas des « robots », nous avons des sentiments comme tout le monde. Ces sentiments sont présents dans la relation avec les patients. Ils permettent de considérer ce dernier, d'éprouver de l'empathie et par conséquent de la tristesse s'il décède.

Après avoir analysé les différents propos de chacune d'entre elles, je peux affirmer que les émotions ressenties vont dépendre de la personne, de son vécu, et aussi du service dans lequel elle exerce. Pour reprendre l'exemple cité par Mme S, en maternité il y aura toujours plus de joie qu'en oncologie ou en soin palliatif. De plus, les patients peuvent souvent nous rappeler notre propre histoire. Comme l'a mentionné Mme C, qui est maman, les patients peuvent nous rappeler nos propres enfants. Les patients nous confrontent à nos propres émotions. Il s'agit donc de les contrôler.

Interviewer des infirmières en pédiatrie mais aussi dans un service adulte a permis d'identifier les émotions dominantes selon le service, et de me rendre compte de ce qui pouvait être à l'origine des émotions.

La relation particulière à la pédiatrie fait que nous jouons, nous rions avec les enfants, plus que dans un service d'adulte.

Pour ce qui est de la gestion de ces émotions, trois infirmières ont exprimé la même idée. Il s'agirait donc de se « blinder » face aux situations complexes. Mlle L, en réanimation, dit qu'on s'habitue, ou que l'on relativise au fil des expériences.

Mme C renforce les dires de Mlle L en disant qu'on apprend à se maîtriser « en grandissant ». « On se fait un bloc » a dit Mme M. On peut donc analyser qu'on apprend à se maîtriser au fur et à mesure des situations rencontrées. Il s'agit d'apprendre le contrôle de nos émotions lors de la socialisation professionnelle. C'est ce que j'en avais déduit suite à mes lectures. On est obligé, on voit régulièrement des situations douloureuses, donc inconsciemment, on s'en protège, on se rend moins sensible, moins accessible par les sentiments. Par conséquent l'expérience professionnelle de chacun est primordiale pour la gestion de ses émotions.

Une jeune diplômée de quelques mois n'aura pas le même recul vis à vis d'une situation troublante qu'une infirmière ayant de l'ancienneté. L'ancienneté permet donc d'avoir une meilleure gestion des émotions.

Toutefois, comme l'ont dit les 4 infirmières, on peut parler de son mal-être avec ses collègues si on le souhaite. Il s'agit d'être une équipe, de se soutenir. S'exprimer sur le sujet permet de passer outre. Cependant, lorsqu'il s'agit de tristesse, aucune ne dit l'exprimer devant le patient. En accord avec ce que j'ai écrit dans le cadre conceptuel, exprimer une « bonne » émotion ne dérange pas, contrairement à l'expression de la « mauvaise » émotion comme la tristesse. Mme C dit qu'il est difficile de les exprimer avec le patient. Tout dépend de quelles émotions il s'agit. La joie peut être exprimée mais pas la tristesse. En effet si l'on veut soutenir la famille d'un patient décédé, pleurer avec eux n'est pas la meilleure attitude à avoir. Ils ont besoin de soutien, d'aide, parfois d'explications...

En conclusion, les émotions sont constamment présentes dans notre métier. Elles peuvent être handicapantes à partir du moment où elles deviennent envahissantes comme je l'ai explicité durant mon cadre conceptuel. Elles ne doivent pas nous empêcher d'agir. Par exemple, notre rôle serait de soutenir la famille du défunt. Pour cela on doit les écouter, leur parler, leur expliquer mais ne pas pleurer avec eux. Par conséquent nos émotions sont primordiales lors des relations soignant-soigné.

Elles doivent être cependant contrôlées (surtout les émotions dites négatives) afin d'agir au mieux avec le patient et son entourage. Il est plus rare d'exprimer librement ces émotions envers le patient. L'expression de la tristesse est plus réfrénée que la joie. Ce contrôle de nos émotions s'acquiert au cours d'expériences nous permettant de nous remettre en question afin de ne pas se laisser dépasser par les sentiments. Toutefois, les soignants peuvent exprimer leur mal-être au sein de leur équipe afin de se soulager. Il est important de se libérer. Cependant, certains soignants vont choisir de s'exprimer, d'autres vont préférer s'abstenir.

Avant de réussir à se contrôler, les soignants ont vécu différentes situations inconfortables. Comme je l'ai dit ci-dessus, l'expérience permet de mieux se contrôler. Les infirmières ont pu tirer profit de ces situations afin de mieux gérer certains moments. Par conséquent, j'ai demandé aux interviewées de me raconter une situation qui les ont touchées et comment elles l'ont surmontée. Les 4 soignantes m'ont raconté une histoire où un patient est décédé et avec lequel le soignant avait noué des liens plus ou moins forts. Mlle L et Mme C s'étaient attachées à lui mais aussi à sa famille. La tristesse de cette dernière les a aussi affectées. Aussi bien Mlle L, Mme C, Mme S que Mme M se sont occupées régulièrement de ce patient, ce qui favorise la relation.

Toutes ont ressenti de la tristesse lors du décès de leur patient, sauf Mme S qui elle était plus dans l'énervement. Elle était désemparée de ne pas avoir réussi à aider sa patiente. Mlle L et Mme M expliquent qu'elles ont beaucoup pleuré pour leur patiente et aussi avec sa famille.

Mlle L explique que c'est la seule fois de sa carrière où elle a pleuré. C'est une personne qui préfère ne pas montrer ses émotions, ni en parler. Contrairement à Mme C et Mme M qui ont parlé de ce décès afin de pouvoir passer à autre chose. Elles l'ont évoqué avec leur équipe afin de l'accepter, de relativiser.

Mlle L et Mme C expriment bien l'idée de relativiser. Elles se disent que ça fait partie du lot quotidien, qu'il ne s'agit pas de leur famille respective. Mme S dit qu'il faut continuer à soigner. Par conséquent, on ne doit pas se laisser déstabiliser à la moindre difficulté morale, alors on s'engage moins, on se blinde et on relativise.

Elles ont tiré un enseignement de ces situations. Certaines, comme Mlle L, ont décidé de prendre beaucoup de recul sur tout ce qu'elles vivent afin de se protéger. D'autres, tel Mme M, préfèrent relativiser en différenciant le travail et sa propre famille. Comme dit Mme S, il faut repartir à zéro, chaque patient est différent, donc on fait comme si on n'avait jamais vécu ces situations douloureuses. « Il ne faut pas avoir de ressentiments » a-t-elle dit, il s'agit de ne pas anticiper les événements. Ça confirme ce que dit Mme M, « on sait ce qui va se passer », donc « on se blinde ».

Tout ceci s'apprend. Comme le dit Mlle L, il ne faut pas vouloir mettre de la distance toute de suite, cela se fait naturellement au cours des expériences. De plus, d'après Mme S, il ne faut pas rester seul. Lorsqu'une situation est trop forte pour nous, il ne faut pas hésiter à demander de l'aide à ses collègues. Pour cela il faut savoir se remettre en question. Cela se développe également avec l'expérience. L'apprentissage et la maîtrise des émotions se font donc tout au long de la carrière.

Donc, il semblerait que les situations mettant en difficulté les soignants soient plutôt celles où nous sommes confrontés à un décès. Il y a différents moyens de réagir. Les infirmières peuvent pleurer, demander de l'aide pour surmonter ceci, peuvent aussi en parler, ou relativiser. Cela va dépendre de la personnalité et de l'expérience de chacun. Nos émotions sont primordiales dans notre métier.

Comme l'a dit Mme M, cela permet de considérer le patient, d'être empathique. Les soignants ont des émotions qu'ils extériorisent plus ou moins selon leur besoin. Toutefois, au fil de la carrière, les infirmiers sont obligés de se renforcer. Car rappelons que les émotions peuvent être handicapantes si elles sont trop présentes. Il faut donc les contrôler un minimum.

Pour terminer d'analyser les différents témoignages concernant les émotions et leur gestion, je peux dire que les émotions les plus courantes sont la joie et la tristesse. Elles se développent en même temps que se développe la relation avec le patient. Nous sommes confrontés aux histoires des patients, à leurs rires, à leurs pleurs, à leurs doutes. Il semble donc normal que nous aussi, nous éprouvions des sentiments. Les émotions que l'on va ressentir envers le patient vont influencer notre relation. Nous allons vouloir l'aider après avoir éprouvé de l'empathie, le rassurer, rire avec lui ... etc. Il s'agit d'un métier composé de relations humaines. Les émotions sont donc importantes.

Paradoxalement, nous devons agir avec nos émotions, mais ces dernières ne doivent pas prendre le dessus sur notre fonction d'infirmière. Il est important de les contrôler devant le patient.

En effet, le patient, ainsi que sa famille, doivent se sentir épaulés, soutenus, 687+ pour le patient et son entourage. Cependant exprimer ses émotions ne doit pas être perçu de manière négative. Nous devrions pouvoir nous confier au reste de l'équipe sans avoir peur des jugements. Nous pouvons aussi les exprimer au patient tant qu'elles n'interfèrent pas dans la relation de soin.

Il s'agit de trouver le juste milieu dans l'expression de nos émotions. Ce milieu, propre à chacun, va s'acquérir au fil de l'expérience. Chaque situation nous permet de nous remettre en question et donc de modifier notre comportement. « On se blinde » pour moins souffrir.

Nous pouvons vite être contrôlés par nos émotions, il faut donc les gérer. Chaque expérience nous permet de prendre de plus en plus de recul, de s'adapter, de relativiser. Il faut continuer de soigner d'autres patients.

Évidemment, plus on s'attache à un patient, plus la chute est douloureuse. Une fois de plus il faut trouver la juste distance afin d'avoir une bonne relation avec le patient tout en restant professionnel et en se protégeant. Il s'agit de la juste distance. C'est le deuxième thème sur lequel j'ai choisi d'interroger les quatre infirmières

### c. La juste distance

La juste distance est une notion que nous étudions en cours, et qui est largement évoquée dans les livres lorsqu'il s'agit de la relation avec le patient. Mon interrogation porte sur les émotions influençant la relation soignant-soigné.

La juste distance est à respecter si l'on ne veut pas que nos émotions prennent le pas sur nos fonctions de soignant. Il ne faut pas être trop proche du patient comme il ne faut pas avoir de l'animosité envers lui si l'on veut rester efficace dans notre prise en charge. La juste distance permet donc de rester dans une relation professionnelle. Comme nous l'avons étudié dans le cadre conceptuel, « il y aurait donc une distance entre le soignant et le soigné, les deux ne doivent pas être proches. ». Le soignant a son rôle, qui est différent de celui du patient.

Quel que soit le patient, « il faut s'obliger à garder de la distance » dit Mme S. Le professionnel doit poser des questions pertinentes pour l'hospitalisation du patient. Il n'est pas censé rentrer dans les détails de la vie privée du patient. Cependant nous verrons qu'il n'est pas rare que les soignants partagent des anecdotes de leur vie privée avec le patient. Comme l'exprime Mme M, la notion de juste distance est abstraite, « ça n'existe pas ». Il n'existe pas de ligne précise à ne pas franchir pour être dans la juste distance. « Il faut être empathique mais pas trop ». Le juste milieu n'est pas aisé à trouver.

Toujours d'après Mme M, cela se fait instinctivement. Mlle L pense quant à elle que cela s'acquiert avec l'expérience. Cependant toutes semblent d'accord pour dire que la juste distance va dépendre du patient mais aussi de soi-même. Mlle L argumente en disant qu'il faut se connaître soi-même, il faut savoir où on a envie de se placer dans la relation avec les patients : s'impliquer ou pas. Il s'agit d'un choix que chacun fait.

En accord avec les réponses sur le thème des émotions, Mlle L a dit qu'elle s'était attachée une fois à un patient, elle en a souffert, depuis elle a choisi d'être moins proche de ses patients. Elle a choisi sa juste distance, ou du moins la juste distance qui lui convient. Cela permet à Mlle L d'être toujours auprès des patients tout en se protégeant et en restant la professionnelle qu'elle veut être.

La juste distance dépend donc de ce que nous, soignant, souhaitons, mais également du patient. Mme C illustre mes propos en disant que si la famille est appréciable, nous considère, participe à l'hospitalisation, il sera plus facile d'avoir une relation soignant-soigné.

Hors, avec un patient désagréable, agressif, la distance va s'installer d'elle-même. Dans un cas, il peut nous arriver d'être trop proche du patient, dans l'autre, d'être trop distant. C'est ce juste milieu qu'il faut trouver.

La juste distance ne va pas non plus être égale entre tous les patients, vu qu'elle dépend du soignant et du soigné. Cela semble également dépendre du temps d'hospitalisation. Plus il est long, plus on s'habitue au patient, plus on perd peut-être cette distance. C'est ce qu'exprime Mlle L en prenant l'exemple d'un patient que nous connaissons bien toutes les deux.

En tant qu'infirmier, il faut s'adapter aux patients afin de conserver cette distance nécessaire. Les collègues peuvent aider à trouver cette distance selon Mlle L. Ils apportent un regard extérieur sur une relation et peuvent nous conseiller. Ils peuvent aussi prendre le relais si on n'arrive pas à avoir une relation soignant-soigné avec une distance convenable sans que cela nous pèse. Mme S a bien exprimé cette idée, il faut savoir demander de l'aide. Elle, elle parlait des émotions trop envahissantes, mais lorsqu'on apprécie un patient en fin de vie, cela peut être dur et une aide sera la bienvenue.

Par conséquent, quel que soit le patient, appréciable ou non, c'est à nous de nous adapter afin d'être le plus aidant possible. Toutefois, une fois de plus nous sommes humains et nous avons des émotions et des affinités. Si un patient nous parle de son voyage dans tel pays, que nous avons nous-même visité, nous allons avoir envie de partager ses expériences. Nous avons une relation avec le patient, nous partageons ses moments d'hospitalisation, nous devons le soutenir, l'écouter, communiquer. Parfois, on s'éloigne du sujet de la maladie, mais cela permet de créer la relation soignant-soigné, cela permet de penser à autre chose. C'est pour cela que ma dernière question concluant la juste distance dans la relation soignant-soigné porte sur les éléments personnels que nous nous autorisons à partager avec le patient.

Les 4 infirmières interrogées sont en accord pour dire que nous pouvons partager des éléments personnels avec nos patients. Elles disent toutes que cela permet de favoriser les relations. Mlle L dit même que c'est nécessaire pour accrocher avec le patient. Elle dit également que si le soignant le souhaite il peut rester professionnel avec un langage médical.

Mais partager des éléments de sa vie permet de se « démarquer » des autres soignants, de se créer une identité auprès du patient et donc de créer une relation soignant-soigné propre à eux deux. En effet, montrer aux patients que nous aussi nous avons une vie en leur racontant des anecdotes permet de détendre l'atmosphère, et de leur rendre le sourire.

Cela permet de leur rappeler que nous ne sommes pas seulement infirmiers. Ceci est l'idée exprimée par Mme C et Mme M. Mme S quant à elle fait une différence entre ce qu'on peut choisir de dire ou non. Là aussi comme pour la juste distance, c'est à nous de faire ce choix. Il y a une « distance dans les mots » à avoir.

Pour conclure sur le thème de la juste distance, tout est affaire de personnalité et de choix. Il va falloir composer avec la personnalité du soigné et de celle du soignant. Chacun peut favoriser la relation soignant-soigné en parlant de la vie privée, ou en participant au bon déroulement des soins. Il est important de créer cette relation, cependant il faut se souvenir qu'il y a le patient et le soignant. Il faut donc une juste distance au cœur de ces relations. Selon moi cette juste distance est propre à chaque personne. Elle va dépendre de son expérience, de sa personnalité. Il n'y a pas de juste distance prédéfini.

#### d. Conclusion de ces entretiens

De manière globale, les réponses des infirmières ont confirmé et renforcé mes dires sur les émotions et la juste distance. Les émotions sont présentes dans notre métier : aussi bien la tristesse, que la joie, que le découragement. Il existe une large palette d'émotions. Nous effectuons un métier de relations humaines. Il faut soutenir, encourager, expliquer... Il est tout à fait normal que les patients nous confrontent à nos émotions. Nous avons tous des émotions. Après, il s'agit de savoir si on peut les exprimer librement ou non.

Avec ses collègues, on peut le faire, cela permet aussi de se libérer, d'avoir le soutien des autres dans certaines situations. Avec le patient l'expression des émotions est plus limitée. Comme nous l'avons vu dans le cadre conceptuel, les émotions positives sont plus exprimées que les émotions négatives.

On peut exprimer de la joie devant un patient, nous pouvons rire ensemble. A contrario, si l'on veut rester aidante, il semblerait que l'on doive maîtriser ses émotions négatives.

Pleurer avec lui ne l'aidera pas à accepter sa pathologie. Lors d'un décès, on peut tout à fait exprimer de la tristesse envers la famille, mais une fois de plus elle doit être maîtrisée. Cette maîtrise est propre à chaque personne. Elle va dépendre de ce que le soignant peut supporter et s'il souhaite plus ou moins s'investir. L'investissement va dépendre de la vision qu'a le soignant de la juste distance et de ce que peut renvoyer le patient. Il faut avoir une distance, chacun a son propre rôle. Selon le comportement des patients il va être plus ou moins évident de mettre de la distance, ou au contraire d'être proche.

Rappelons que ma question de départ est : En quoi les émotions des infirmiers influencent-elles la prise en charge des patients ? Les émotions influencent nos prises en charge. Il va s'agir des émotions que le patient nous renvoie. Un patient qui nous « agace » aura une prise en charge différente au niveau relationnel, qu'un patient agréable. La prise en charge technique de la pathologie reste la même pour tous. Par contre la prise en charge relationnelle va dépendre des besoins du patient et de son comportement, mais aussi de la personnalité de l'infirmière.

Par conséquent, les émotions des soignants et des patients ont une grande influence dans les relations. Ces émotions vont être de mieux en mieux maîtrisées au fil de l'expérience professionnelle et personnelle. En effet, une infirmière maman ne va pas réagir de la même façon qu'une étudiante de 19 ans sans enfant au décès d'un enfant. Toutes les émotions, comme la tristesse, la colère, l'animosité, la joie doivent être contrôlées, sous peine de modifier la relation avec le patient. Ces émotions peuvent la dégrader. L'animosité va freiner la relation d'aide.

Une tristesse mal contrôlée fait que l'on ne voudra pas s'investir de peur de souffrir...Etc. La maturité acquise au fil du temps va aussi permettre ce contrôle. Toutefois les émotions ne doivent pas être perçues comme quelque chose à réfréner. Les émotions ressenties par le soignant vont lui permettre d'être empathique envers les patients. Cela va également favoriser la compassion, l'entente. Les émotions positives comme négatives de l'infirmier vont jouer sur les relations.

Cette question de départ me semble pertinente, car nous sommes tous humains. La parfaite infirmière décrite dans le cadre conceptuel, ne peut exister. Nous sommes tous confrontés à nos émotions soit extérieures, soit influencées par le patient. Nous devons composer avec. Nous les prenons en compte dans notre métier. L'influence des émotions sur la relation avec le patient peut concerner tous les professionnels de santé. Comme nous l'avons vu avec les différentes infirmières interrogées, elles ont toutes été confrontées à leurs émotions. Les gérer, c'est se connaître soi, et connaître ses limites.

Je pense que lorsque j'ai vécu ma situation d'appel, je n'étais pas prête et n'avais aucun bagage pour affronter et contrôler cette émotion soudainement provoquée par la détresse d'une patiente. Sur toute la population infirmière, je ne pense pas être la seule à avoir un jour été confrontée à mes émotions. Nous sommes obligés de composer avec nos émotions, certains les gèrent mieux que d'autres, certains les extériorisent plus que d'autres...

J'ai compris comment les émotions influençaient les relations avec les patients, mais aussi qu'elles pouvaient être leurs conséquences, grâce à mes lectures et aux témoignages recueillis lors des entretiens.

## 5. Problématisation

Afin d'arriver à une problématisation, je vais rappeler mon cheminement.

Tout a commencé par une note de recherche dans laquelle j'exposais une situation m'ayant posé problème. Suite à ça, je me suis posée des questions, je me suis documentée pour y répondre. Toutes ces recherches ont suscité une question de départ : En quoi les émotions des infirmiers influencent-elles la prise en charge des patients ?

Cette question fût le début de mon mémoire. J'ai commencé par définir les concepts présents dans ma question de départ : il s'agissait des émotions, de la relation soignant-soigné. Ces premières recherches m'ont amenée sur deux concepts auxquels je n'avais pas pensé : l'empathie ainsi que la juste distance. Une fois ces quatre concepts définis, j'ai pu passer au cadre méthodologique.

Le cadre méthodologique m'a permis de déterminer quelle enquête exploratoire j'allais mener. Cette enquête doit contribuer à apporter des réponses en liens avec ma question de départ ainsi que mes concepts. Ma grille d'entretien a été travaillée, puis validée par ma directrice de mémoire. Il a fallu ensuite que je détermine quel professionnel j'allais interroger. J'ai choisi des infirmières exerçant dans des services tous différents afin un maximum de réponses.

Je les ai ensuite interviewées. J'ai également retranscrit mot à mot leurs propos. Il fallait ensuite que j'analyse leurs réponses. J'ai choisi de détailler leurs réponses en fonction des deux grands thèmes présents dans ma grille d'entretien. Pour se faire, j'ai fait un tableau par questions regroupant les réponses des différentes infirmières.

Cela m'a permis de comparer et d'analyser plus aisément leurs réponses. J'ai conclu cette analyse en répondant en partie à ma question de départ.

En effet, je pense que nos émotions influencent la relation soignant-soigné. C'est donc à nous de contrôler nos émotions. La charge émotionnelle d'une situation sera appréhendée et gérée différemment selon l'expérience et la personnalité du soignant. Elles sont toutefois importantes dans notre métier car elles nous permettent de considérer le patient, d'avoir des relations tant humaines que professionnelles. Cependant, elles ne doivent pas être débordantes car elles nous mettraient en difficulté. Il y a une juste distance à respecter.

Cette juste distance semble propre à chaque personne. Elle va dépendre de ce que la personne peut supporter, de ce qu'elle souhaite partager avec le patient, de son investissement. Ce contrôle s'acquiert au fil de l'expérience personnelle et professionnelle. Il faut du temps pour savoir se contrôler et se construire en tant qu'infirmière. Nous avons vu toutefois, que la norme sociale de la bonne infirmière était une infirmière ne montrant pas ses émotions, ne jugeant pas ...etc. Implicitement, nous voulons respecter cette norme car c'est l'idée prévalente d'une bonne infirmière. Nous pouvons partager nos émotions négatives telle la tristesse avec nos collègues mais pas avec le patient.

Cette réflexion a évolué au cours de ces quatre derniers mois avant d'en arriver à la réponse ci-dessus. Maintenant que je dispose d'un large panel de réponses aussi bien théoriques que pratiques, je vais pouvoir formuler ma question de recherche :

En quoi prendre un patient en charge sans montrer ses émotions négatives est une bonne prise en charge ?

## Conclusion

---

Ce travail de fin d'études sur l'impact des émotions des soignants m'a permis d'aborder un sujet qui me paraissait important dans ma construction identitaire professionnelle.

Grâce à mon cadre conceptuel renforcé par l'analyse des entretiens, j'ai pu comprendre plus de choses sur les émotions, leurs gestions, et nos capacités, à nous infirmières. Mon idée sur le sujet a aussi évolué. J'ai appris qu'il n'y a pas de façon type de faire. J'ai, également, pris conscience qu'il n'y avait pas de juste distance préétablie. A partir de maintenant je me construirai ma juste distance : celle qui me correspond, qui me permet d'être proche de mes patients tout en me protégeant. Je sais aussi que j'apprendrai à gérer de mieux en mieux les différentes situations que je pourrai rencontrer à l'avenir.

Je pense que ce travail me sera utile une fois diplômée, lorsque j'encadrerai à mon tour des élèves. Je pourrais les épauler s'ils se retrouvent en difficulté face à une situation.

Etant quelqu'un de très émotive, je me disais que je n'arriverai jamais à gérer les situations. Maintenant ce travail terminé je me sens plus confiante. Je me sens mieux armée pour affronter les situations éprouvantes que nous pouvons rencontrer lors de l'exercice de nos fonctions. Il n'y a pas de modèle à suivre. Mais j'ai appris à me connaître durant ce mémoire : quelles étaient mes limites, quelle infirmière je voudrais être... etc. Ce travail m'a apporté des connaissances tant professionnellement que personnellement.

# Bibliographie

---

## Ouvrages :

- CARILLO, Claudine. *Être un soignant heureux*. Issy les Moulineaux : Elsevier Masson, 2015.
- DESHAYS, Catherine. *Trouver la bonne distance avec l'autre*. InterEditions, 2010.
- MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBEUF, Anne. *La relation soignant-soigné*. France : 2<sup>ème</sup> édition Lamarre, 2001.
- MERCADIER, Catherine. *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*. Seli Arslan, 2002.

## Articles :

- ANDRE, Christophe. Peut-on gérer ses émotions ? : *Sciences Humaines*, n°171, Mai 2006, pp. 34
- BLANCHARD, F et MORRONE, I et PLOTON, L et NOVELLA, JL. Une juste distance pour soigner ? Ou savoir se rendre proche avec respect : *Gérontologie et société*, n°118, Septembre 2206, pp. 19-26
- LANGLOIS, Géraldine. De l'émotion dans le soin : L'infirmière *magazine*, n°262, Août 2010, pp. 22-26.
- PRAHIN, Jean-Jacques. Émotions de soignant, émotions de soigné : *Soins*, n°634, Avril 1999, pp. 13-16.
- RICHARD, Christian. L'émotion deux censures : *Ressources humaines*, n°169, Octobre 2008, pp. 24-25.
- RIOULT, Catherine. La juste distance : *Soins*, n°652, Février 2001, pp.37-39

### **Ressources Internet :**

- Amouroux, T. *Relation soignant-soigné : respecter la personne malade*. Espace éthique, la lettre 15-16-17-18, hiver 2001-2002. <http://www.syndicat-infirmier.com/Relation-soignant-soigne-respecter.html>
- Cosnier, J. *Psychologie des émotions et des sentiments*. 2015 [http://icar.univ-lyon2.fr/membres/jcosnier/Emotions\\_et\\_sentiments.pdf](http://icar.univ-lyon2.fr/membres/jcosnier/Emotions_et_sentiments.pdf)
- Lebret, JM. *Réflexion philosophie sur la relation soignant/soigné*. [http://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/reflexions\\_philosophique\\_Lebret.pdf](http://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/reflexions_philosophique_Lebret.pdf)
- Lecomte, J. *Empathie et ses effets*. Paris : EMC (Elsevier Masson SAS). Savoir et soins infirmiers, 60-495-B-10,2010 [http://www.psychologie-positive.net/IMG/pdf/Empathie\\_et\\_ses\\_effets\\_definitif.pdf](http://www.psychologie-positive.net/IMG/pdf/Empathie_et_ses_effets_definitif.pdf)
- Maouad S. *La sympathie, une alternative à l'empathie ?* Nice: 2012 <http://www.infirmiers.com/pdf/tfe-steven-maouad.pdf>
- Piolat, Annie, et Bannour, Rachid. *Emotions et affects : contribution de la psychologie cognitive*. Paris : Beauchesne Editeur  
<http://centrepsyche-amu.fr/wp-content/uploads/2014/01/Piolat-Bannour-2008-Beauchesne.pdf>

# Annexes

---

## ❖ Grille d'entretien :

- Expérience professionnelle : **Présentez-vous (prénom, âge, situation familiale ?) ainsi que votre parcours professionnel.**
  - Age ? Enfant ?
  - Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?
  - Quel est votre parcours professionnel, les différents services ?
  
- Émotions : **Quelles sont les émotions les plus récurrentes que vous avez rencontrées dans la relation avec le patient ? Dans quelles circonstances ? Comment se sont-elles manifestées et est-ce que vous les avez exprimées devant le patient ou vos collègues ?**
  - Recenser émotions
  - Comment se sont-elles manifestées ?
  - Les avez-vous exprimées librement envers vos collègues et les patients ?
  
- Situation difficile : **Pouvez-vous me raconter un exemple de situation qui vous a touché ? Et comment l'avez-vous surmontée ?**
  - Raconter le récit
  - Quelles sont les difficultés rencontrées ? Comment les avez-vous vécues ?
  - Comment les surmonter ?
  
- Maintenant : **Après cette situation et différentes expériences, comment abordez-vous les situations similaires, possible de vous émouvoir de la même manière ?**
  - Comment se protéger ? Que mettez-vous en place ?
  - Que conseilleriez-vous à un jeune diplômé ?

- **Juste distance : Que représente pour vous la juste distance ? Comment la mettez-vous en pratique ?**
  - Représentation des distances avec le patient ?
  
- **Votre avis : Selon vous, quels éléments personnels pouvez-vous partager avec le patient ? Est-ce que vous pensez que ce partage peut favoriser votre relation avec le patient ?**
  - Que pouvons-nous partager avec le patient sans franchir la juste distance ?
  - Est-ce que parler de nos vies personnelles favorise la relation avec le patient ?

### ❖ Entretien de Mlle L en réanimation :

**Contexte :** Interview dans un service de réanimation (dans lequel j'ai effectué l'un de mes stages) de Mlle L. L'entretien se passe dans le bureau des médecins, en présence du réanimateur de garde. Nous avons été dérangées plusieurs fois par les infirmiers du service venant voir le réanimateur.

**Moi :** C'est parti, première question : pouvez-vous vous présenter donc prénom, âge, ainsi que votre parcours professionnel ?

**Mlle L :** Je m'appelle L, célibataire, sans enfant. J'ai fait 3 ans à l'IFSI d'Antoine Béclère, j'ai été diplômée en 2012. J'ai fait quelques mois au Kremlin Bicêtre en néphrologie. Puis je suis arrivée dans ce service en mai 2012.

**Moi :** Quelles sont les émotions les plus récurrentes que vous avez rencontrées dans la relation avec le patient ? Dans quelles circonstances ? Comment se sont-elles manifestées et est-ce que vous les avez exprimées devant le patient ou vos collègues ?

**L :** [Elle réfléchit, long silence] Je t'avoue que je ne suis pas la plus sensible des infirmières [rires]. Non c'est vrai, parce qu'en réanimation, on s'habitue tellement à la chose qu'on se... [réflexion] Implicitement on se protège, et on n'écoute pas forcément nos émotions, tu vois ? Donc la question est un peu compliquée. Laisse-moi réfléchir [nouveau silence].

**Moi :** En fait c'est surtout les émotions récurrentes et comment elles se manifestent et est-ce que tu les exprimes dans le service ?

**L :** Heu... la pitié mais ce n'est pas un sentiment. Heu.... La tristesse en premier quand même, surtout quand on voit les pathologies avec leurs pronostics à long terme, lors des décès, des fins de vie. On est triste pour le patient, mais beaucoup plus pour la famille bizarrement, parce que c'est eux qu'on voit le plus, avec qui on parle le plus par rapport aux patients intubés. Donc la tristesse, l'empathie après que l'on connaisse le patient. C'est pas un truc qui vient tout de suite, enfin pour ma part. En fait, c'est quand on le connaît de mieux en mieux. Et après, plutôt la joie. Comme quand on voit les patients quitter la réanimation après plusieurs semaines, et que ça se termine bien.

**Moi** : Du coup est-ce qu'elles se manifestent, ou tu les exprimes dans le service ou avec le patient ?

**L** : Avec le patient non [réponse non hésitante et franche]. Avec la famille, pour les décès oui. Sinon ça peut m'arriver d'en parler avec les collègues mais c'est plutôt rare. Après les émotions au travail sont complètement différentes, je ne saurais pas te nommer les différentes émotions mais elles sont différentes selon les gens, d'où ils viennent et selon leur parcours. C'est plutôt une bonne chose qu'il y ait une palette d'émotions. Après je pense qu'on peut parler des émotions liées au patient par exemple de la compassion, de la tristesse, de la frustration ou de la joie. On peut les communiquer avec le patient. On peut aussi partager avec le personnel les émotions du travail mais aussi celles liées à la vie extérieure que tu ramènes ici. Il y a des gens qui font le choix de tout partager, moi c'est pas le mien, comme je t'ai dit chacun son caractère. Moi ça ne m'intéresse pas, non pas que je n'aime pas les gens mais je suis très méfiante. Mais si ça aide les gens de parler de leur vie quotidienne, c'est tant mieux, mais il y en a qui n'ont pas besoin.

**Moi** : Troisième question : Pouvez-vous me raconter un exemple de situation qui vous a touchée ? Et comment l'avez-vous surmontée ?

**L** : Il y avait un patient, qui saignait beaucoup, beaucoup, il avait été repris plusieurs fois au bloc. Et je m'étais attachée à lui, puisque grâce à lui j'apprenais un peu l'anglais. Ça c'était bien [l'infirmière sourit]. C'était aussi avec sa fille qui parlait anglais et français, du coup ça m'améliorait. Il y avait une relation qui s'était instaurée. J'étais contente de prendre soin du patient. Et... heu... en fait, il y a eu une hémorragie sévère, et puis il n'y avait plus rien à faire. [Silence]. A ce moment-là, là c'était la tristesse de chez tristesse [l'infirmière rigole nerveusement, rougit, elle a le regard dans le vague] pour le patient mais aussi pour la fille avec qui j'avais un peu lié une relation soignant-soigné, peut-être un peu plus, je ne sais pas. Et comment je l'ai surmontée ? [Raconte ceci en fermant les yeux] J'ai eu des larmes. C'est le seul patient pour qui j'ai eu des larmes. [L'infirmière ouvre les yeux] Mais après, on l'a préparé, on lui a fait la toilette, on est resté avec la famille, et après passé la fin de service, j'y ai repensé mais c'était parti. En fait je me suis dit que tout simplement ça faisait partie de la réanimation.

J'ai vachement relativisé parce que au fur et à mesure des années, on relativise de plus en plus et de plus en plus vite, ce qui fait une ... C'est pour ça que parfois on a un peu moins de compassion pour certains.

**Moi** : Après cette situation et différentes expériences, comment abordez-vous les différentes situations similaires, possible de vous émouvoir de la même manière ?

**L** : Je sais pas. Je prends beaucoup de recul, même dans la vie, même avec les collègues. Donc c'est vrai que je suis un peu moins... Je me sens moins accessible, ce qui fait que ça me protège un peu des situations qui peuvent me toucher.

**Moi** : Et du coup qu'est-ce que tu conseillerais à un jeune diplômé ?

**L** : Je pense qu'il faut qu'ils restent eux-mêmes. Je pense que c'est pas la meilleure attitude de prendre de la distance. Parce qu'en fait ça va s'acquérir au fur et à mesure dans leur carrière. Donc de rester eux-mêmes, ça permet de faire un renouveau, de pas rester dans une atmosphère où la mort est un lot quotidien, de faire comme si c'était normal. Le fait qu'il reste eux-mêmes, ça permet que les gens se remettent en question, ça permet d'avoir une nouvelle attitude de réflexion, d'avancer sur soi-même.

**Moi** : Que représente pour vous la juste distance ? Comment la mettez-vous en pratique ?

**L** : La juste distance...

[Intervention d'un infirmier avec le réanimateur, pause de l'interview, discussions avec l'infirmier que j'ai connu durant mon stage]

**L** : Alors la juste distance, c'est assez compliqué, car je pense qu'il faut déjà se connaître soi-même, et ça c'est pas gagné au début. Ensuite, la juste distance tu ne l'as pas au début, car il faut une part d'expérience. C'est difficile à trouver car il faut que tu sois bien dans ton travail, tu saches comment faire, ici bien réagir aux situations d'urgence, ça demande du temps. Et puis après, il faut savoir où toi tu veux être. C'est à dire que c'est un choix personnel par rapport à toi même, soit tu veux t'impliquer, soit

tu choisis de réfléchir à la relation soignant-soigné. Je pense qu'il faut du temps pour la trouver, faut une remise en question assez régulière pour chacun. Et le fait de parler avec les collègues ça permet aussi d'avoir une autre vision.

**Moi** : Mais du coup, est-ce que tu penses que selon les patients tu arrives plus ou moins à la trouver ?

**L** : Ça c'est vrai. Parce qu'avec Mme V [patiente que nous connaissons toutes les 2, dont la prise en charge est importante et lourde], je pense qu'on ne l'a pas.

Intervention du médecin : « Tout à fait, je pense qu'elle évolue car c'est quand même une patiente qui reste plus de 130 jours dans le service. C'est une gestion très particulière. »

**L** : Oui, donc effectivement, ça varie en fonction de la durée d'hospitalisation, du caractère du patient, est-ce que toi tu es pas fatiguée ou énergique ce qui fait que tu peux supporter plus de choses. C'est pas simple.

**Moi** : Et selon vous, quels éléments personnels pouvez-vous partager avec le patient ? Est-ce-que vous pensez que ce partage peut favoriser votre relation avec le patient ?

**L** : Je pense que les éléments personnels sont nécessaires à ce que ça accroche avec la personne. Bien sûr, tu peux te cacher derrière le vocabulaire médical, ou derrière la pathologie. Tu peux faire la relation soignant-soigné juste en expliquant ce que tu fais, tes gestes, tu peux donner des résultats de prise de sang etc. Mais le fait que tu dises quelques éléments de toi je trouve que ça te démarque des autres infirmières, tu vois ? Ce qui fait que ça aide vachement la relation avec le patient.

## ❖ Entretien de Me C en chirurgie pédiatrique :

**Contexte** : Interview dans un service de chirurgie pédiatrique (dans lequel j'ai également effectué l'un de mes stages) de Mme C. L'entretien se passe dans la salle de détente des médecins. Nous avons donc attendu la fin de leur pause pour débiter l'entretien.

**Moi** : Alors, présentez-vous (prénom, âge, situation familiale) ainsi que votre parcours professionnel.

**Mme C** : Donc, Caroline. J'ai 42 ans. Je suis mariée et j'ai deux filles de 10 et 12 ans. Heu... Mon parcours : j'ai été auxiliaire puéricultrice, je suis rentrée à l'école d'infirmière en 1998 et j'ai été diplômée en 2002. J'ai fait un peu de réanimation pédiatrique et, là je suis en chirurgie depuis bientôt 10 ans.

**Moi** : Quelles sont les émotions les plus récurrentes que vous avez rencontrées dans la relation avec le patient ? Dans quelles circonstances ? Comment se sont-elles manifestées et est-ce que vous les avez exprimées devant le patient ou vos collègues ?

**C** : Attends donne ton questionnaire que je lise la question. [Elle rigole puis lit le questionnaire]. Bah, en pédiatrie tu as des émotions qui sont beaucoup dans l'affectif, parce que, du coup, avec les enfants, on a une relation où on va jouer, on va être attendrissante. Des fois, même ça va nous rappeler nos propres enfants. Donc on est dans ces émotions-là, un peu dans l'affect et puis dans le.... [Silence, l'infirmière réfléchit]. Oui voilà, tu fais des transferts en fait entre tes propres enfants et ceux qu'on accueille. Après, ça dépend des pathologies. Ici on a des pathologies qui peuvent être très lourdes. En ce moment, on a une annonce de diagnostic sur une petite fille qui a un hépatoblastome et du coup, c'est difficile de... vis à vis des familles, on sait pas quoi leur dire parfois en fait, surtout que là il y a la barrière de la langue. Elle est étrangère donc c'est difficile aussi. Après les exprimer devant le patient, ça me paraît un peu difficile... Enfin ça dépend de quelles émotions : si c'est la tristesse, on va pas leur dire « je suis triste », si on est content, en effet on va leur exprimer. Mais entre collègues bien sûr qu'on en parle entre collègues. Et heureusement, parce que sinon je crois qu'on coulerait tous. On a besoin de se dire les choses et de les exprimer en fait.

Après, moi, en vieillissant, je pleure moins mais quand je travaillais en réanimation, un décès c'est très difficile. Mais on apprend à se maîtriser en grandissant. Mais les émotions en général, il faut quand même être heureux ici [rire de l'infirmière], même si ça va pas. Moi ça m'arrive d'arriver le matin, je suis de mauvaise humeur, je n'ai pas envie, je suis fatiguée, et finalement le sourire d'un enfant, un merci, un enfant qui va mieux bah c'est agréable, et du coup nous-même, on retrouve le sourire et voilà. T'as des personnes qui sont super, qui viennent nous revoir etc.

**Moi** : Pouvez-vous me raconter une expérience qui vous a touchée ? Et comment l'avez-vous surmontée ?

**C** : La situation la plus difficile pour moi, et la plus récente, ça a été une petite fille de 2 mois qu'on a accueillie avec mes collègues. Elle avait une atrésie des voies biliaires. Et on a suivi cette famille très longtemps. Cette petite fille elle est passée par des hauts et des bas. Elle est beaucoup hospitalisée en hépato, mais les parents continuent de venir nous voir, parce qu'ils adoraient la chirurgie, ils nous aimaient toutes, enfin voilà [l'infirmière souriait en racontant ceci. Puis à partir de là elle ne souriait plus. Elle me regardait fixement et parlait calmement] Et heu... elle a été greffée, et malheureusement, un mois après sa greffe, cette petite fille est décédée. Et ça a été une situation difficile parce que... [réflexion], parce qu'on s'était attaché, que je suis allée la voir avec l'une de mes collègues en réanimation et qu'elle est décédée le jour même. Et avec cette famille je me souviens, on a ri mais on a aussi pleuré. On s'est souvenu des bons mais aussi des mauvais moments. Et pour eux, je pense que c'était le début du deuil, mais pour nous c'était l'acceptation qu'elle allait partir, on le savait les parents aussi. Mais quand j'ai appris le décès, c'est vrai que ça a été dur, très très difficile. Puis après en effet, avec notre propre passé, on peut avoir des choses qui nous renvoient dans notre tête à un décès etc. voilà. Je trouve que c'était la situation la plus difficile en termes d'émotions. Après on en vit au quotidien des situations difficiles. Après on peut être aussi dans la colère. T'as des familles aussi qui peuvent être vite agaçantes, mais on passe vite outre, alors qu'un décès, c'est plus difficile.

**Moi** : Du coup tu l'as surmontée comment ?

**C** : On en a parlé entre nous. Ma collègue a gardé des contacts avec la famille, on a su des choses. Après on a les réseaux sociaux aussi. On a des nouvelles de la famille en sachant qu'ils vont beaucoup mieux. Ils oublieront jamais leur petite fille, et nous non plus [elle sourit], mais c'est vrai que ce ne sont pas nos propres enfants. Même si c'est difficile, on a une famille, et on a notre vie personnelle.

**Moi** : Après cette situation et différentes expériences, comment abordez-vous les différentes situations similaires, possible de vous émouvoir de la même manière ?

**C** : Le décès tu n'apprends jamais hein ! Après c'est au jour le jour, mais comme je te disais, on a notre vie à l'hôpital et on a notre vie à la maison. Même s'il y a des fois où c'est difficile, des enfants qui vont pas bien, un enfant qui fait de la fièvre pendant deux trois jours, qui arrive parce qu'il a un sepsis, c'est dur, c'est très très dur, on y pense mais à côté de ça, moi, mes propres enfants je leur dit d'arrêter de se plaindre quoi.

**Moi** : Que représente pour vous la juste distance ? Comment la mettez-vous en pratique ?

**C** : La juste distance, ça dépend des familles aussi. Ça dépend comment les gens ils se comportent. On vit dans un monde, où ça devient parfois du grand n'importe quoi pour certaines familles. Là, ce matin j'ai une famille, elle était prête à partir. Je leur dis « mais faut attendre les papiers » mais non ils se barraient. C'est un peu... pff voilà. Donc du coup avec cette famille là on va peut-être mettre plus de distance qu'avec une famille où les parents nous considèrent, sont aidants pour les soins. Tout ça c'est un lot, s'ils ne sont pas aidants, s'ils nous considèrent pas comme des soignants, s'ils pensent qu'on est des moins que rien bah c'est pas possible. Après on la crée au coup par coup enfin moi en tout cas je la crée comme ça. Après avec les enfants, il y a des enfants avec qui on a le contact et d'autres pas. Ça dépend de leur âge aussi. On essaye d'être au mieux avec les enfants, et de faire passer les soins avec beaucoup de joie, de jeu, de musique pour que ça se passe au mieux.

**Moi** : Selon vous, quels éléments personnels pouvez-vous partager avec le patient ? Est-ce que vous pensez que ce partage peut favoriser votre relation avec le patient ?

**C** : Moi ça m'arrive de parler de ma vie personnelle avec la famille. Toujours pareil, ça dépend des familles, mais, oui, moi je le fais. Au tout début, je me disais « ha non je ne vais pas parler de mes enfants mais après tout j'ai une vie, je suis peut-être infirmière mais j'ai une vie. Et les patients ont le droit de se dire aussi qu'on va bien, et qu'on ne porte pas toute la misère du monde sur nos épaules. Donc oui ça m'arrive d'en parler, de dire « ho bah tiens j'ai une fille du même âge, ho bah elles ont tel caractère... ». Ça favorise le contact et souvent ça détend l'atmosphère, enfin avec certaines familles en tout cas.

## ❖ Entretien de Me S en rééducation infantile

**Contexte :** Interview dans un service de rééducation infantile pour les enfants en difficulté scolaire liée à certains troubles tels la dyslexie. L'infirmière s'appelle Mme S. L'entretien se passe dans le bureau de l'infirmière, en présence de son élève.

**Moi :** Donc ma première question c'est : Présentez-vous, prénom, âge, situation familiale ? Ainsi que votre parcours professionnel.

**Mme S :** Alors moi je suis Mme S. Je suis née en 1961 donc 55 ans. Mon parcours professionnel... heu bah j'ai toujours travaillé à l'assistance publique. Donc j'ai fait mes études à la Salpêtrière et ça fait heu... je suis diplômée depuis 32 ans. J'ai toujours travaillé à l'AP [assistance publique].

**Moi :** Avec les enfants ?

**S :** Alors non. J'ai tout d'abord travaillé un peu de nuit. Dès que j'ai eu mon diplôme, j'ai pris un poste de nuit en oncologie, tout ce qui était leucémie, cancer du sang. J'ai travaillé peu de temps, environ 7 mois dans ce service car c'était pas mon choix. Dans ce genre de service, c'est très dur physiquement comme moralement. Enfin, celui qui n'a pas en tête de faire ce genre de travail, auprès des malades qui de toute manière sont vraiment dans des états heu... on sait qu'ils viennent pas là pour guérir. Il y a des greffes de moelle, il y a vraiment des gens... enfin voilà. Donc c'était pas véritablement ce que j'avais envie de poursuivre. [Rire]. Donc j'ai très rapidement postulé pour un poste, déjà qui n'était plus de nuit, mais aussi qui était de la psychiatrie. Donc finalement je me suis retrouvée à la Salpêtrière où j'avais fait mes stages. Ça m'avait beaucoup plu, c'était un choix déterminé de rentrer là-dedans, de faire plutôt du relationnel que de la pratique ou de la technique. Donc mon stage m'avait plu donc bon. C'était moins compliqué avant de postuler à un poste. Du coup, je me suis retrouvée tout de suite en service de psychiatrie adulte, j'y suis restée 3 ans et demi et puis j'ai eu ma première fille, j'ai donc pris une année de disponibilité, ce qui m'a permis d'être plus à la maison mais aussi ça m'a permis aussi de faire de l'intérim sur les week-end. C'était surtout de l'intérim en maternité donc j'ai fait ça sur une année. Et de nouveau, j'ai pas voulu retourner à la Salpêtrière, j'avais fait le tour des pathologies, du service, donc je me suis dit je vais aller autre part.

Et j'ai de nouveau postulé, à l'hôpital Fernand-Widal. C'est un petit hôpital qui se trouve près de la gare du Nord, et qui est attaché à Lariboisière. C'est le centre antipoison. Et c'est vraiment un hôpital qui est... qui est amené sur de la psy mais aussi sur tout ce qui traite les addictions. J'ai été malgré tout en poste en service psychiatrie adulte encore, mais avec des pathologies différentes de ce que j'avais connue. C'était plus des intoxications, des anorexiques et ... voilà. J'ai travaillé 5 ans dans cet hôpital en service fermé. Et puis de là, j'ai eu un second bébé [rire], et de nouveau, j'ai demandé... non, là par contre j'ai demandé à faire un détachement de la santé publique, mais par le biais de la santé publique. J'ai travaillé un an en hôpital psychiatrique pur et dur [rire]. C'est un univers très particulier, j'ai fait mon année ça m'a suffi, mais j'ai aimé. On m'a demandé si je voulais continuer, j'ai dit non j'ai tout vu et de là je repars à l'assistance publique. Et j'ai postulé à Bicêtre, où je me suis encore retrouvée en psychiatrie adulte ici. Mais ça ne m'a pas convenu dans le sens où j'avais l'impression de refaire ce que j'avais fait à la Salpêtrière. Et on m'a trouvé ce poste en rééducation infantile. Et puis maintenant, ça fait 10 ans et demi.

**Moi** : Après c'est : quelles sont les émotions les plus récurrentes que vous avez rencontrées dans la relation avec le patient ? Comment elles se manifestent ?

**S** : Ici ? Avec les enfants ?

**Moi** : Pas spécialement, autour de vos multiples expériences.

**S** : Les émotions les plus courantes... [réflexion], c'est très difficile votre question. [Rire]. Heu l'émotion c'est heu...

[Intervention d'une enseignante du service]

**S** : Donc je disais, moi c'est pas de la joie ni de la tristesse. C'est plutôt du questionnement que je ressens. Je me suis trouvée souvent face à de malades, mais même ici, où je me disais : qu'est-ce qu'on va faire pour eux ? C'est une certaine incertitude et aussi de la récurrence, c'est souvent des patients que l'on revoit. C'est aussi quelques fois... moi, je vous dirais franchement, c'est aussi du découragement. On est très découragé quand on voit les patients revenir.

On se dit, on les a vus une fois, deux fois, et puis ils reviennent. Ici, c'est différent, car ici les enfants, on les pousse au mieux. Alors je vous explique quand même le contexte de cette école : les enfants ici sont des enfants qui ont des troubles sévères de l'apprentissage. Ils sont passés dans l'élémentaire comme ils pouvaient. Ils n'ont pas pu redoubler toute leur vie. Et ils ont des dyslexies sévères. Ils sont très découragés de leur parcours et viennent ici avec beaucoup d'incertitudes. Ils ont été beaucoup moqués ou dénigrés par leurs professeurs. Donc ils sont scolarisés ici sur 1 ou 2 ans. On a des enseignantes référentes. Et puis, ils ont de la rééducation intensive, essentiellement orthophonique et autre aussi : en effet, ils peuvent avoir des troubles de coordination de membres. Ce sont des enfants qui ont un QI normal, il n'y a pas de déficience mentale. Et ils viennent pour de la rééducation super intense, pour essayer de récupérer leur retard. Et l'objectif de ces années-là, c'est qu'ils ressortent avec une lecture fonctionnelle et aussi une retranscription fonctionnelle. Donc c'est plutôt du bonheur qu'on a en disant qu'on va essayer de tout faire pour eux, car ils ont une image très décevante d'eux-mêmes. Donc c'est aussi de la stimulation qu'on leur apporte. C'est l'idée de la bienveillance. Je ne sais pas si c'est une émotion mais en tout cas, ça reflète ce qu'on peut donner ici. C'est de l'attention, de l'écoute. C'est ça le but du soignant ici, parce que déjà, ils sont toute la journée en classe, et nous on les a dans le quotidien, on mange avec eux. C'est aussi beaucoup de patience, ça c'est une qualité. [Rire] Beaucoup de patience car ce sont pas forcément des enfants faciles, il faut être patiente, avoir de l'écoute, trouver des compensations à des manques qu'ils ont eus quelque part et moi j'appelle ça de la bienveillance.

Après, les émotions, on en rencontre pleins. On est face à des humains, des gens malades, qui souffrent. Il y a différentes émotions parce qu'on est face à des histoires de patients, face à des maladies. Là, il y a plein d'émotions qui viennent. Ça dépend quelles pathologies on soigne. Si c'est un gros cancéreux qui arrive, et qu'on le sait condamné, évidemment il est près de la fin... voilà et si c'est une naissance parce qu'on est en maternité bah c'est de la joie. C'est par rapport au service où on travaille, mais les émotions il y en a tout le temps. C'est pas du jugement, c'est encore une fois « qu'est-ce qu'on va réussir à apporter à ce patient ». C'est beaucoup d'adaptation d'être infirmière. C'est aussi sa personnalité, comment on perçoit les choses, comment on les supporte.

**Moi** : D'accord, donc du coup vous partagez ces émotions avec vos collègues.

**S** : Bah, le principe c'est qu'on est une équipe, faut que ça se reflète à tous les membres de l'équipe sinon ça va pas le faire. Mais bon ça se passe bien, on est pas une grosse équipe. Il faut beaucoup surveiller ces enfants-là, il peut y avoir de l'agitation car c'est agité dans leur tête. Et ça peut avoir des répercussions. Parfois il y a des troubles oraux, et ça passe beaucoup par le geste. Alors il faut être attentif à tout ce qui se passe et à chaque changement de comportement pour avertir les autres personnes qui travaillent en collaboration avec nous.

**Moi** : Alors, pouvez-vous me raconter un exemple de situation qui vous a touché ? Et comment l'avez-vous surmontée ?

**S** : Ici on en a tous les jours... [réflexion]. Toutes les situations qu'on a du mal à surmonter, c'est justement... C'est en psychiatrie, des malades qu'on revoit, et ça touche. J'ai une anecdote sur ça : c'est une patiente qui faisait une dépression mélancolique. Elle était venue et revenue, on avait tout essayé pour elle au niveau des traitements. On est passé à la sismothérapie, c'était 3 sismo par semaine. Et puis ... heu... elle a eu toutes ses séances. Elle est partie, elle était souriante, et... [le ton de la voix diminue] et elle s'est jetée de son balcon en rentrant chez elle. Et ça, c'est de l'échec qu'on ressent... Dans ce genre de service, c'est souvent revoir les malades et on sait plus quoi faire. C'est surtout une espèce... On n'a plus de solution, on est désemparé. Alors ça suscite de l'énerverment et du rejet. C'est idiot ce que je vais dire, mais quand on a tout essayé, on a tout dit, qu'on sait plus quoi faire, bah on ne dit plus rien. Alors c'est une difficulté car on est là pour continuer à soigner le patient. Alors une fois, deux fois, ils reviennent tous les 2, 3 mois dans le même état, on va pas poser des questions car ces patients-là, on les connaît. Et ça suscite quelque chose comme ça, je m'engage plus avec eux.

**Moi** : Après cette situation et différentes expériences, comment abordez-vous les différentes situations similaires, possible de vous émouvoir de la même manière ?

**S** : Moi, je repars. Un patient n'est jamais comme un autre. On fait comme si on n'avait jamais connu cette situation-là. On n'a pas le même abord des choses.

Il ne faut pas avoir de ressentiment. Bah voilà, c'est quelqu'un qui arrive, c'est toujours les mêmes pathologies, la même histoire enfin la même trame. Donc on fait comme si, on refait, on essaye d'améliorer notre abord, mais c'est l'expérience qui apporte ça. Il ne faut pas réagir seul, il faut toujours aller voir quelqu'un. Et puis si on n'y arrive pas faut dire « j'y arrive pas ». Moi ça m'ait arrivé. Alors au début, je ne voulais pas l'admettre quand j'étais jeune. Et puis des fois, on est confronté à des patients de tous âges, de tout... enfin voilà moi j'ai tout connu. Faut passer la main, dire « voilà moi aujourd'hui je suis pas capable ». Moi j'ai beaucoup travaillé en secteur fermé, il se trouvait... Bah, il y avait des patients, Il n'y arrivais pas, je demandais à changer. C'est se protéger et aussi protéger le patient, on sait pas quelle réaction on va avoir face à lui. Mais quand c'est pas possible faut savoir dire je peux pas, et puis faut pas hésiter à se confier car on a peur d'être jugé inapte, mais je pense faut tout le temps alerter que ça peut pas le faire.

**Moi** : Que représente pour vous la juste distance ? Comment la mettez-vous en pratique ?

**S** : La juste distance, effectivement, que ce soit adulte ou enfant, il faut de la distance. Là, par exemple, c'est des enfants, moi par exemple j'ai pas d'élan envers eux. Il n'y a pas de câlins, de bises, de choses comme ça. Bon exceptionnellement, si c'est son anniversaire, là ça va être un sentiment de tendresse, de fêter quelque chose. Mais il faut s'obliger à garder une certaine distance. Alors enfant ou adulte, faut pas rentrer dans la vie privée du patient en le questionnant sur des choses particulières qui n'ont rien à voir avec l'hospitalisation. Ça peut être amené, mais moi je laisse le patient amener la chose. Si c'est amené par le patient c'est qu'il y a une raison.

**Moi** : Selon vous, quels éléments personnels pouvez-vous partager avec le patient ?

**S** : Alors ça revient à la distance. Bien sûr qu'il en faut, mais faut savoir moduler et faire le tri entre ce qu'on a envie de dire ou pas. Et également, savoir à quoi ça correspond pour soi ce qu'on a envie de divulguer. Le patient connaît pas ma vie, je vais lui en dire 10%, après il connaîtra pas la suite, il ne la connaîtra jamais. Donc oui, on peut partager des choses qui nous semblent nous possible à dire.

**Moi** : Est-ce-que vous pensez que ce partage peut favoriser votre relation avec le patient ?

**S** : Oui bien sûr. Si le patient pose des questions comme ça, il y en a qui ne le feront jamais. Voilà il faut de la distance dans les mots, le langage la conversation. Il faut trouver ce qu'on peut partager ou pas.

❖ Entretien de Mme M en gériatrie aigue :

**Contexte :** Interview dans un service de gériatrie aiguë de Mme M. L'entretien se passe dans la salle de repos de l'équipe. L'entretien a duré 6 min, l'infirmière semblait pressée.

**Moi :** Alors, présentez-vous (prénom, âge, situation familiale ?) ainsi que votre parcours professionnel.

**Mme M :** Alors moi c'est Mme M. J'ai 37 ans. Ça fait 10 ans que je suis infirmière, mais toujours en gériatrie. J'ai fait du long séjour pendant 5 ans.

**Moi :** Quelles sont les émotions les plus récurrentes que vous avez rencontrées dans la relation avec le patient ?

**M :** Le plus courant c'est la tristesse. [Silence]

**Moi :** Dans quelles circonstances et comment l'avez-vous gérée ?

**M :** Bah la circonstance c'est quand... bah quand on leur apprend... qu'ils vont décéder de leur maladie. Et on les gère comme on peut quoi. Moi je sais que c'est dur des fois à gérer. Parfois ça peut être très dur mais bon je les gère.

**Moi :** Est-ce que vous en parlez avec vos collègues ?

**M :** Ouais. On en parle entre nous. Et puis moi, je me suis fait un bloc en fait. C'est-à-dire ce qui est au boulot reste [prononce ce mot avec insistance] au boulot. J'oublie, parce que sinon tu... moi j'étais en long séjour avant, donc je m'attache à mes patients. Ceux qui partent ça fait mal. On a beau dire non je ne m'attache pas. Mais tu vois, nos émotions sont importantes dans notre rôle. Parce que si t'as pas d'émotions, t'es un robot, tu peux pas considérer l'être humain. Il faut que tu en aies des émotions. Sinon après d'ailleurs, on te dit que t'es un psychopathe. T'as pas d'émotion, t'as pas de sentiment. Une bonne infirmière a justement des émotions. Tu peux pas être empathique si tu n'as pas d'émotion. Après ton émotion peut être un handicap aussi.

Moi, là en ce moment j'ai eu un bébé, j'ai les émotions elles sont exacerbées, je pleurais pour un rien. Après faut pas que ça te gêne dans ta vie. L'infirmière c'est vrai qu'elle cache ses émotions si par exemple elle pleure pour un patient qui est décédé, c'est mal vu, mais pas dans notre service ; si tu as besoin de pleurer parce que tu as perdu ton patient, bah tu pleures et tu en parles. Ça après c'est la personne âgée, on est souvent confronté à la mort.

**Moi** : Pouvez-vous me raconter un exemple de situation qui vous a touché et comment l'avez-vous surmontée ?

**M** : Bah moi c'est un patient heu... [silence]. J'en ai eu plusieurs, j'ai beaucoup beaucoup d'exemples. J'ai un patient qui a fait une détresse respiratoire, et qui avait beaucoup beaucoup de mal à respirer, et on peut rien faire dans ces cas-là. Et là c'est très dur et il était très gentil en plus ce monsieur [sourire]. T'avais qu'une envie c'était de l'aider, de l'aider. Bon bah ce que j'ai fait c'est que je suis restée à côté de lui, je lui ai tenu la main. Et après j'en ai beaucoup parlé à... une fois qu'il était décédé car il est décédé devant moi. On en a beaucoup parlé avec le chirurgien de service qui elle est très présente.

**Moi** : Après cette situation et différentes expériences, comment abordez-vous les différentes situations similaires, possible de vous émouvoir de la même manière ?

**M** : Heu on se blinde. On le sait, on se dit bon bah voilà elle est en train de faire une détresse respiratoire, on peut plus rien faire.

**Moi** : Du coup ça vient avec l'expérience ça ?

**M** : Ouais, ouais. Non t'es pas animée pour ça. 'fin je veux dire t'es humain avant d'être infirmière. T'es humain et tes émotions elles sont là. Tu viens avec toi, ta personnalité et tes émotions. T'as beau te dire c'est pas ta famille, ça reste un être humain et tu te blindes. Tu te blindes parce que sinon tu... Mais c'est pas pour autant que tu n'as plus d'émotions. Tu arrives à mieux les gérer et on se dit c'est comme ça, on va l'accompagner. En fait tu prends un mécanisme de défenses : on va l'accompagner au mieux.

**Chloé** : Que représente pour vous la juste distance ? Comment la mettez-vous en pratique ?

**M** : La juste distance ça c'est un bien grand mot. Ça n'existe pas pour moi la juste distance. Parce que... soignant-soigné... Faut être empathique mais faut pas trop l'être. La mettre en place, je crois qu'on le fait instinctivement en fait. C'est en fonction du besoin du patient aussi. Je veux dire si un patient n'a pas besoin que tu sois là bah voilà quoi.

**Chloé** : Selon vous, quels éléments personnels pouvez-vous partager avec le patient ? Est-ce-que vous pensez que ce partage peut favoriser votre relation avec le patient ?

**M** : Comme j'ai dit tout à l'heure, on est des êtres humains. Oui moi ça m'arrive de montrer des photos de mes enfants. Des fois ça leur rend le sourire, de voir qu'on est humain, on n'est pas que là pour leur faire des piqûres. Et généralement ça leur donne le sourire. Bah nous aussi on vit et on les comprend

## **Emotional aspect in nursing**

After having had a difficult experience during my first year of studies, I have chosen this topic : emotional aspect in nursing. So, I wanted to research the emotional consequences of nurses supporting patients. We have found ourselves in situations where we must control our emotions. It's interesting to study the impact of these emotions. Initially, I searched academyic documents, book that treats the probleme. After, I established a grid maintenance. I tested this survey, which was then validated by my director of memory. I interviewed four nurses on this topic to compare theory and practice. Then, I transcribed each interviews to analyse them.

When writing this thesy, I have realized that some nurses expressed their feeling to patients, while other do not. It's a personal choice. Anytime, learning to manage our emotions is done as a measure of professionnel experience. I could analyse that some nurses chose to express their emotions, and their other not. That will depend on what the nurse can support and, how he wants to invest in the relationship with the patient. However, there is a fair distance to get in the expression of our emotion with the patient. It's necessary that the relationship remains professionnall.

This is why my research question concerns : Why not show these negative emotions is a good support ?

Keywords : emotions, right distance, healer-healed relationship, experience, perspective, supported.

## **L'aspect émotionnel dans le soin.**

Après avoir eu une expérience difficile au cours de ma première année d'études, j'ai choisi ce sujet : l'aspect émotionnel dans le soin. Donc, je voulais étudier les conséquences émotionnelles des infirmiers dans la prise en charge des patients. Nous nous sommes tous retrouvés dans des situations où nous devons contrôler nos émotions. Il est intéressant d'étudier l'impact de ces émotions. Au départ, j'ai recherché des documents académiques, des livres qui traitent le problème. Après, j'établi une grille d'entretien. J'ai testé cette enquête, qui a ensuite été validée par mon directeur de mémoire. J'ai interviewé quatre infirmières sur ce sujet pour comparer la théorie et la pratique. Puis, j'ai retranscrit chacun des entrevues pour les analyser.

En écrivant cette thèse, je me suis rendu compte que certains infirmiers exprimaient leurs sentiments aux patients, alors que d'autres ne le font pas. C'est un choix personnel. En tout temps, apprendre à gérer nos émotions se fait au fur et à mesure de l'expérience professionnelle. J'ai pu analyser que certaines infirmières ont choisi d'exprimer leurs émotions, et d'autre non. Cela dépendra de ce que l'infirmier peut supporter et, comment il veut investir dans la relation avec le patient. Cependant, il y a une juste distance juste à avoir dans l'expression de notre émotion avec le patient. Il est nécessaire que la relation reste professionnelle.

Voilà pourquoi ma question de recherche est : Pourquoi ne pas montrer ces émotions négatives est une bonne prise en charge ?

Mots clés : émotions, juste distance, relation soignant-soigné, expérience, relativiser, prise en charge.