



Institut de Formation en Soins Infirmiers
BP 300 39 - 95 bd Pinel
69678 Bron cedex



SOLIDE COMME UN ROC ?

Comment les infirmiers peuvent-ils gérer leurs émotions pour allier soin et congruence dans une unité de psychiatrie ?

**« Mémoire de fin d'études pour l'obtention de l'unité d'enseignement 3.4. S6
Initiation à la démarche de recherche et 5.6. S6 Analyse de la qualité et traitement
des données scientifiques et professionnelles »**

Promotion 2014 - 2017

Session juillet 2017

Conseiller pédagogique :
BENCHALAL Nacera

Étudiant(e) :
ROUGIÉ Fabien



Institut de Formation en Soins Infirmiers
BP 300 39 - 95 bd Pinel
69678 Bron cedex



SOLIDE COMME UN ROC ?

Comment l'infirmier peut-il gérer ses émotions pour allier soins et congruence dans une unité de psychiatrie ?

**« Mémoire de fin d'études pour l'obtention de l'unité d'enseignement 3.4. S6
Initiation à la démarche de recherche et 5.6. S6 Analyse de la qualité et traitement
des données scientifiques et professionnelles »**

Promotion 2014 - 2017

Session juillet 2017

Conseiller pédagogique :
BENCHALAL Nacera

Étudiant(e) :
ROUGIÉ Fabien

Remerciements

Merci pour ces émotions...

D'espoir

Pour ma Maman

De fierté

Pour mon Papa

De résolution

Pour mon Frère

De tendresse

Pour ma Grand-mère

De joie

Pour Marjorie, Célia, Marion, Charlotte, Nico, Bibost, Romane, Lauriane, Jules, Valentin, Charlène, Jean Mich', Adrien et Quentin

D'affection

Pour mes fidèles compagnons : Maya, Elvis et Kira

D'enthousiasme

Pour Nacera BENCHALAL, Pierre COTE, Dominique ANDRIEU et l'ensemble des formateurs de l'IFSI le Vinatier

De bienveillance

Pour toute l'équipe de l'UHSA

D'insouciance

Pour Guillaume, mon pote de toujours

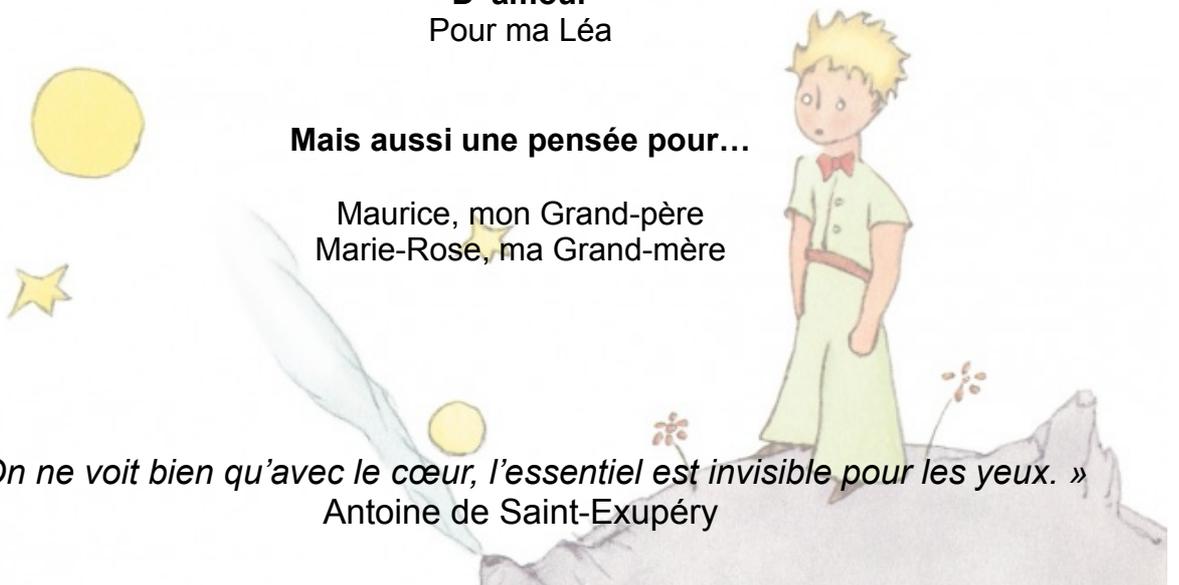
D'amour

Pour ma Léa

Mais aussi une pensée pour...

Maurice, mon Grand-père
Marie-Rose, ma Grand-mère

*« On ne voit bien qu'avec le cœur, l'essentiel est invisible pour les yeux. »
Antoine de Saint-Exupéry*



Sommaire

I. Introduction.....	1
II. Présentation de la situation d'appel.....	2
1. Émergence du questionnement.....	2
2. Prologue de la situation d'appel.....	2
3. Description de la situation d'appel.....	3
4. Questionnement.....	5
III. Recherche conceptuelle.....	6
1. Définition de l'infirmier.....	6
2. La relation de soin ou soins relationnels.....	7
3. L'émotion au cœur du métier de l'infirmier.....	10
4. Soins infirmiers : congruence et incongruence.....	13
5. L'infirmier et la stratégie d'évitement.....	15
IV. Enquête exploratoire.....	18
1. Méthodologie de l'enquête.....	18
1.1 Choix de l'outil.....	18
1.2 Choix de la population.....	18
1.3 Choix du terrain.....	19
1.4 Points forts et limites.....	19
2. Analyse descriptive de l'enquête.....	20
2.1 Présentation des participants de l'enquête.....	20
2.1.1 Infirmier A.....	20
2.1.2 Infirmière B.....	21
2.1.3 Infirmière C.....	23
2.2 L'émotion dans le soin.....	25
2.2.1 Infirmier A.....	25
2.2.2 Infirmière B.....	25
2.2.3 Infirmière C.....	26
2.3 Le dépassement émotionnel.....	27
2.3.1 Infirmier A.....	27
2.3.2 Infirmière B.....	28
2.3.3 Infirmière C.....	29
2.4 Gestion de l'émotion.....	30
2.4.1 Infirmier A.....	30
2.4.2 Infirmière B.....	32
2.4.3 Infirmière C.....	33
2.5 Congruence et incongruence.....	34
2.5.1 Infirmier A.....	34
2.5.2 Infirmière B.....	36
2.5.3 Infirmière C.....	37
2.6 L'infirmier solide comme un roc.....	38
2.6.1 Infirmier A.....	38
2.6.2 Infirmière B.....	39
2.6.3 Infirmière C.....	39

V. Analyse interprétative.....	40
1. Prologue.....	40
2. La place des émotions à travers les soins infirmiers.....	41
3. L'impact des émotions sur l'infirmier et les soins.....	43
4. La gestion des émotions.....	46
5. La fonction de transformation de Bion.....	49
6. Faut-il « être solide comme un roc »?.....	50
VI. Synthèse de l'analyse.....	52
VII. Conclusion.....	54
1. Être infirmier en France : Un engagement pour l'Humain.....	54
2. La congruence : Un concept essentiel à notre pratique.....	55
3. Le travail de recherche : Une démarche qui nous fait grandir.....	56
Bibliographie.....	58
Table des annexes.....	60

Accroche

Lors de ma troisième étude, j'ai été confronté à un patient incarcéré et condamné pour un acte de pédophilie. De par son acte, je me suis laissé envahir par des émotions désagréables et contre-productives pour le bon déroulement des soins. Interpellé et remué par cette situation, je décide d'en faire mon sujet pour réaliser ce travail de fin d'étude.

Suis-je un mauvais soignant ? Les infirmiers ont-ils le droit de se laisser toucher par ce que peuvent renvoyer les patients ? Si l'on se laisse toucher, que se passera-t-il ? Que faire pour gérer ces ressentis ? Avons-nous seulement le choix de décider si nous nous laissons atteindre ou non ?

Tout autant de questions qui m'interpellent en tant que futur infirmier et je vais tenter d'y répondre à travers un travail de recherche portant sur les émotions, la congruence et les différentes stratégies pour gérer ces émotions.

Me destinant à la psychiatrie, j'ai volontairement choisi une situation se déroulant dans ce domaine bien précis, aussi je mènerai mon enquête auprès de trois infirmiers expérimentés et exerçant dans une Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA).

Ce travail à plusieurs objectifs, trouver des réponses sur nos ressentis mais aussi d'humaniser l'être se trouvant derrière la blouse, cet homme ou cette femme qui, au même titre que ses patients peut être confronté à la culpabilité et la souffrance dans le cadre de son travail ou ailleurs.

Selon le psychologue Germain Litaer, la principale qualité de celui qui prétend à être le support de l'être humain en état de souffrance psychique : C'est d'être solide comme un Roc. Vais-je rejoindre son avis ? Le contredire ?

C'est à travers une situation que j'ai vécue en stage, un cadre théorique, une enquête auprès d'infirmiers puis une analyse interprétative que je vais tâcher d'acquérir suffisamment de connaissances pour donner mon avis sur la question.

Introduction

I. Introduction

Pour réaliser ce travail de fin d'étude, nous commencerons par évoquer la situation d'appel à laquelle il fait référence puis nous verrons émerger divers questionnements en lien avec les émotions.

À la suite de cela, nous explorerons la théorie autour du thème de l'infirmier, des soins relationnels, des émotions, de la congruence et des stratégies d'évitement.

Ce cadre théorique permettra l'élaboration de différents axes de recherche qui m'aideront pour l'élaboration d'une grille d'entretien. Je mènerai ces entretiens auprès d'infirmiers travaillant dans le milieu hospitalier carcéral.

L'analyse descriptive que j'obtiendrai ensuite de ces entretiens me sera utile pour confronter ces derniers aux diverses données théoriques recueillies dans la première partie de ce travail.

Ainsi, à au cours d'une analyse interprétative, je serai en mesure de partager avec vous mon propre positionnement sur le sujet vaste et passionnant qu'est l'émotion.

Et enfin pour finir, dans ma conclusion j'aborderai l'intérêt de ce travail et ce qu'il m'aura apporté.

Première partie

Présentation de la situation d'appel

Émergence du questionnement

Prologue de la situation d'appel

Description de la situation d'appel

Questionnement

II. Présentation de la situation d'appel

1. Émergence du questionnement

Anciennement Aide-Soignant dans une unité psychiatrique de réhabilitation psychosociale, la relation soignant-soigné était déjà au cœur de la vision que j'avais du métier d'infirmier avant mon entrée dans cette formation. J'ai pu durant ces quatre années d'exercice dans cette unité observer l'agacement que pouvait susciter certains patients chez moi ou chez mes collègues. Ces patients pouvaient renvoyer une certaine agressivité intérieure et contenue auprès de l'équipe.

Je pensais naïvement que la formation d'infirmier allait me permettre de devenir imperturbable, solide et disponible face à tous types de confrontations extérieures dans le cadre de mon travail. Mais aujourd'hui, en fin de formation et avec l'idée en tête de m'orienter vers la psychiatrie, je constate qu'il n'en est rien, convaincu qu'à travers mon humanité réside une inaliénable sensibilité soumise à des valeurs et une morale.

Alors comment soigner, être bienveillant, lorsque nos émotions et nos ressentis semblent aller à l'encontre du soin ? Ces émotions font-elles de nous de mauvais soignants ? La situation que je vais présenter soulève cette question.

2. Prologue de la situation d'appel

Étudiant infirmier et en stage dans une unité hospitalière spécialement aménagée ou UHSA, je rencontre Monsieur X. Patient qui va me mettre face à mes émotions personnelles.

Tout d'abord, il est nécessaire de tenir compte que l'UHSA est un service dispensant des soins psychiatriques à l'intention de personnes incarcérées et souffrant de troubles psychiques.

À l'heure de cette situation, je suis étudiant infirmier en semestre cinq et à la cinquième semaine de ma première partie de stage (celui-ci s'étalant sur deux périodes de cinq semaines). Ce stage se déroule à merveille, je sens que mes compétences professionnelles sont reconnues, je suis autonome et bien intégré dans l'équipe.

C'est un cap, l'occasion de prouver que je pourrais être un bon infirmier en psychiatrie.

3. Description de la situation d'appel

Un Lundi matin, la tâche d'effectuer un entretien d'aide thérapeutique afin d'aider Monsieur X à gérer ses soins d'hygiène au quotidien m'est confiée. Le patient présente effectivement un inquiétant état d'incurie. Par la même occasion, il s'agit aussi d'une opportunité qui me permettrait de valider la compétence d'enseignement numéro 5 : « soins éducatifs et préventifs ».

Il s'agit d'un patient discret et qui, en dehors de l'état d'incurie ne questionnait que peu l'équipe ou moi-même. Âgé de soixante-treize ans, il est pris en charge pour des troubles bipolaires et se trouve dans une phase dépressive majeure. À cet instant, voilà deux ans qu'il est incarcéré pour des faits d'attouchements à l'encontre de ses petites filles.

Après avoir consulté son dossier où peu d'éléments sur sa vie personnelle avant la détention y sont notifiés, je pars à la rencontre du patient accompagné d'une infirmière du service qui, pour des raisons de sécurité, devra rester à proximité du lieu d'échange durant l'entretien. À cet instant je suis tendu et inquiet, je me sens en situation d'évaluation et c'est un fait qui ne simplifie en rien le soin. Malgré tout je n'ai pas d'appréhension particulière vis-à-vis du patient.

L'entretien se déroule dans la chambre de Mr X, chambre identique à toutes les autres à l'UHSA, sombre, vétuste. Cette chambre tout juste éclairée par une fenêtre équipée de barreaux nous rappelant que nous sommes dans une unité pour détenus et au cas où nous oublierions cet état de fait, elle n'offre que pour seul horizon le premier mur d'enceinte couvert de barbelés de l'hôpital. L'infirmière qui veille à ce que tout se passe bien patiente hors de la chambre, derrière la lourde porte de métal restée entrouverte.

C'est durant cet entretien que je vais être frappé par des émotions négatives à l'encontre de ce patient, émotions qui pourtant étaient inexistantes avant cet instant. Je le vois « monstre », il me « dégoûte », j'ai la sensation qu'il pénètre dans ma sphère, dans ma bulle. Situé face à moi, à courte distance, l'odeur qu'il dégage s'ajoute à ce florilège de ressentiments désagréables, une effluve nauséabonde et envahissante. Néanmoins, je prends sur moi, je ne laisse rien transparaître, je demeure souriant et tâche de m'exprimer avec enthousiasme mais j'ai la sensation de « me faire violence ». Clairement, je n'ai pas envie d'aider ce patient et parmi les pensées qui se heurtent à mon esprit, l'une d'elle m'interpelle et me demande ce que je fais là. Je me pose la question « Comment peut-on s'en prendre à des enfants ? », « Pourquoi aiderais-je un homme capable de transgresser la morale et l'éthique ? ». À mes yeux, il a détruit la plus pure des innocences mais aussi la vie de ses petites filles, cette idée devient de plus en plus intolérable. Dans le même temps, je crains aussi que cet état de « jugement » soit ressenti par Monsieur X et que cela l'affecte, le peine ou bien qu'il se sente rejeté. Je tente alors de poursuivre malgré tout, de cacher mes émotions et mes pensées.

Cependant, à ma grande surprise il se montre très coopératif durant l'entretien, il profite de l'instant pour « vider son sac » et parler de sa vie d'avant : il évoque l'agacement d'être sollicité chaque jour pour sa toilette, me met face à ses principes d'ordre culturel et son histoire de vie. Il me fait confiance, il se confie, se montre volontaire et compliant. Dès cet instant, je ne vois plus le « monstre », je vois l'homme, l'être humain, je vois cette personne qui souffre et tend la main pour qu'on lui vienne en aide. Alors, tout devient différent, mon dégoût et ma colère s'estompent et mes affects s'harmonisent enfin avec mon positionnement.

4 . Questionnement

En décrivant cette situation, j'ai souhaité mettre en évidence le malaise que j'ai ressenti lors de cet entretien infirmier. De ce malaise, ont découlé plusieurs interrogations et une certaine remise en question en lien avec un sentiment de culpabilité.

- Comment l'infirmier peut-il gérer ses émotions pour allier soins et congruence dans la prise en charge d'un patient en psychiatrie ?

Et comme sous questions :

- Quelle est la place des émotions à travers les soins infirmiers ?
- Quel impact les émotions de l'infirmier ont-elles sur lui ?
- Quelles alternatives l'infirmier peut-il envisager lorsque ses émotions ne permettent pas la congruence ?

Deuxième partie

Recherche conceptuelle

Définition de l'infirmier

La relation de soin ou soins relationnels

L'émotion au cœur du métier de l'infirmier

Soins infirmiers : Congruence et incongruence

L'infirmier et la stratégie d'évitement

III. Recherche conceptuelle

1. Définition de l'infirmier

Pour commencer, il me semblait important de travailler autour de la définition de l'infirmier. D'après le site officiel du Larousse, l'infirmier désigne une « *Personne habilitée à assurer la surveillance des malades et à les soigner sur prescription médicale* ». Si l'on en croit cette simple définition, le métier de l'infirmier repose alors sur son rôle prescrit ainsi qu'une infime partie de son rôle propre. Toutefois la chercheuse rattachée au CNRS et à l'Inserm, Françoise Acker, désigne comme infirmier « *Toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu* », l'auteure ajoute : « *L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement* ».

Dans ces deux définitions, est reconnue l'habilitation de l'infirmier. À savoir une autorisation reconnue par l'État, à exercer cette profession. En effet, selon l'article D. 4311-16 du Code de la santé publique « *Le diplôme d'état d'infirmier ou d'infirmière est délivré par le préfet de région aux candidats ayant suivi, sauf dispense, l'enseignement préparatoire au diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière et ayant validé les enseignements théoriques et pratiques ainsi que les stages consécutifs de la formation* ». Cette habilitation faisant donc foi quant aux compétences et aux capacités de l'infirmier. Est souligné dans ces définitions la notion du rôle prescrit, rôle explicité dans l'article R. 4311-7 du Code de la santé publique comme l'habilitation à pratiquer des actes « *Soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative, quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif, quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin* ». Acker, F. fait état du rôle propre de l'infirmier, ce rôle est ainsi défini dans l'article R. 4311-3 : « *Relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie d'une personne, ou d'un groupe de personne* ».

L'infirmier est donc un professionnel habilité par le droit et par l'obtention d'un diplôme à exécuter des actes prescrits définis par le Code de la santé publique mais aussi à effectuer des actions en totale autonomie et attribuées elles aussi par le Code de la santé publique : Le rôle propre.

En tant que personne l'infirmier dispose donc d'une identité morale avec des responsabilités, il possède donc des droits et des devoirs. Cependant, il en demeure néanmoins une personne physique avec un vécu, une culture et une émotivité qui lui sont propres. Selon le site officiel du Larousse, les droits correspondent à la « *Faculté légalement ou réglementairement reconnue à quelqu'un par une autorité publique, d'agir de telle ou telle façon* » et de « *jouir de tel ou tel avantage* ». Pour ce qui est des devoirs, le Larousse le définit comme des obligations issues de la loi, la morale, un règlement ou encore par les conventions sociales. L'infirmier est aussi une personne physique, cela implique donc qu'il peut, au même titre que les personnes qui bénéficient de ses soins, être amené à rencontrer des problématiques psychologiques, physiques ou sociales.

Dans l'annexe 1 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, nous retrouvons dans le référentiel d'activités la relation d'aide et soutien psychologique, l'entretien spécifique de relation d'aide et la réalisation de soins visant le bien-être et le soulagement de la souffrance physique et psychologique. Ce sont ces points spécifiques qui vont nous intéresser.

2. La relation de soin ou soins relationnels

Au regard de ma situation, il est pertinent de s'interroger sur ce qu'est le soin relationnel et ce qu'il en est dit dans la littérature relative à la profession d'infirmier. De prime abord, je me suis tourné vers l'unité d'enseignement concernée à savoir l'unité d'enseignement 4.2 : Soins relationnels. D'après l'annexe V de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, cet enseignement doit permettre à l'infirmier d' « *identifier les éléments permettant de communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins* ». Toujours selon l'annexe V, l'unité d'enseignement doit aborder divers concepts comme la relation, la communication, la négociation ou la médiation, mais doit aussi comprendre diverses méthodes de communication allant du verbal au non verbal.

Selon Formarier M., enseignante à l'institut international supérieur de formation des cadres de santé de Lyon : « *la profession d'infirmière a fait de la relation avec le patient un élément central des soins* », elle ajoute « *Il est courant de dire que les infirmières ne passent pas suffisamment de temps relationnel auprès des patients* », situation qui selon elle engendrerait un discours moralisateur et mettrait à mal les travailleurs de la santé en les culpabilisant. Monique Formarier précise qu' « *on ne fonde que peu de choses durables sur la culpabilité* », aussi elle écrira : « *Les infirmières (...) auraient elles perdu leurs qualités humaines, leur attitude d'écoute et d'empathie ? Je ne le pense pas (...) Bien souvent les soignants sont confrontés à des dilemmes, partagés entre leurs valeurs professionnelles et les charges de travail à assumer* ».

La Professeure agrégée en science infirmière de l'université de Montréal, Geneviève Roch, explique ces difficultés à pratiquer les soins relationnels dans sa thèse en science infirmière : « *Les pratiques relationnelles de soins sont au cœur même des normes et valeurs professionnelles qui définissent la qualité de l'exercice infirmier, mais elles sont souvent compromises par un milieu de travail défavorable* ». Selon ces deux auteures, on peut constater que le soin relationnel est bel est bien reconnu comme un élément pilier de la prise en charge infirmière tout en étant paradoxalement mis au second plan pour des motifs qui n'incomberaient pas directement à la responsabilité des infirmiers et infirmières, pire que cela : cette incapacité générerait de la culpabilité chez les soignants. Toujours d'après Roch G. ces difficultés constitueraient « *une menace à la qualité des soins* » mais créeraient aussi « *d'importantes frustrations pour les infirmières* ».

Dans sa recherche en soins infirmiers, Formarier M. aborde la question du soin relationnel dans le contexte du champ professionnel, impliquant « *des rapports sociaux codifiés, préétablis, fixant par avance l'identité sociale, les rôles et les styles d'interactions des protagonistes* », selon l'auteure ces relations sont « *enfermées dans des pratiques répétitives, voire des scénarii* ». Elle dénonce alors un besoin de sécurité et d'efficacité des soignants apporté par une stabilisation dans les relations humaines. D'après Monique Formarier, les soignants attendraient des patients qu'ils « *adoptent des comportements attendus* ». Il ne s'agirait pas selon elle d'un manquement quant à l'humanité, mais permettrait « *une relative économie de la charge affective et cognitive* ».

La question du soin relationnel est donc une source de tension auprès des infirmiers. Il y a vingt ans, en 1997, l'ethnologue Anne Véga abordait déjà les différentes catégories de soignantes. Selon elle il existait d'une part l'infirmière technicienne qui serait « *souvent accusée par les infirmières « relationnelles » de s'éloigner du malade* » et dont la valorisation de la technique l'amènerait d'après ses consœurs à négliger entre autres le pôle de l'humain. Tandis qu'à contrario, les infirmières relationnelles sont quant à elles accusées de « *s'éloigner des savoirs médicaux, seuls moyens de reconnaissance professionnelle* ». Selon Véga A. ces différents modèles alimentaient déjà les tensions qui hantent la profession d'infirmier : « *L'hypervalorisation des soins techniques et des savoir-faire oraux, la difficulté à concrétiser une relation reconnue et sécurisante auprès du malade* ». Mais du soin relationnel découlait déjà l'idée que ce type de prise en charge induit une charge émotionnelle : « *Les indices de stress professionnel, étudié par les sociologues, s'expriment plus ouvertement dans les services et les équipes où le rôle relationnel (...) de l'infirmière est prédominant* ».

Toujours selon Anne Véga, en 1997 il existait la notion du « Mauvais malade », véritable barrage du soin relationnel : « *Souvent qualifiés de malades « lourds » : on retrouve parmi eux les toxicomanes, grabataires, SDF, malades du sida, les personnes venant des urgences ou de psychiatrie, en stade terminal de cancer..., autant de catégories dépréciées dans la société (...)* ». Il pouvait aussi s'agir d'après elle de malades « indisciplinés », « sales », de personnes remettant en cause les systèmes de pouvoir. L'ethnologue ajoutera « *Les professionnelles de santé pratiquent quotidiennement un « désinvestissement personnel » auprès des « mauvais malades », car elles risquent d'être atteintes moralement par les pathologies qu'elles soignent* », les rapports des soignants face à la maladie pouvaient engendrer des déséquilibres voire des « pathologies infirmières » car d'après ses écrits : « *De nombreuses recherches sociologiques attestent ainsi des difficultés à oublier les conflits avec les collègues ou les souffrances des malades (tristesse, angoisses, cauchemars, réticences à se rendre sur leur lieu de travail).* ».

Culpabilité, importantes frustrations, charges affectives et stress, Monique Formarier, Geneviève Roch et Anne Véga soulignent alors un état de fait qui me questionne : Les émotions des soignants.

Je m'interroge : Quelle place l'émotion a-t-elle dans notre fonction ? Être infirmier : est-ce être un technicien dépourvu de relationnel ou est-ce être un puits de relationnel dépourvu de technicité ? Ou peut-être est-ce un subtil mélange équilibré de relationnel et de technicité ?

Quoi qu'il en soit, à l'heure où j'effectue cette recherche je refuse de penser ou même de me questionner sur le fait qu'il puisse exister de bons ou de mauvais patients.

3. L'émotion au cœur du métier de l'infirmier

Les émotions sont ancrées dans la plupart des activités humaines, elles surviennent dans tous types de situations d'ordre privé ou social. Ces émotions se rapportent donc à de nombreux comportements et il n'y a pas de raison de penser qu'elles ne puissent pas exister dans une situation de travail, selon Cahour B. en 2010.

Luminet O. décrit l'émotion comme un système avec d'une part des réponses psychophysiologiques, comportementales et expressives et d'autre part des réponses cognitives et basées sur l'expérience. Ce qui sous-entend alors qu'elle dispose à la fois d'une composante extériorisée et d'une composante intériorisée. B. Cahour, confirme cette définition en considérant que l'émotion est constituée :

- D'un éprouvé subjectif que le sujet est en mesure de verbaliser et qui fait appel à son ressenti propre
- De réactions physiologiques (tachycardie, sueurs, bouffées de chaleur)
- De comportements expressifs, comme un discours variable selon l'émotion vécue, les mimiques, les postures

D'après cette auteure « *Ces différents composants de l'émotion sont plus ou moins intenses selon les situations ; un sentiment de confiance aura des manifestations corporelles nettement moins fortes qu'une grande colère* ».

Mais quelles stratégies l'infirmier peut-il adopter lorsque celui-ci ne souhaite pas infliger ses propres émotions au patient ? Doit-on, peut-on camoufler l'expression extérieure de son émotion ? L'ethnologue Anne-Gaël Bilhaut s'est rendue directement dans un service de cancérologie gynécologique afin de mener une ethnographie des émotions des soignants en cancérologie, elle écrit : « *Ces affects exprimés par les patients peuvent agir sur les soignants qui deviennent les récepteurs de ces états, par une circulation corporelle des émotions* », puis elle décrit ce qu'elle a observé directement sur le terrain « *Certains chantonnent durant le soin, cherchant ainsi à cacher leurs propres émotions, posent un masque chirurgical qui établit une frontière entre le patient et le soignant, ne regardent pas la personne ou le soin en cours* ». L'auteure perçoit cela comme des stratégies élaborées au fil des expériences et qui permettent « *De ne pas être affecté* ».

Dans son journal de terrain, A. Bilhaut retrace cette situation : « *Toute la journée, elles n'ont plus parlé que de ce corps qui se dégradait à grande vitesse. (...) Les sujets de conversation ont tous tourné autour de la mort, de la souffrance et de cette femme. Chacune a commencé à parler de ses émotions (...) : « J'ai peur », manifeste Julie, aide-soignante* ». Puis l'auteure ajoute que, après le décès de la patiente, « *L'infirmière (...) écrit sur le dossier infirmier : « Famille reçue par l'équipe de soins palliatifs. DCD à 16h45 » une phrase qui ne reflète en rien ce que fut cette journée tant pour le patient que pour les soignants* ». Elle aborde alors la question de l'insensibilité de ce que l'on peut lire dans ces dossiers infirmiers et qui n'a rien avoir avec l'atmosphère pourtant chargée en émotion dans le service.

Je repense alors aux écrits que j'ai abordé plus avant sur la question de la souffrance émotionnelle des soignants du fait de cette charge affective, puis je continue de lire A. Bilhaut : « *Dans un lieu où la souffrance qui précède la mort est omniprésente, les soignants se trouvent parfois dans des atmosphère qu'ils qualifient (...) de « lourdes » et « oppressantes » où ils se sentent « étouffer » avec la patiente* ». Je me pose alors la question, ces émotions, ressenties par les soignants, presque tabous, à peine partagées et surtout non-exprimées : Quel impact ont-elles vraiment sur la santé du soignant ?

De la même manière que ce que j'ai pu observer dans cette unité carcérale de psychiatrie, revient à mon esprit de nombreux questionnements de la part des soignants quant aux faits commis par certains détenus. Des émotions qu'ils pouvaient ressentir vis à vis de certains patients : comme le dégoût ou la colère. Émotions qu'ils ne pouvaient librement admettre et reconnaître, des émotions masquées derrière le visage de « la bonne infirmière ». Ce professionnel qu'on leur demande d'être.

Est-ce une preuve d'humanité que de renoncer à une part de sa nature ? Comment faire « du bien » lorsque l'on pense « du mal », et comment peut-on ne pas penser « du mal » ? Qui est là pour faire « du bien » au soignant ? Alors que j'écris ces lignes, je me rends compte que je suis en colère, la souffrance de ces futurs collègues et leur combat quotidien me touchent et je suis pris d'un sentiment d'injustice à leur égard.

Passionné par le récit d'A. Bilhaut, je poursuis ma réflexion autour de son travail avec une question en tête : « *Comment ces infirmiers parviennent-ils finalement à faire face à ces émotions ?* ». L'auteure mentionne divers lieux où le personnel soignant peut décharger ses émotions, des lieux inaccessibles aux visiteurs qui eux aussi épanchent parfois leur souffrance auprès des soignants : La salle de soins infirmiers, l'espace de détente. L'ethnologue décrit ces espaces comme « *des régulateurs de l'expression et de la circulation des émotions, qui agissent différemment selon le sujet* ». Elle mentionne aussi le rire comme « rassembleur » et « créateur de la connivence parmi les soignants » en ajoutant divers échanges dont elle a pu être témoin (Cf. : Annexe 1). Ces échanges questionnent toutefois et éveillent une nouvelle question : L'humour noir dirigé vers le patient le déshumanise-il ? Où se situe la question de l'évitement ?

Le philosophe Bergson H. écrit à ce sujet : « *Est comique tout incident qui appelle notre attention sur le physique d'une personne alors que le moral est en cause* », Anne-Gaël Bilhaut réagit à cette citation, elle explique qu'en dépit du fait que ce genre d'humour soit mal perçu en société, plusieurs sociologues tendent à penser que le rire est une expression de la pensée et que donc : « *Les soignants rassemblés rient ensemble, renforcent leur cohésion, détournent des émotions* ».

Pour conclure, Bilhaut A. mentionne Castra M. (Le bien mourir, 2003) : « *l'expression des soignants, des émotions des soignants, est accentuée par son partage lorsque l'équipe devient un refuge émotionnel* », ce qui explique selon elle que dans ce type de service, le travail s'organise en binôme, de sorte que les soignants sont ensemble auprès des patients.

Vient alors une dernière question : L'équipe soignante est-elle vraiment le refuge adéquat pour l'infirmier souffrant de la surcharge émotionnelle ? Quelle stratégie adopter lorsque « le cœur n'y est plus » ?

4. Soins infirmiers : congruence et incongruence

Après avoir étudié la question de l'émotion dans les soins, il est selon moi essentiel d'aborder la question de la congruence. Mais avant d'aborder le cœur de la congruence questionnons nous sur ce qu'est la relation d'aide.

Étymologiquement, la relation provient du latin « *relatio* » qui désigne le récit, la narration, et implique donc un échange de données, de faits. Quant à l'origine du mot « *aide* », elle provient du latin « *adjuvo* » qui signifie le fait de soutenir. Créer une relation d'aide avec un patient reviendrait alors à un échange qui viserait à le soutenir. Le psychologue humaniste Carl Rogers définit la relation d'aide comme la possibilité de venir en aide à une personne vivant une situation difficile pour qu'elle puisse mobiliser ses propres ressources plutôt que de lui imposer des solutions préconçues. Cette relation particulière résiderait sur quatre principaux fondements : L'empathie, l'écoute active, la congruence et le non jugement. Ici, c'est la congruence qui va nous intéresser.

D'après Carl Rogers, la congruence (ou authenticité du thérapeute) correspond à sa capacité à établir un contact avec la complexité des sentiments, des pensées ou des attitudes qui lui sont propres tout en demeurant à l'écoute et en suivant les pensées et sentiments de son patient. Notant toutefois qu'« *il revient au thérapeute de discerner quand et comment communiquer ce qu'il éprouve pour autant que cela puisse être approprié pour le client dans la relation thérapeutique* ».

Comme le souligne C. Rogers : « *L'authenticité dans la thérapie veut dire que le thérapeute est son moi (self) réel dans sa rencontre avec le client. Sans façade, il laisse affluer ouvertement ses sentiments/sensations et attitudes en lui dans l'instant présent* ». Toutefois Lietaer G. tient à préciser que cela ne signifie pas que le thérapeute doit faire ressentir au patient l'expression de ses sentiments. De la même manière qu'il ne doit pas dévoiler tout ce qu'il est. Selon lui, il s'agit « *d'éviter de présenter une façade ou de se cacher derrière un masque de professionnalisme* ». Ce qui corrobore aux propos de Rogers quant au caractère approprié des émotions transmises ou non dans la relation d'aide.

Ceci étant, on est en mesure de se demander ce que la congruence apporte dans la relation soignant/soigné. D'après Germain Lietaer, à propos le travail de Carl Rogers : il s'agit de nouer une relation réelle avec le patient, sans « *écrans de fumée* ». Il argumente comme suit : « *Dans une telle relation de travail, le thérapeute sert de modèle : sa congruence encourage le client à prendre lui-même des risques, pour devenir lui-même* ». Pour Lietaer G., le travail autour de la congruence de Rogers consiste en l'élaboration progressive d'une relation de confiance, ajoutant que l'acceptation et l'empathie ne peuvent être efficaces tant qu'elles ne sont pas vécues avec authenticité.

Alors que se passe-t-il, comme ce fut le cas dans ma situation d'appel ou dans le cas des soignants observés par A. Bilhaut, lorsque les sentiments ressentis ne permettent pas la congruence et nous place alors dans une attitude d'incongruence ? Peut-on y remédier ? Selon Lietaer G., cette attitude intervient lorsque les difficultés personnelles du soignant l'empêchent de « *laisser émerger l'expérience* » du patient. Il écrit à propos de l'incongruence: « *Être empathique à l'égard du monde expérientiel d'une autre personne dont les valeurs diffèrent largement des nôtres (...) cela n'est pas facile à manier* ». Face à ce sentiment de contradiction dans la relation, Carl Rogers décrit la nécessité de se séparer de son patient, de ne pas vivre ses émotions comme si elles étaient communes aux nôtres ou à notre propre monde, il insiste sur l'importance d'être « *une personne séparée* » qui lui permet de se « *laisser aller plus profondément dans la compréhension et dans l'acceptation* » de son patient, car dit-il : « *Je n'ai pas peur de me perdre moi-même* ».

Si l'on en croit les écrits de Germain Lietaer, il n'existe pas de « méthodes miracles » pour contourner la congruence. D'après lui, celui qui soigne a besoin de frontières du moi solides et sa principale qualité serait d'être je cite, « *solide comme un roc* ».

Pour autant, les stratégies d'évitement ne sont pas méconnues du personnel soignant pour « supporter » cette charge émotionnelle quotidienne et ne date pas d'aujourd'hui si l'on en croit Lert F. & Marne M.J. (1993) : « *Des liens nouveaux se sont (...) tissés entre professionnels et personnes atteintes (ici sida) et qui se traduisent par un engagement mutuel, ouvrant une brèche dans la traditionnelle loi du silence* ».

Et si l'équipe soignante suivie par A. Bilhaut utilisait l'évitement pour faire face à cette souffrance quotidienne ? Les soignants ne sont-ils pas assez forts ou manquent-ils de formation, de soutien ?

5. L'infirmier et la stratégie d'évitement

Afin de clarifier ces questions, interrogeons-nous sur ce qu'est l'évitement. Selon B. Jolivet, l'évitement est de nature à la fois biologique et psychique, il « *consiste à éviter que cet autre ou ces autres envahissent, pénètrent, détruisent le champ physique et psychique dans lequel s'est élaboré, au fil du temps, notre moi* ».

L'évitement serait donc un mécanisme de défense si l'on en croit les propos d'Anna Freud (1936) : « *Les mécanismes de défense représentent la défense du moi contre les pulsions instinctuelles et les affects liés à ces pulsions* ». Selon H. Chabrol, il existe deux types d'opérations mentales pour faire face aux tensions, aux conflits et aux éléments perturbateurs perçus dans notre monde interne ou externe : les mécanismes de défense et les processus de coping. Il défend l'idée que le mécanisme de défense s'inscrit en dehors du contrôle de la volonté et que son action est inconsciente tandis que le second est une opération mentale volontaire et consciente.

Je reviens à la situation décrite par A. Bilhaut où l'emploi de l'humour était usé à des fins de rassemblements et de soutien face à la charge émotionnelle.

Selon le DSM-IV, l'humour représente « *Les aspects amusants ou ironiques des conflits ou des situations de stress* ». De même, H.Chabrol souligne que Freud considérait l'humour « *comme la plus haute des réalisations de défense* », qu'il « *dédaigne de soustraire à l'attention consciente le contenu de représentation attaché à l'affect pénible* », il émet alors l'hypothèse qu'en employant une méthode dites « positive » on peut transformer partiellement ou totalement le déplaisir en plaisir.

Ainsi, l'emploi de l'humour dans une situation émotionnelle chargée est potentiellement induit par ces mécanismes de défenses décrits par Henri Chabrol. Mais peut-on seulement dire que cette stratégie correspond à l'évitement ? Est-ce un frein à la relation avec le patient ? Selon le manipulateur en radiologie Cordier É. « *Il apparaît que l'humour peut constituer pour le personnel soignant, un moyen d'établir une relation de confiance avec le patient et de créer une bonne ambiance entre collègues* », d'après ses écrits, l'humour serait un mécanisme défense face au stress du travail.

Cependant employer l'humour, à savoir une réinterprétation positive ne serait pas de l'évitement selon les stratégies de réactions de Scheier, Weintraub & Carber (Cf. : Annexe 2) mais de la confrontation. Selon eux, les réactions d'évitements se traduiraient par le déni, le désengagement comportemental ou mental. Cet usage des mécanismes de défense fait donc écho au coping actif que nous avons abordé précédemment. Il ne s'agirait donc pas d'un abandon de la souffrance vécue mais d'une réappropriation pour y faire face.

Le médecin oncologue I.Moley-Massol définit l'évitement (ou la fuite) du soignant comme une réaction dans laquelle le soignant est « *démuni et impuissant* » face aux souffrances du patient, et qu'il n'est pas en mesure d'affronter. Dans cette situation il dévierait la conversation, fuirait la rencontre.

Selon la psychologue M. Ruzniewski, le soignant dans l'évitement, est : « *fréquemment « hors sujet* ». Il élude, esquive ». Ces propos, ainsi que les stratégies décrites par Scheier, Weintraub & Carber corrobore au travail de recherche du médecin Delbrouck M. et traitant notamment des étapes du développement d'un burn-out : « *Toute la panoplie des mécanismes de défense ou d'évitement s'installe : déni, désensibilisation, projection, refoulement, identification projective* ».

Ainsi, comme je l'ai cité plus haut, cela me ramène aux propos de Lietaer G. « *Solide comme un roc* », écrivait-il dans son travail traitant de la congruence. Si c'est ce qu'il faut pour tenir le coup, moi qui suis étudiant infirmier et aspire à devenir infirmier, suis-je préparé à cela ? Suis-je « *solide comme un roc* » ?

Michel Delbrouck aborde dans ses travaux la question du choix de la profession de soignant, il évoque l'idée que le choix de cette profession même représente à lui seul un facteur de fragilité ou de faille possible. Il aborde le fait qu'un certain nombre de candidats au travail de soignant ont parfois été confronté assez jeune avec la question de la maladie et des soins, ou bien qu'ils ont voulu répondre à leurs propres questionnements psychiques ou physiques par rapport à la santé. Ce qui fait écho à la première chose qu'une infirmière m'a dites lorsque j'ai effectué mon premier jour de travail alors que j'étais Aide-Soignant : « *Ce travail, on le fait toujours parce que nous avons quelque chose à réparer en nous* ». Idée que M. Delbrouck semble soutenir « *Tenter de résoudre, de réparer ce qui l'a fait souffrir (le soignant) dans sa propre chair, son propre esprit (...) peut l'occuper une vie entière* ». Il ajoutera que cela n'est pas mauvais en soi, à condition de ne pas tomber dans une « *compulsion de répétition à vouloir sauver le monde et s'y perdre* ». Je repense alors aux propos de Carl Rogers qui lui, n'avait pas peur de se perdre.

Troisième partie

Enquête exploratoire

Méthodologie de l'enquête

Analyse descriptive de l'enquête

Analyse interprétative

Prologue

La place des émotions à travers les soins infirmiers

L'impact des émotions sur l'infirmier et les soins

La gestion des émotions

Synthèse de l'analyse

IV. Enquête exploratoire

1. Méthodologie de l'enquête

1.1 Choix de l'outil

Pour confondre mes recherches théoriques à la pratique, j'ai décidé de mener une enquête exploratoire qui prendra la forme d'un entretien semi-directif, c'est à dire sous la forme de questions ouvertes avec des relances de ma part avant de mieux préciser le sujet et d'aller plus loin dans la réflexion. Ce type d'entretien me paraît idéal pour traiter le sujet personnel et vaste qu'est l'émotion dans les soins.

Ce mode d'entretien me permettra d'orienter l'interviewé vers les sujets et concepts que j'ai abordé dans le cadre conceptuel de mon travail. Chaque entretien est individuel et à été enregistré avec l'accord de l'interrogé, tout en lui assurant la préservation de son anonymat.

Ces entretiens sont donc élaborés sur la base de mon cadre théorique mais les premières questions portent sur l'infirmier en lui-même (son expérience, ses valeurs professionnelles, sa vision du métier d'infirmier ainsi que sur sa perception de l'unité qu'est l'UHSA). Ainsi, le lecteur peut en premier lieu se faire une idée de ce que représente chacun des infirmiers et de ce qu'ils privilégient dans leur pratique.

Vous pouvez consulter la grille d'entretien que j'ai élaboré en Annexe 3 avant de prendre connaissance des résultats que j'ai pu en retirer.

1.2 Choix de la population

J'ai choisi d'interroger trois infirmiers et infirmières que j'ai rencontrés lors de mon stage à l'UHSA. Considérant que l'émotion était un sujet potentiellement difficile à aborder avec un inconnu, j'ai privilégié un public que j'ai déjà côtoyé professionnellement et avec lequel j'ai déjà abordé des sujets professionnels relevant de l'ordre de l'intime.

J'ai pu observer que ces trois professionnels ont des approches pratiques différentes du soin tout en parvenant à de bons résultats auprès des patients. Ils sont expérimentés et ont déjà derrière eux un parcours de plusieurs années en psychiatrie. Ce qui me conforte dans ce choix.

Afin de respecter leur anonymat je leur ai à chacun attribué une lettre, A, B et C.

1.3 Choix du terrain

L'entretien s'est déroulé en dehors de l'UHSA, dans un bureau d'une annexe administrative de l'hôpital pénitentiaire située à quelques pas des hauts murs de la structure à laquelle elle est affiliée.

J'ai fait ce choix d'une part car il était compliqué d'organiser des entretiens directement au sein d'une structure sécurisée comme l'unité hospitalière spécialement aménagée étant donné que tout matériel informatique et d'enregistrement y est prohibé. D'autre part, il m'a semblé intéressant que les infirmiers puissent s'exprimer en dehors de leur lieu de travail à proprement parlé.

Ces bureaux ont avant tout une fonction administrative, mais ils sont aussi un lieu de formation où les infirmiers ont l'habitude d'y mener des réflexions, fait qui a su confirmer la juste pertinence de ce lieu pour mener mon enquête.

1.4 Points forts et limites

Le temps d'entretien initialement prévu était d'une vingtaine de minute, mais ils ont duré entre quarante-cinq minutes et une heure. Par chance, les infirmiers avaient choisi un créneau adéquat ce qui leur a permis de s'autoriser ce dépassement horaire.

Connaissant les infirmiers, je demeure convaincu que cela a conduit à un échange facilité, plus franc et plus brut. C'était ce que je recherchais, je ne souhaitais pas spécialement que les infirmiers emploient un vocabulaire soutenu et très professionnel. L'objectif était surtout qu'ils s'expriment de la façon la plus personnelle, naturelle et objective qui soit.

Cependant, l'émotion est un sujet déjà très large et je n'ai pas été en mesure de proposer d'autres questions plus précises qui auraient porté sur les diverses stratégies que nous avons pu étudier ensemble à travers le cadre théorique : L'évitement, le coping, l'emploi de l'humour dans les soins.

2. Analyse descriptive de l'enquête

Tout d'abord, notez que la retranscription intégrale des entretiens menés est à votre disposition en Annexe 4.

2.1 Présentation des participants de l'enquête

2.1.1 Infirmier A.

A. travaille à l'UHSA qu'il définit comme une structure d'accueil à temps plein pour des patients atteints de troubles psychiatriques, il précise que la partie soin est exclusive aux soignants et que la partie pénitentiaire est quant à elle exclusivement réservée au personnel pénitentiaire. Il y travaille depuis l'ouverture de la structure en 2010, soit 7 ans au jour de l'enquête. Il est infirmier depuis 2006, soit 10 ans.

L'infirmier A. divise les patients en trois types : Tout d'abord les patients déjà psychotique à leur entrée en prison, puis les patients avec des troubles psychotiques ou du comportement qui se développeraient en prison. Pour finir, le troisième type serait plutôt orienté vers un effondrement dépressif et un risque suicidaire important.

Il. travaillait déjà dans le groupement hospitalier de l'UHSA et était déjà familiarisé avec la psychiatrie. Il a été attiré par ce projet en raison de l'aspect nouveau de ce type de structure en France, selon lui il existe un véritable besoin de soins psychiatriques auprès des patients détenus en raison des conditions de détention en France. L'idée de participer à la création de cette structure semble l'avoir séduit, d'autant que d'après ce soignant, les moyens investis dans cette unité sont plus importants et les conditions de travail sont meilleures que dans les services dit plus « classiques ».

Avant de devenir infirmier, A. a d'abord eu une carrière professionnelle dans le domaine du commerce où il s'est progressivement détaché de l'aspect commercial pour s'orienter vers l'assistance et le conseil. Suite à une rencontre qui lui a parlé du métier d'infirmier, il s'y est intéressé. Ce qui l'a intéressé c'est le fait « *d'être là, avec les gens dans un moment particulier de leur vie, dans un moment où ils ont moins d'attaches, moins de repères, où ils peuvent être désorientés, où ils ont vraiment besoin de ce lien-là d'humain* ». Finalement, ce sont les valeurs humaines qui l'ont convaincu à l'instar des valeurs plus techniques, « *La série urgence m'a très peu influencé (...)* » dira-t-il avec humour.

Pour exercer ce métier, l'important pour lui, c'est d'avoir des qualités d'écoute vis à vis du patient : « *l'écoute de la souffrance, des mots que le patient peut mettre sur son vécu* », mais aussi des qualités d'écoute vis à vis de l'équipe soignante ou de l'institution en général. Il mentionne aussi une qualité de remise en question, car lorsque l'on « *ne se remet pas en question, on reste avec ses erreurs et ses certitudes* », fait qui selon lui peut nous amener à devenir de mauvais soignants voir même conduire à de la maltraitance.

2.1.2 Infirmière B.

Cette infirmière exerce à l'UHSA qu'elle décrit très simplement comme un lieu de soin exclusivement réservé aux patients détenus. Elle exerce à l'UHSA depuis 2016, soit 1 an au jour de l'enquête. Elle est infirmière depuis 10 ans, « *ça fait mal* » dit-elle avec amusement.

Elle voit les profils des patients comme des personnes atteintes de psychose, de schizophrénie, de paranoïa, de syndrome dépressif et des psychoses maniaco-dépressives.

Pour ses motivations à intégrer cette unité, elle ironise en pointant l'avantage du travail en 12 heures, mais c'est surtout son parcours dans une Unité pour Malades Difficiles (UMD) qui l'a poussée vers l'UHSA, elle ne se voyait pas intégrer une unité ouverte après avoir connu une unité fermée. Elle souhaitait intégrer un service dans la continuité de sa carrière professionnelle. Aussi, les conditions de travail de l'UHSA lui semblent plus intéressantes en terme d'effectif soignant par patient. Pour elle, l'UHSA c'est plus de moyens et plus de possibilités que dans un service d'entrée, ce qui l'amène à la conclusion suivante : « *Il y a plus de potentiel dans tout ce qui est possible de réaliser* ». Elle a la sensation de se réaliser à travers une vraie fonction soignante, elle ajoutera : « *Ici, je suis un peu comme un peintre, j'ai plus de couleurs sur ma palette* ».

B. me dira qu'aucune valeur particulière ne l'a attirée vers cette profession. Elle m'explique son parcours et cet inextricable besoin d'avoir un diplôme pour s'intégrer à la société : « *Je me suis rendue compte qu'il fallait avoir un diplôme dans la vie (...) Je suis allée vers quelque chose qui me répugnait pas trop (...)* ». Son choix aurait aussi bien pu se porter sur d'autres professions soignantes comme kinésithérapeute ou ergothérapeute pour celles qu'elle a citées, mais pour des raisons financières et une crainte de connaître des difficultés à l'embauche elle s'est résignée et tournée vers le diplôme d'infirmière. Elle me confiera finalement que son choix s'est toujours porté vers l'humain, elle avait besoin de contact.

Pour elle, il y a quelque chose de très théologique dans le concept des valeurs, propos qu'elle étayera ainsi : « *Comme si je faisais don de ma personne, comme les Sœurs dans l'ancien temps... Je ne suis pas dévouée au travail* ». Néanmoins, ce qui compte pour elle, c'est faire du qualitatif, non pas du quantitatif, chose qu'elle n'a pas retrouvé dans le somatique mais bel et bien en psychiatrie selon ses propos.

D'après elle, il n'existe pas de qualités essentielles à l'exercice de ce métier. Elle abordera dans un premier temps la patience avant de revenir dessus : « *J'allais dire la patience, mais j'ai vu des infirmiers qui ne supportaient pas l'attente, pour autant ils ne donnaient pas de mauvais soins. C'est la finalité qui compte, pas forcément le chemin qu'on prend* ». Elle pointe plutôt du doigt l'importance de travailler dans une équipe diversifiée où chacun de ses membres est en mesure d'emprunter son propre chemin tout en allant vers un objectif commun. Elle m'explique que « *selon le patient, il peut avoir besoin de l'un comme de l'autre* » et qu'à « *l'école, on veut te formater : si tu rentres pas dans le format standard on te formate (...)* » mais elle considère que ce « format » n'est pas indispensable.

2.1.3 Infirmière C.

C. exerce elle aussi à l'UHSA qu'elle définit comme un lieu d'accueil pour des personnes incarcérées prévenues ou condamnées et ayant besoin d'une assistance pour une suite de soin ou une première décompensation. Elle précise que dans son unité elle travaille sur la resocialisation, avec pour objectif un retour en détention ou un retour dans la vie civile. Elle travaille à l'UHSA depuis 2011, soit 6 ans au jour de l'enquête. Elle exerce la profession d'infirmière depuis 2007, soit 9 ans. Elle aussi, trouvera que cette question « *fait mal* ».

Pour elle, l'UHSA prend en charge des patients prévenus ou condamnés, avec des motifs d'incarcération variables. Elle énumère les différents types de pathologies rencontrées à l'UHSA : schizophrénie, dépressions, états limites, psychopathie...

De prime abord, l'infirmière C. ne voyait pas l'intérêt d'une Unité comme l'UHSA, pour elle il était « *aberrant de prendre en charges ces personnes (détenus) sur le plan psychiatrique* », elle se questionnait beaucoup sur le rôle et le positionnement des soignants auprès de ce public qu'elle fantasmait comme étant des meurtriers, des infanticides, des matricides ou des violeurs, tout en étant largement influencée par l'image que cela représente dans notre société.

Après avoir fait le tour de son service, elle a eu envie de se diriger vers les urgences d'accueil, sans réussir à y entrer faute d'ancienneté en terme de pratique auprès de patients en crise. L'UHSA s'est alors présentée à elle un peu par hasard après que l'une de ses collègues qui y avait fait des heures supplémentaires lui en ai fait la description. Ce qui lui a donné le désir d'y rester ce sont tous les projets qu'on peut y mettre en place, il y a « *un vrai boulot de soignant à faire* », ce à quoi s'ajoute l'horaire en 12 heures, dit-elle.

En ce qui concerne l'infirmière C., elle m'explique qu'elle ne sait pas clairement identifier pourquoi elle s'est orientée vers ce choix professionnel. Il s'agit, comme pour l'infirmière B., d'un concours de circonstance à première vue, elle s'est orientée vers un Bac de Science Médico-Sociales sur les conseils d'une amie puis dans une suite logique elle a participé à une préparation au concours d'infirmier.

Son idée originelle, c'était d'être infirmière puéricultrice, s'immerger dans un « *monde de bisounours* », mais après une première année d'école d'infirmière le résultat escompté n'était pas au rendez-vous et elle souhaitait changer de voie. Rattrapée par l'une des formatrices de son institut de formation en soins infirmiers, elle décide de tenter sa chance en psychiatrie, événement qui confirmera son désir de poursuivre dans cette voie. Confirmation qu'elle explique par une correspondance du soin psychiatrique avec sa personne : Du relationnel, de l'écoute, de l'empathie et « *la capacité à s'oublier un petit peu* », c'est à dire mettre « *à distance (...) ses préjugés* » et « *faire la part* » entre ce qu'elle est « *à l'extérieur* » et la personne qu'elle est une fois la blouse portée. Ce qui maintient son choix professionnel, c'est aussi les « *petits trucs du quotidien* », les événements incroyables et touchants à la fois qu'on peut rencontrer dans les services de psychiatrie : « *Les actions que les patients peuvent te taper, entendre un patient incarcéré te chanter les « portes du pénitencier »* ». Finalement elle me confiera que c'est vers l'écoute, l'empathie, la créativité et l'absence de jugement qu'elle souhaite tendre, tout autant de valeurs qui l'ont rattrapée en découvrant la psychiatrie. Pour elle, ce choix de la santé mentale : « *t'y rentre par hasard, mais t'y reste pas pour rien* », c'est aussi tester ses limites, voir jusqu'où elle est prête à aller pour avoir cette capacité à prendre soin des autres.

Selon C., pour être infirmier, il est nécessaire de disposer de certaines qualités comme « *être attentif, à l'écoute, patient, calme* », mais aussi des capacités d'empathie, de confiance, de curiosité et « *la volonté de travailler et l'envie d'être là (...) et de la détermination* ». Néanmoins, elle me confie qu'elle ne connaît personne avec l'ensemble de ces qualités et, tout comme B, elle croit en la diversité, du pouvoir de « *se compléter les uns les autres* » et ne croit pas en la possibilité d'une équipe où chaque membre est conditionné à fonctionner de la même façon. D'un point de vue individuel, C me parle de l'importance de « *se connaître* », de la « *capacité d'adaptation* » et du « *être authentique* » qu'elle considère comme primordial : « *Si à un moment donné tu ne donnes pas un peu de toi, ce que t'es vraiment au fond de toi, ton patient il sait plus à quoi il peut se raccrocher* ».

2.2 L'émotion dans le soin

2.2.1 Infirmier A.

L'infirmier A. pense que quoi qu'il arrive l'émotion va d'elle-même s'attribuer sa place. Pour lui, nous ne disposons pas d'une faculté particulière à laisser ou non une place à ce que nous ressentons.

2.2.2 Infirmière B.

B. considère que tout dépend de comment nous percevons l'émotion dans le soin, il y aurait donc un facteur individuel. En ce qui la concerne, donner une place spécifique à l'émotion n'est pas primordial, elle l'envisage plutôt comme quelque chose d'automatique : « *Le fait que tu es un être humain et qu'en face t'as un être humain (...) C'est (l'émotion) inévitable* ».

2.2.3 Infirmière C.

C. considère que : « *Dans notre quotidien, la base de notre boulot : c'est les émotions* ». Importance principalement induite du fait que selon ses dires les patients ressentent des émotions qu'ils sont en incapacité totale d'exprimer : « *Ils (Les patients) ne savent pas comment les faire ressortir (Les émotions), à un moment, il va falloir que toi tu ailles les chercher et derrière il va falloir que tu n'en ai pas rien à foutre, sinon t'as aucune crédibilité* ».

Elle considère que de ce fait le soignant doit être en mesure de recevoir les émotions du patient et de les ressentir, par conséquent, l'infirmier doit bien se connaître, savoir ce que lui ressent selon la situation qu'il vit et quels sont ses propres ressentis : « *Tu peux passer par toutes les émotions imaginables (...) C'est super important de bien se connaître* ». Elle perçoit donc la place de l'émotion comme inaliénable et surtout comme prenant une part importante dans la prise en charge : « *Ne pas vouloir prendre ses émotions (celles du patient) je pense que c'est dangereux... Interdire à ton patient de te faire vivre ces émotions, je pense que ce n'est pas possible (...) Tu peux être inquiet pour un patient, si ça tu t'interdis de le ressentir, tu perds ton authenticité, tu biaises ta relation avec le patient* ». Elle précise toutefois qu'il est important de ne pas se laisser dominer par les émotions que le patient nous transmet ou nous fait ressentir. Pour conclusion elle me confie qu'elle a vu « *des gens qui refusent de travailler avec leurs émotions pour se protéger* » mais « *qu'à un moment donné ça t'atteint forcément* », selon elle dans ce cas de figure « *il faut changer de boulot* » : « *Tu bosses avec des êtres humains, tu ne peux pas t'en passer (des émotions). L'émotion c'est la base de la vie de l'être humain et si tu ne la considère pas tu vas droit dans le mur* ».

2.3 Le dépassement émotionnel

2.3.1 Infirmier A.

A. évoque des contre-attitudes diverses et variées à type d'agacement, de colère ou de violence. Une violence « *renvoyée par une situation, ou par un immobilisme en face, ou une attitude perverse si on veut vraiment aller dans le plus dérangeant* ». Il reconnaît très aisément s'être parfois senti débordé, sur le point de « *craquer nerveusement* » et d'avoir senti de la violence monter en lui. Il aborde des faits où il se serait senti « *sur la limite, très affecté, très touché* ». Il me confie aussi la peur qu'il a pu ressentir à certains moments tout en y voyant des bénéfices : « *La peur, ça nous protège, c'est essentiel dans notre métier. (...) ça (La peur) ne m'a jamais débordé, ça a plutôt déclenché en moi des choses utiles et pragmatiques* ». Toutefois, il reconnaît que la peur pourrait l'amener un jour à être « *complètement sidéré devant une situation* » qui pourrait le déborder. D'où l'intérêt selon lui de trouver des solutions pour éviter ce débordement « *comme un vase (...) il faut penser à vider un petit peu, faut écopper de temps en temps* ».

Ces émotions négatives il les ressent notamment lorsqu'il se trouve face à un patient avec un « *caractère pervers, empreint de sadisme* ». Il décrit ce lien : « *Le patient te prend par la main pour t'emmené dans le truc le plus nauséabond qui soit, tout en te souriant pour te faire comprendre que pour lui ça va, que c'est toi qui à un problème* ». Pour lui, cette situation n'est pas systématique, sans savoir réellement pourquoi, il est des jours plus propices que d'autres à la mise à distance de ce genre de discours. Les jours sans, il perçoit cette relation comme suit : « *Ça va nous remplir complètement, ça va rentrer à l'intérieur de nous, on se sent un petit sali, un petit peu violé psychologiquement (...) On s'en veut de s'être laissé emmené là* ». Dans ce genre d'instant, c'est la culpabilité et la colère qui l'accablent, de la colère à la fois auto-agressive et hétéro-agressive vis à vis du patient, et c'est aussi « *l'impression de s'être mis dans une impasse et qu'il n'y a rien à faire* ».

Un sentiment d'impuissance selon lui : « *L'impuissance (...), ça peut être vraiment dérangeant* », des scènes qui émergeraient majoritairement lors des entretiens par ailleurs. « *Et pourtant, ça arrive plein de fois* » ajoutera t-il avec amusement. Ce sentiment il le vit après de nombreuses actions pour parvenir à obtenir le meilleur pour un patient. Quand il en arrive à la conclusion suivante : « *On s'est complètement trompé, et de toute façon ça ne mènera à rien* », alors, à ce moment là « *L'impuissance laisse la place au découragement, et là c'est dur quand même...* ».

2.3.2 Infirmière B.

L'infirmière B. s'est elle aussi sentie dépassée, elle me confie une situation qu'elle attribue à son jeune âge au moment des faits (vingt-quatre ans). Pour cause : le passage à l'acte d'un patient de son service qui s'est traduit par le viol d'une autre patiente pendant son temps de travail : « *La patiente avait mon âge... Quand t'as vingt-quatre ans, t'as pas de recul en fait* ». Elle m'explique que la complexité de cet événement était majorée du fait que tout s'est déroulé sur un week-end, sans présence médicale : « *Tu te demandes ce que tu fais de la patiente et du patient qui l'a violée* », puis elle ajoute : « *Le patient, je m'en occupais plus, ça c'est clair* ». Son ressenti vis à vis du malade s'est effectivement trouvé changé et hostile selon ses propos : « *Quand je le voyais, il me répugnait complet, et ça se voyait tellement que toute neutralité avait disparue (...)* Je sentais que je ne pouvais pas ne pas lui transmettre ce que je ressentais : *Ah ! J'avais envie de lui dire qu'il était dégueulasse !* ». Les émotions négatives étaient donc bien présentes, surtout « *après coup* », dit-elle. Elle confirme à nouveau que cet envahissement émotionnel est principalement dû à son âge : « *C'est parce que j'avais vingt-quatre ans, aujourd'hui je ne pense pas que je pourrais être face à cette situation* ».

2.3.3 Infirmière C.

Pour C., ce dépassement n'est pas méconnu non plus. Elle aborde avec moi son expérience avec un patient mineur avec lequel elle s'est retrouvée dans une position qui n'était selon elle « *plus du tout une bonne position* », où elle avait perdu son rôle soignant. Elle agrmente son propos : « *Il a fini par me lancer : « Toi, tu pourrais être ma sœur », alors tu recadres mais... (Silence) Il m'a embarqué dans son truc petit à petit (...)* ». Elle traduit par la suite ce dépassement émotionnel : « *Quand j'étais pas au boulot physiquement, j'y étais quand même dans ma tête parce que ce patient-là, je l'emmenais avec moi tous les soirs (...) Je prenais trop à cœur ce qui pouvait se passer dans sa vie (...) Il y a eu des fois où quand je rentrais chez moi j'étais totalement vidée, en colère (...), j'avais envie de pleurer (...). Je me suis mise à vivre ce que lui ne pouvait pas ressentir (...). Quand il était pas bien, j'étais pas bien* ».

L'émotion négative, C. l'a aussi ressentie après une agression d'un patient à son encontre durant son service. Elle dit avoir eu peur, puis revient sur ses paroles : « *Non, non. Sur le moment, j'ai strictement rien percuté (...) Et après j'ai eu très peur et je pensais que ça allait s'arrêter à la peur* ». Suite cet événement, une émergence de colère s'est installée, d'abord vis à vis des médecins et de l'encadrement, puis contre le patient. Elle explique pourquoi : « *Parce que j'ai pas compris, j'ai pas pu anticiper et que j'ai rien pu gérer à ce moment-là* ». Lorsqu'elle a de nouveau été confrontée à ce patient, de violentes pulsions l'accaparaient : « *J'avais qu'une envie, c'était de lui taper dessus, c'était la première fois que...* (Silence) ». Elle ajoute : « *On sait que ça fait partie des risques du métier* ». Elle me répète alors que cette fois, elle n'a pas su gérer ou plutôt qu'elle a géré cette situation « *comme elle a pu* ». La difficulté de reconnaître cette colère vis à vis du patient était présente, mais aussi la culpabilité : « *Je me suis vraiment sentie coupable (...) Je m'en voulais aussi, énormément, de ne pas pouvoir aller au-delà de cette colère, de ne pas pouvoir fonctionner avec lui comme je fonctionnais avec les autres* ». Puis la situation s'est arrangée lorsque les événements ont été revus avec le médecin et le patient. Toutefois, elle me raconte que « *Dans l'unité, il y a toujours des personnes qui sont en colère contre lui (le patient) par rapport à ce qui s'est passé* ». Quatre ans, c'est le temps qu'il lui a fallu pour mettre ses ressentis de côté, m'explique-t-elle.

Pour finir, elle me dit à propos de cette situation : « *T'as beau penser à la théorie, te dire que c'est la blouse blanche qu'on attaque et pas toi (Silence)... J'étais en incapacité totale de penser ça. Tu ne veux pas, et t'es en incapacité totale de faire ça* ».

2.4 Gestion de l'émotion

2.4.1 Infirmier A.

Comme rempart à ces émotions envahissantes A. se confie en post-entretien avec le médecin, prend du temps avec ses collègues pour connaître leurs ressentis « *pour savoir (...) si c'est lié à moi, mon histoire, ma journée, mon humeur* ». Se confier, oui, mais pas auprès de n'importe qui. Lui préfère choisir une personne avec laquelle il « *s'entend bien professionnellement* » ou alors auprès de son binôme aide-soignant car lui le « *connaît humainement (...), saura faire la différence entre son ressenti (...) et cette contre-attitude* ». Il évoque le « *risque* » de livrer ses émotions, risque qui prendrait la forme de jugement, que « *la personne confonde, ne distingue pas ce qu'on est au fond* ». A. me parle aussi des supervisions avec un psychologue qui « *fait l'effort de bien faire le distingo entre les éléments rapportés (...) et la nature de la personne* », une personne qu'il ne voit pas en dehors de ces temps d'échanges. La difficulté réside toutefois dans l'idée d'avoir à se livrer devant toute l'équipe : « *C'est bien et c'est pas bien. (...) C'est bien quand c'est bien compris (l'exercice de la supervision et l'absence de jugement) (...) Ça permet de mieux comprendre ses collègues et d'encore mieux travailler parce qu'on est dans la confiance, parce qu'on sait jusqu'où l'autre peut aller et revenir* ». Lorsqu'il est amené à faire ces supervisions avec des gens qu'il ne connaît pas professionnellement, les choses se compliquent : « *Je pense qu'il faut réfléchir à ce moment-là (Présence de soignants méconnus) (...) Éviter de passer pour un hystérique complet ou quelqu'un qui donne l'impression d'être toujours débordé par ses émotions* ». Pour lui, définitivement, le mieux reste d'en parler avec son binôme grâce à cette « *proximité journalière* », ou auprès d'un soignant avec qui il partage « *plus d'affinités en matière de lecture clinique* ».

A. m'affirme que dans la majeure partie des cas, il n'y a pas à « *faire l'économie de la confiance* » mais que cette confiance n'est pas forcément indispensable : « *Il ne faut pas psychologiser n'importe quelle situation, parfois il y a un moment difficile, on s'est mal levé le matin* ». Pour cet infirmier, le fait de garder certaines émotions pour soi peut avoir sa place : « *C'est pas forcément de la rétention (...) quand on sait qu'on est assez fort pour passer au-dessus* ».

Pour gérer les émotions contre-productives en entretien médico-infirmier, A essaie de se « *contenir* » car dans le cas contraire il ressent une perte de confiance en lui. Il m'explique : « *Je fais très attention à ce que je dis, à ce que je fais, aux gestes, aux postures que je peux avoir en entretien* ». Il parle alors de « *Pause faciale, verbale et d'expression* » avec une certaine touche d'humour. C'est ensuite auprès du médecin qu'il va pouvoir se confier après l'entretien : « *Il faut vite que je le dise, ça peut pas se régler seul, et dès que je le dis : La tension diminue* », il précise qu'après la confiance : « *On n'est plus dans l'agir (...) On est vraiment dans le post-entretien et ça y est : la porte s'est refermée et là je peux reprendre une fonction soignante* ». Cette « *technique* » il l'interprète comme une manière de « *ramener les choses au professionnel* », toutefois il tempère en évoquant que c'est la fonction soignante qui est attaquée, non pas la personne derrière le soignant, pour lui l'attaque personnelle est d'ailleurs moins difficile à gérer.

Lorsqu'un patient renvoie à une inefficacité soignante, les choses deviennent dès lors plus complexe pour A. : « *Quand on est attaqué sur un registre professionnel, le risque c'est que ça prenne le pas sur ce qu'on est vraiment, notre personnalité, notre nature profonde* ». Il revient sur la nécessité parfois de se confier : « *S'adresser à un membre de l'équipe tout de suite, c'est pour moi la meilleure chose à faire* ».

Par ailleurs, l'essentiel pour A. c'est « *ce qu'on fait* » de l'émotion et ce qui est « nécessaire pour le soin ». De son point de vue, l'émotion est un apport nécessaire tant que le soignant est à l'écoute de ce qu'il ressent, c'est se demander « *quand elles arrivent, comment elles viennent, quelle est l'intensité et pourquoi elles viennent à ce moment et pourquoi avec telle personne* ». C'est aussi savoir quel type d'émotion nous affecte, de la colère à la tristesse, pour celles qu'il cite. Selon cet infirmier, comprendre ce qu'on ressent est une aide pour soigner l'autre et l'émotion est indispensable : « *Ça nous amène à affiner notre pratique parce qu'on s'adapte à l'autre, quand on analyse au mieux ce qu'il nous fait ressentir* ».

2.4.2 Infirmière B.

Pour gérer ses émotions, B. s'est confiée auprès des médecins et de ses collègues : « *Je leur ai clairement dit que je le trouvais dégueulasse, j'ai pu le dire : je le trouvais immonde et dégueulasse, complètement* ». Elle dit ne pas avoir été affectée plus que ça par cet événement une fois rentrée chez elle mais elle confie qu'elle s'est néanmoins demandé si elle avait bien fait son travail et mis en place les bonnes actions pour protéger la patiente. La confiance auprès de l'équipe aurait porté ses fruits d'après B. : « *Une fois que j'avais déversé mon venin (...) ça allait mieux quand même* ». Le médecin aurait par la suite expliqué au patient que B. ne pouvait plus s'occuper de lui suite à ces événements.

Tout comme A., l'essentiel pour B. repose sur la compréhension de ses propres émotions et c'est d'ailleurs cette identification de ses ressentis propres qui lui a permis de pouvoir prendre en charge l'une de ses patientes, expérience dont elle me fait le récit : « *J'arrivais pas à m'en occuper (patiente incarcérée pour infanticide) parce que je n'avais pas analysé ce que je ressentais vis à vis d'elle. (...) Je laissais volontiers ma place aux autres pour ne pas qu'il y ai d'impact sur sa prise en charge. (...) Je ne sais pas ce que c'est de perdre un enfant, et elle me parlait toujours de la perte du sien. C'était très pervers. Puis lorsque j'ai pu analyser mes ressentis, j'ai pu m'en occuper et la prendre en charge* ». L'histoire racontée par ce récit ce serait déroulé sur deux ou trois semaines. Elle conclura : « *Le tout c'est de faire la différence entre ce qui se passe au travail et chez toi (...) De pas ramener ça chez toi* ».

B. revient sur son expérience durant laquelle un patient a commis un viol pendant son service à l'encontre d'une patiente et où elle a dû faire face à des ressentis négatifs. Malgré les émotions induites par cette expérience, elle a posé les choses : « *Je me suis dit que le patient est « mal », « dangereux » pour lui-même et les autres* ». Elle s'est aussi questionnée : « *Est-ce qu'il est délirant ? Est-ce qu'il peut recommencer ?* ». Suite à cela, elle a mis des « *barrière* » en place. Pourtant, les émotions étaient bien présentes « *surtout après coup* », dit-elle. Ce n'est que le lendemain qu'elle a pu en parler sur son lieu de travail, avec les médecins et ses collègues.

À ce jour, elle m'explique qu'il lui arrive de « *pester* » contre certains patients et d'être « *virulente* » dans le bureau infirmier : « *Je dis : « Il est moche, il m'énerve » !* » rira-t-elle. Selon elle, on ne peut pas avoir une pensée lisse, et libérer ses émotions c'est le moyen qu'elle a trouvé pour les décharger : « *Parfois je râle dans le bureau, mais je surjoue, ça me fait du bien, ça m'amuse... Il faut aussi s'amuser, il faut rigoler. Ça fait tenir* », propos qu'elle argumente : « *Tu ne peux pas tout le temps être sérieux à fond, avoir tout le temps la bonne parole, la bonne pensée... C'est des menteurs les infirmiers qui te disent ça* ».

2.4.3 Infirmière C.

Par rapport à la situation elle « *ramenait le patient chez elle* », C. a fini par comprendre que toutes ces émotions ne lui appartenaient pas en partie grâce à l'intervention de tierces personnes (collègues) et notamment l'une de ses amies exerçant elle aussi dans la santé : « *J'ai commencé à en parler à une pote (...) Elle m'a dit que je tournais en boucle, que j'étais plus à ma place de soignante* ». Selon elle dans cette situation, trouver la juste distance, se confier à ses collègues soignants pour qu'ils prennent le relais et se remettre en question sont les solutions qu'il faut privilégier : « *J'en ai parlé à des collègues, j'ai choisi ces collègues (...) Il a vraiment fallu que j'en parle parce que ça devenait difficile pour moi d'aller au boulot. Pas énormément de gens l'ont su au final* ». Cette mise à distance avec le patient ne fut pas simple pour elle, mais elle affirme avoir pu reprendre progressivement sa place de soignante. Aussi, elle insiste sur l'importance de faire comprendre au patient « *que chacun doit reprendre sa place* », tout en précisant que dans cette situation le patient l'aurait bien mieux vécu qu'elle.

2.5 Congruence et incongruence

2.5.1 Infirmier A.

L'infirmier A. fait directement le lien avec ce qu'il disait quant à l'émotion : « *Est-ce qu'on lui laisse une place ? Ou est-ce que c'est elle qui prend sa place ? Je pense que l'émotion prend sa place* ». Selon lui, l'idée de contenir ses émotions, de ne pas les dévoiler n'empêche pas de ressentir mais surtout montre à l'autre que l'on ne veut pas ressentir : « *Le manque de congruence est vite pointé du doigt par des patients parfois complètement psychotiques et détachés de la réalité (...) Qui vont vite voir qu'on ne croit pas à ce qu'on dit, à ce qu'on paraît* ». Pour A., le soignant est le point de référence de la réalité pour certains patients et cette congruence est « *une première image de la réalité qu'on doit leur renvoyer* ». L'absence de congruence induit selon lui que le soignant se plongera dans une « *réalité biaisée* ». Pour A., la congruence permet la relation authentique et surtout : « *de se mettre à l'abri d'un patient qui va se rendre compte de l'absence de congruence* », ce qui entacherait alors toute la relation que le soignant peut avoir avec son patient. Cet infirmier m'explique par ailleurs qu'il ne serait pas en mesure de se passer de la congruence dans son métier. Toutefois il tempère : « *Être congruent, ce n'est pas mettre sur la table toutes ses émotions de manière brute et transparente* ». C'est plutôt la mise en œuvre d'un discours en phase avec ce que le soignant souhaite apporter au patient, il donne un exemple : « *Si on ressent de la colère et qu'on est capable d'adopter un discours précis, cadrant et soignant avec la personne : on sera congruent. (...) Il n'y a aucun problème d'authenticité ou de mensonge* ».

Pour A., la congruence ce n'est pas « *être totalement « open » et en prise directe avec l'autre* » : il aborde l'idée du phénomène de transformation des émotions qu'il compare à la fonction alpha et beta de bion (où la mère accueille le pleur du nourrisson pour le renvoyer dans une élaboration autre et atténuée). Un travail de transformation essentiel selon cet infirmier qui considère que la congruence repose sur la restitution filtrée de nos propres émotions. Il argumente son propos : « *Si on se laisse déborder, c'est là qu'on va rendre de manière brute et violente, et où on va être dans une contre-attitude sans filtres* », et pour conclure : « *Si on est conscient de cette contre-attitude (...) Et qu'on renvoie ces éléments négatifs (...) d'une autre manière mais en vivant malgré tout cette colère : Il y a de la congruence* ».

Toutefois, l'incongruence, A. la vit malgré tout dans des situations où il va manquer d'espoir pour un patient donné : « *Je ne vais pas réussir à porter cet espoir pour lui parce que j'y crois pas, parce que j'ai l'impression qu'il n'y a rien rien à faire, qu'il fera partie de ces patients-là qui sont un peu perdus et vont s'écraser sur le dernier mur de l'hôpital* ». Il met aussi des mots sur les ressentis qui accompagnent cette incongruence : « *Ce truc là qu'on voit en noir, où on se désespère du patient le plus lourd du service, où on voit pas d'issues (...). Clairement j'ai pu manquer de congruence quand je m'adressais à lui pour lui dire « Allez, faites un effort, ça va bien s'arranger ! » (Rires). Ça a du se voir (qu'il était incongruent)* ».

Cette situation n'est pas rare d'après ses dires, beaucoup de patients dans ce cas de figure ont croisé la route de cet infirmier d'après son récit, pour autant cet état de fait n'est pas irrémédiable mais demeure difficile pour lui : « *Il faut travailler là-dessus (...), travailler sur cette perte d'espoir, se satisfaire du mieux... Du moins pire plutôt. C'est quand on commence à se satisfaire du moins pire que je commence à vaciller un peu, et pour porter l'espoir vers l'amélioration c'est dur, c'est un peu « fake » (De l'anglais : « Faux »). C'est se sentir « fake » pour moi quand on est pas congruent (...). C'est être faux quoi ! C'est bidon ! Ton engagement il est bidon, t'y crois pas vraiment* ». A. considère que « *faire semblant* » ne rend pas service au patient : « *Le patient il s'en fout de ce que tu lui dis, toi, ça t'apporte pas grand-chose (...) et tu t'en fous de ce que tu lui dit. Tout le monde s'en fout ! Et les gens se parlent plus comme ça* ». Il revient alors sur l'importance de la remise en question, « *sinon, on est foutu* », de ne pas « *avancer avec la certitude que (...) ta façon de faire (...) n'est pas moins bonne qu'une autre, que tu vois pas pourquoi tu te demanderai ce qui ne va pas* ». Pour conclure il termine sur ces propos : « *Ça peut ressembler à du chipotage (...), mais c'est du chipotage indispensable et une oxymore* ».

2.5.2 Infirmière B.

Pour B., la congruence à toute son importance dans le soin. Elle m'explique que dès lors qu'elle sait ce qu'elle ressent et pense lorsqu'elle s'adresse à un patient : Il y a congruence : « *Je ne serais pas congruente si je te disais que j'ai la pensée lisse (...), que tout ce que je ressens de négatif je l'étouffe, que quand je suis au travail, je mets mon petit masque et je suis l'infirmière idéale* ». Elle ne se prive pas de faire part au patient de ses émotions négatives : « *Quand un patient me saoule, je lui dit* » Pour elle c'est un moyen de les renvoyer à la réalité : « *Il faut qu'ils se rendent compte qu'ils ont un être humain en face. Et que l'autre être humain en face a des limites, donc si lui (le patient) n'est pas capable de poser des limites, l'autre le fera* ». Elle précise ses dires : « *Je n'ai pas l'impression de me cacher derrière un masque quand je « gronde » un patient, je vois avant tout l'intérêt du patient. Je crois à ce que je fais, et je crois que c'est bien pour le patient* ». Elle évoque la possibilité qu'on peut en tant qu'infirmier être confronté au fait de devoir faire des choses à la demande d'une autre personne, sans que l'on croit en l'intérêt de l'acte en lui-même.

Selon elle la bonne posture c'est de mettre les choses à plat avec le patient et travailler autour de l'intérêt de la prise en charge en question avec lui pour faire évoluer la situation. Elle aborde ses débuts comme infirmière, le temps où elle « *avait un masque professionnel parfait* », jusqu'à ce qu'une expérience la fasse changer : « *J'ai eu un patient qui me demandait toutes les minutes sa cigarette (...), il m'a vraiment mise à bout. (...) Jusqu'au moment où il m'a dit : « Quand vous en aurez marre que je vous le demande, vous me le direz et j'arrêterai ».* (...) *J'ai dit « Oui, j'en ai marre », il m'a répondu « Bon c'est une clope par heure, je reviens dans une heure ».* Et là tu te dis... « *Ah ouais ! Je vais tous leur dire qu'ils me saoulaient !* » (rires) (...) *Je rigole mais parfois faut vraiment les mettre dans la réalité* ».

Pour elle « *prendre des pincettes* » c'est surprotéger les patients et ce n'est pas forcément bon pour le patient, elle précise que tout dépend de la personnalité du patient et de la sensibilité qui lui est propre : « *Si quelqu'un est ultra sensible, faut pas lui rentrer dedans c'est clair, ce serait contre-productif* ». Elle conclut : « *C'est bien pour eux (Les patients) qu'ils entendent que la personne en face à des limites. C'est un autre angle de voir les choses.* »

Néanmoins elle se sent parfois incongruente dans le cadre du respect de la cohérence d'équipe pour « *que le patient se rende compte que l'équipe est solide. Quand une chose est décidée, elle est décidée, même si je suis pas d'accord je vais aller le faire* ». Pour autant ça ne va pas l'affecter plus que cela et elle n'aura pas la sensation d'agir à contre-cœur. Elle finira par dire que ce n'est peut-être pas de l'incongruence finalement : « *Parce qu'il y a la congruence de l'équipe aussi. (...) J'accepte la cohésion d'équipe* »

2.5.3 Infirmière C.

C. est en accord « sur le fond » avec cette définition de la congruence dans la mesure où elle considère l'authenticité comme « la base » : « *Il faut être fidèle à ce qu'on est, ce qu'on ressent* ». Toutefois face à l'imprévisibilité des patients, il y a des choses que l'on peut dire et d'autres non : « *Tu peux pas te permettre de dire tout ce qui te passe par la tête, un patient qui t'emmerde, tu peux pas lui dire « Putain tu me fais chier », tu vas lui mettre les formes. C'est aussi ça être congruent, vis à vis du patient, de soi et de son statut de soignant* ». Elle est favorable à l'idée qu'il n'existe pas de « *masques soignants* » mais qu'il demeure un point d'accroche propre aux soignants, comme les protocoles par exemple, protocoles sur lesquels elle s'appuie pour homogénéiser sa prise en charge : « *Parfois, t'es obligé de l'appliquer (Le protocole), t'as beau être toi et être authentique (...) Tu te fies aussi aux règles qu'on te donne, aux règles de l'hôpital* ».

L'infirmière C. retrouve tout comme B. une certaine incongruence à travers le cadre du travail en équipe, à travers une décision allant à l'encontre de sa vision personnelle de la prise en charge. Elle me fait part d'une expérience où elle devait donner un traitement qu'elle jugeait inefficace à un patient : « *Je ne pouvais pas lui dire que son traitement servait à rien, je ne serais plus soignante autrement* », lorsque le patient cherchait à comprendre l'importance ou non du traitement en question, elle répondait par l'affirmative sans réelle conviction. Elle considère que ce genre de situation reste rare et ne s'installe que lors des désaccords vis à vis des prises en charge (en particulier concernant les traitements) : « *Comment je peux arriver à le convaincre alors que j'y crois pas ?* ». C. aborde la culpabilité ressentie lorsqu'elle assure au patient que le traitement est bon pour lui alors qu'elle-même n'y croit pas, bien qu'elle n'ait jamais eu à faire face à une situation où le patient s'en soit rendu compte.

Le sentiment d'impuissance fait aussi son apparition dans le discours de cette infirmière : « *T'as le sentiment (...) que quoi que tu fasses, quoi que tu dises, la fin est déjà écrite* », alors elle s'accroche, son discours demeure positif mais il lui arrive de ne pas être convaincue par ses propres paroles, alors elle enjolie « *un petit peu le truc* (ses propos) » et utilise un discours « *typiquement soignant* ». Passer le relais à quelqu'un qui lui y croit, en parler à ses collègues, sont les solutions qu'elle semble privilégier. La relation qu'elle entretient avec le médecin de son unité joue un rôle essentiel pour C. mais il peut arriver qu'elle soit en désaccord total avec lui. Elle choisit dans ce cas de figure d'orienter le patient vers lui.

2.6 L'infirmier solide comme un roc

2.6.1 Infirmier A.

A. perçoit l'idée de la solidité à travers les convictions, la posture soignante et l'envie de bien faire, cependant cette idée dans la mesure où l'on peut recevoir de fortes émotions sans jamais bouger et en demeurant imperturbable lui semble illusoire. Il dit : « *Le roc solide c'est un peu désespérant, car c'est là où les choses viennent s'écraser. Je ne me sens pas solide comme un roc (...), en plus ça laisse aucune chance aux bouteilles à la mer car ça pourrait les casser* (rires) ». Plutôt que « solide comme un roc », il préfère une autre image dont lui a parlé un psychiatre, le canapé : « *On peut se vautrer dedans, sauter dedans (...), s'affaler dedans. (...) Quand on s'enlève du canapé, le canapé reprend sa forme ! À nouveau avec cette forme accueillante, avec cette assise ferme, ses accoudoirs et ses possibilités de se détendre* ». Le canapé a néanmoins ses faiblesses selon les dires de A., son assise se creuse, il s'use, ce qui ne l'empêche pas de garder sa fonction de canapé.

2.6.2 Infirmière B.

« *Je trouve ça nul* », c'est ce que répond B. lorsque j'aborde la solidité du roc. Elle fait immédiatement le lien avec les infirmières ayant vécu un burn-out, car cette image ferait alors d'elles de mauvaises infirmières. Elle revient sur le bénéfice apporté par la diversité des personnalités, la complémentarité des équipes : « *Il y a des personnalités très fragiles et ces personnalités peuvent être utiles et être très bénéfiques dans une équipe* », puis elle ajoutera avec ironie : « *Elles ramassent grave, mais elles sont utiles (rires)* ». Elle considère que c'est à l'équipe de faire en sorte que ces personnes plus sensibles ne deviennent pas des « sacrifiées » avant de conclure : « *T'as pas à être solide comme un roc, tu dois juste être fidèle à toi même, te faire confiance* ».

2.6.3 Infirmière C.

C. ne se retrouve pas dans l'idée du roc car celui-ci ne casse jamais, est trop rigide : « *Le roc à toujours la même présentation, il n'y a pas moyen de négocier, il bouge pas, reste identique* ». Elle propose plutôt l'idée de la « *main de fer dans un gant de velours* » qu'elle visualise comme suit : « *Être à la fois assez solide pour recevoir ce que le patient va te déposer et (...) suffisamment honnête pour accepter que tu puisses avoir des failles, des faiblesses et des difficultés* ». D'après C., personne n'est en mesure d'être ce roc solide et incassable. Même si elle n'a pas la sensation d'être endommagée par les discours des patients elle considère que chaque récit de ces derniers laisse une petite marque qu'elle définit ainsi : « *Chaque petite marque est un bénéfice supplémentaire qu'on peut réutiliser ensuite, ces petits accrocs là font partie de notre apprentissage et peuvent nous permettre de faire évoluer les patients* » avant d'ajouter pour conclure : « *Solide comme un roc, oui, mais avec cette possibilité d'évoluer et de s'adapter* ».

V. Analyse interprétative

1. Prologue

Comme il l'a été évoqué à travers le cadre théorique de mon travail, l'infirmier est à la fois une personne morale mais aussi une personne physique. L'intégrité de sa personne physique se voit partiellement influencée par différentes données comme sa culture, son vécu ou ses expériences personnelles par exemple.

Tout comme nous apprenons à le faire pour nos patients, chez lesquels nous nous interrogeons quant aux facteurs sociologiques pouvant influencer la relation que nous entretenons avec eux, il m'apparaît essentiel de se positionner sur les éléments personnels qui peuvent nous entraîner à renvoyer des émotions contre-productives aux patients.

L'émotion et nos ressentis ont leur part de responsabilité dans le lien que nous entretenons avec nos patients si l'on se réfère au cadre théorique et à l'enquête de mon travail. Je crois qu'il ne faut pas en faire un tabou, ni même se faire juge de ce que d'autres soignants décident de livrer et de recevoir des patients. C'est pourquoi je tiens à évoquer la situation suivante :

Alors que j'étais en première année de formation en vue de l'obtention de mon diplôme d'infirmier, je fus confronté à ma première interrogation quant au positionnement des soignants vis à vis des patients. J'effectuais mon tout premier jour en blouse blanche sous l'étiquette de l'étudiant infirmier, dans les couloirs du service de médecine gériatrique dans lequel je me formais, est venu résonner l'écho d'une voix qui me marquera pour le reste de ma formation : « *Alors mamie ? On a la merde au cul ?* ». J'ai retourné ces mots dans tous les sens possibles et imaginables, j'ai jugé cette soignante, je crois même l'avoir rejetée en bloc et puis j'ai fait de cette situation ma première analyse de pratique. J'ai essayé de me demander : « *Comment peut-on en arriver là ?* ». Cette démarche, d'évoquer par écrit cette situation m'a finalement permis de « cracher mon venin » sans vraiment émettre de réelles hypothèses.

Cette soignante a été formée, elle a été sensibilisée et qui plus est, elle savait bien me parler du respect de la dignité des patients, de leur confort et de leur bien-être. J'en suis arrivé à la conclusion qu'elle ne se rendait pas compte, que c'était une mauvaise soignante et qu'elle n'avait pas sa place dans notre profession. N'ai-je pas tiré des conclusion trop hâtive ?

Il paraît évident que les mots et le comportement de cette soignante n'ont pas leur place dans l'exercice de notre profession. Néanmoins ce que je tiens à souligner, c'est que je ne m'étais pas vraiment demandé ce que vivait cette personne dans son métier : La souffrance de l'autre l'affectait t-elle au point qu'elle en arrive à renvoyer une telle violence ? Que vivait cette soignante au quotidien dans son travail ? Une situation et des questions qui aujourd'hui, à travers l'étude du sujet viennent m'interpeller et justifient peut-être mon choix pour ce sujet d'étude : Les émotions.

2. La place des émotions à travers les soins infirmiers

Les trois soignants interrogés ont une perception différente des émotions et de leur intérêt dans le soin. Cependant, tous les trois s'accordent à dire que l'émotion a toute sa place dans notre pratique soignante pour peu qu'elle soit clairement identifiée. Je rejoins leur avis. On ne peut s'interdire de ressentir, cela reviendrait à se considérer comme une machine à « soigner » à adopter un discours protocolaire sans consistance qui ne tiendrait pas compte de l'humanité et de l'individualité du patient. Selon moi soigner, comme l'a si bien dit A., c'est « *être là, avec les gens dans un moment particulier de leur vie, dans un moment où ils ont moins d'attaches, moins de repères, où ils peuvent être désorientés, où ils ont vraiment besoin de ce lien-là d'humain* ». Des propos qui illustrent parfaitement l'importance de cette humanité qui nous est propre.

Travailler avec ses émotions, c'est donc honorer sa part d'humanité mais surtout elle permet la congruence d'après le concept de Carl Rogers. Nous avons vu que selon Litaer : « *Le thérapeute sert de modèle : sa congruence encourage le client à prendre lui-même des risques, pour devenir lui-même* ». Cela démontre bien que cette émotion et l'authenticité de l'infirmier invoque sa capacité à soigner et à permettre de nouer un lien de confiance avec le patient, ce qui met en exergue la juste place de l'émotion en situation de soin.

Il n'y a donc pas de congruence sans émotion. Au-delà de l'intérêt individuel de ce concept la congruence favorise la diversité des caractères et des personnalités exerçant dans un seul et même service. Car de toute évidence : C'est notre authenticité qui fait de nous des êtres dissociables les uns des autres. Comme B. je crois en la nécessité d'une congruence d'équipe que je nommerais plutôt, à titre personnel, « cohésion d'équipe » et qui correspondrait à un ensemble de soignants exerçant un ensemble d'activités avec un objectif commun, et où chacun respecte ce que l'authenticité de l'autre peut apporter. C'est aussi la raison pour laquelle je m'accorde sur les propos de A. concernant l'importance des qualités d'écoute dans notre métier, vis à vis du patient d'une part mais aussi vis à vis de l'équipe soignante et de l'institution.

Comme l'a dit B. durant notre entretien, la place que nous donnons aux émotions, notre sensibilité propre varie d'une personne à l'autre. La perception de nos émotions est très largement influencée par la vision que nous avons de notre monde, par notre culture, nos expériences et ce que peuvent nous renvoyer certaines pathologies. On aurait pu imaginer le pire pour C. qui associait les patients à l'image des meurtriers, des infanticides, et des violeurs que peuvent véhiculer nos médias. De ce fait, on pourrait alors penser que les émotions qui ne sont pas en adéquation avec les soins, pourrait conduire à de la maltraitance et entraver le bon déroulement des soins.

Pourtant, ce n'est finalement pas le cas pour C. qui a su donner la bonne place à l'émotion dans sa pratique et lui trouver une véritable utilité. Face à des patients ne parvenant pas toujours à exprimer leurs ressentis, elle vit leurs émotions et s'autorise à s'inquiéter pour eux. Je crois que c'est excellente façon de mieux comprendre le patient, de repérer l'urgence et de trouver une véritable motivation pour investir le soin du mieux possible. Elle explique « *qu'on ne peut pas s'en foutre* », et cela souligne bien le regard que je porte sur ce que peut nous livrer le patient, ne pas s'en moquer c'est se laisser toucher émotionnellement par ce que le patient souhaite nous déposer, se laisser toucher dans certaines limites que nous observerons plus loin dans mon travail.

L'émotion peut donc nous amener au meilleur comme au pire. L'infirmière C. travaille avec ses émotions qu'elle considère comme une base de son métier. Pour autant, ces émotions qui s'immiscent en nous, parfois sans même que l'on s'en aperçoive, peuvent nous amener à devenir maltraitant, incongruent, et à fuir notre rôle infirmier. Comme l'a dit A. : « *On peut travailler avec les émotions, à condition qu'elle ne nous envahisse pas et qu'on n'en soit pas esclave... Sinon, on est foutu* ».

3. L'impact des émotions sur l'infirmier et les soins

Michel Delbrouck l'a bien expliqué, le choix même de la profession qu'est la notre est un éventuel facteur de fragilité. Le soignant peut souffrir et la souffrance de l'autre peut être si insupportable qu'il m'apparaît évident que l'on peut en arriver à préférer nier l'humanité de celui que nous soignons, ou plutôt, de celui que nous voulions soigner en sortant de l'école : Le patient. Faire le déni de l'humanité du soigné, c'est aussi, d'une manière plus ou moins consciente, rendre sa souffrance plus acceptable. Pour autant, une telle attitude n'est finalement que le reflet de notre propre souffrance, de notre propre impuissance face au déclin du patient, voire même de notre propre dégradation ou celle de ceux que nous aimons.

L'origine de cette souffrance peut trouver sa source à travers la perception que nous pouvons avoir de notre profession comme je me suis permis de le déduire au travers du travail de M. Formarier. Les reproches que l'on peut faire à l'infirmier qui ne consacrerait pas suffisamment de temps à mettre en avant l'aspect relationnel dans sa pratique génèrent alors de la culpabilité, quand bien même les conditions de travail ne permettent pas cet usage dans les soins. Au jour d'aujourd'hui ce sentiment de culpabilité existe toujours dans nos services de soins car la majeure partie des blouses blanches souhaitent le meilleur pour les patients qu'ils ont à charge. L'image de l'infirmière souriante, la main tendue et disponible demeure un positionnement professionnel idéal dans notre société. Pour autant il peut être compréhensible que l'être humain qu'est le soignant connaît lui aussi ses limites et puissent se sentir dépassé puis impuissant face à la maladie, qu'elle soit psychique ou autre.

L'impuissance, j'ai eu l'occasion de l'évoquer à de maintes reprises dans ce travail, que ce soit à travers la théorie et à travers les retours que j'ai pu obtenir des infirmiers que j'ai interrogés dans le cadre de mon enquête. Nous avons vu que Moley-Massol I. expliquait la fuite et l'évitement par le sentiment d'impuissance. Cette impuissance, l'infirmier A. l'a bien décrite lors de notre entretien, ce sentiment qui laissait alors sa place au découragement et qui peut alors générer une forme d'hétéro-agressivité qu'il est difficile de contenir.

À l'inverse, l'hyper-investissement d'un patient par un soignant n'est pas méconnu de notre corps de métier. Alors que d'autres fuient ce malade qu'ils croient définitivement perdu, d'autres refusent l'idée même de le voir se dégrader et finissent par vivre la propre souffrance de celui-ci. C'est ce que j'ai pu constater en écoutant C., qui a fini par « ramener le patient chez elle » et vivre tout le désespoir de ce dernier au jour le jour, au point que cela devienne difficile pour elle de se rendre sur son lieu de travail. Ce qui me ramène vers Delbrouck qui parlait de soignants se mettant en souffrance avec cette fameuse compulsion à vouloir « sauver le monde ». À l'inverse, B. se protège de cela en assurant qu'elle ne se dévoue pas à son travail, fait qui ne semble pas l'empêcher de proposer de bons soins à ses patients et d'être à la recherche de l'intérêt de ceux qu'elle soigne.

L'évidence de l'inaliénable rapport de la propre humanité et de la propre histoire du soignant avec le lien inapproprié qu'il peut avoir avec le patient m'a tout de suite frappé lorsque j'ai écouté le discours de B. Elle attribuait sa fuite du patient responsable d'un viol à sa jeunesse au moment des faits, d'autant plus que la victime avait le même âge qu'elle. Cette réaction m'apparaît presque naturelle, devant notre propre inexpérience, nous nous protégeons et il y a quelque chose de très raisonné dans ce cheminement de pensée. Malgré tout, ce cheminement remet en question une part du soin et des possibilités organisationnelles du service qui sont proposées aux soignants face à ce genre de situation.

Jusqu'où le soignant doit-il aller ? Il serait selon moi tout à fait inhumain de pousser une soignante, dans la situation de B., à soigner un patient dans de telles conditions et alors qu'elle ressent une telle hostilité à son égard. J'ai pourtant à de maintes occasions entendu dans les services que nous nous devons de soigner les patients, quoi qu'il en coûte et quel que soit les événements pour la simple et bonne raison que si personne ne peut nous remplacer, nous n'avons pas vraiment le choix. Je crois pourtant que ce choix devrait toujours exister et ne devrait pas être une source de culpabilité pour le ou la soignante.

Il me semble essentiel d'aborder le phénomène de burn-out, on ne peut pas parler de l'impact émotionnel sans évoquer cette notion. Le sociologue Marc Lorient a abordé, dans son travail autour du burn-out chez l'infirmier, le test de mesure d'épuisement professionnel. Élaboré par la psychologue Christina Maslach : Le « *Maslach burn-out Inventory* » (MBI). Maslach C. définit la structure du burn-out selon trois dimensions :

- L'épuisement émotionnel
- La dépersonnalisation de la relation
- Le sentiment de non accomplissement.

Maslach déclare les relations problématiques avec le patient comme responsable du burn-out chez l'infirmier. Ainsi une attitude et un comportement apathique servirait de barrage émotionnel au soignant dépassé par ses ressentis face à ce que lui fait vivre un patient.

Ainsi, il est très important de rappeler que selon l'article L. 4131-1 du Code du travail, si un salarié juge que sa situation de travail présente un danger grave et imminent pour sa vie ou encore sa santé, il est en droit de quitter son poste. Selon la définition de la santé par l'OMS, la santé est un état de bien-être physique, social mais aussi mental. Par conséquent on peut tout à fait penser qu'une situation comme celle de B. qui fut confrontée à un patient qui lui renvoyait de l'hostilité, ou comme celle de C. qui souffrait psychiquement de ne pas parvenir à se détacher du patient, peut conduire à une altération de l'état de santé de l'infirmier.

Toujours d'après le code du travail, selon l'article 4121-1 du code du travail : L'employeur a obligation de veiller à la santé physique et mentale de ses salariés.

Ces derniers mots m'amènent à la réflexion suivante : Qui peut accueillir la souffrance du soignant ? Quel moyens les soignants ont-ils pour se préserver ? Les supervisions, la proximité avec ses collègues, est-ce vraiment suffisant ?

C'est « *Lorsqu'il faut se satisfaire du moins pire* » dit-il qu'il commence à vaciller. Pourtant, juste avant de prononcer ces quelques mots, A. parlait de la nécessité de travailler sur la perte d'espoir, de la nécessité de se satisfaire du mieux. Ce qui me renvoie à l'image populaire du verre à moitié vide et à moitié plein. Alors comment voir le verre à moitié plein ? Comment se satisfaire d'un idéal professionnel qui ne correspond en rien à ce que nous pourrions souhaiter pour nous-mêmes et ceux que l'on aime ?

4. La gestion des émotions

Les conditions de travail ont leur rôle à jouer sur la gestion des émotions et durant les entretiens que j'ai menés, à l'unanimité, ces trois infirmiers avaient choisi l'UHSA pour l'avantage offert par les moyens et possibilités de cette structure. Ce qui leur permet de pouvoir exercer leur profession dans une structure qui leur donne les moyens et la possibilité de prodiguer des soins complets. Cela souligne bien le propos de B., ici à l'UHSA, elle « *a plus de couleurs sur sa palette* ». D'une façon indirecte, choisir un service dans lequel nous sommes en mesure de livrer des soins conformes à la perception que nous en avons, c'est se protéger de la culpabilité et de l'impuissance que nous pouvons ressentir devant un patient endemande. Ce qui corrobore par ailleurs au discours de Geneviève Roch en ce qui concerne les conditions de travail défavorables, qui génèrent alors une frustration et de la culpabilité chez les soignants. Par conséquent, je crois qu'il est important de s'orienter, autant que faire se peut, vers une structure et un service qui nous permettrait de délivrer des soins fidèles à nos convictions personnelles pour ce qui est de l'exercice infirmier, mais aussi qui nous permettra un épanouissement personnel en dehors des murs de notre lieu de travail.

De bonnes conditions de travail certes, mais aussi le bon service et le bon public pour le bon soignant. Je suis de l'avis que tout soignant n'est pas fait pour travailler dans un service de psychiatrie comme d'autres ne sont pas fait pour travailler dans un service de soins palliatifs, ce qui en l'occurrence est mon cas. Cela correspond bien au discours de C. concernant ce qu'elle a su trouver en psychiatrie plutôt que dans les autres services, des éléments qui lui manquait et qui on bien failli provoquer l'arrêt de ses études d'infirmière. En psychiatrie, on (les soignants) n' « *y rentre par hasard, mais on y reste pas pour rien* » d'après cette même infirmière. Je suis d'accord, à condition pour que ce soit pour de bonnes raisons.

Lorsque l'on détient une relation saine avec son cadre de travail et ce qu'on y cherche, alors si ce dernier nous épanouit il n'est pas étonnant que nous souhaitons y rester.

Cependant, en dépit des bonnes conditions de travail, les sentiments qui peuvent nous déborder et nous affecter une fois la blouse au vestiaire sont nombreux. Extérioriser les émotions auprès de ses collègues soignants est une opportunité que les trois infirmiers que j'ai interrogé ont su saisir. Partager ces ressentis auprès de personnes ayant un regard différent du notre sur une situation permet de gérer l'intensité de ce que nous ressentons et d'y voir une autre réalité à travers les yeux d'une tierce personne. Là où nous ne percevons qu'un dénouement tragique, d'autres pourraient y voir une étincelle d'espoir qui pourrait nous permettre de relativiser par exemple. C'est finalement ce qu'a pu observer Anne Bilhaut dans son travail portant sur la fin de vie : Les soignants qui échangeaient au sujet de la mort après le décès d'une patiente, puis cette Aide-Soignante qui a su dire « *J'ai peur* ».

En parler, certes, mais pas avec n'importe qui. Le principe de la supervision m'apparaît particulièrement intéressant au sein d'une équipe qui sait se distancier des différents tabous que nous connaissons dans notre profession et qui ont été évoqué dans le cadre théorique de mon travail grâce aux travaux de Formarier et Vega. Mais la supervision ne doit pas être le seul recours à ceux qui se retrouvent face à des difficultés à extérioriser leurs émotions les plus culpabilisantes à l'égard de tels ou tels patients. À mon sens, si une institution ne se repose que sur la supervision pour s'assurer du bien être de ses soignants, elle fait fausse route. Il doit exister des solutions individuelles pour chaque soignant, des solutions pour que chacun puissent évoquer ses souffrances dans le cadre de son travail.

Nous avons vu que selon Luminet O. mais aussi selon B. Cahour, les émotions sont constituées de trois principaux axes :

- Un axe subjectif
- Un axe comportemental
- Un axe psycho-physiologique

Néanmoins, l'axe subjectif semble poser bien plus de difficultés que les autres si j'en crois les discours de chacun des infirmiers interrogés. L'idée de savoir identifier et reconnaître ses émotions n'est pas un automatisme.

De ce fait, savoir entendre et écouter les ressentis de ses pairs et surtout les siens m'apparaît comme un fondement essentiel à tout soignant. Cela met bien en exergue le discours de ces trois infirmiers : Il est crucial de savoir se remettre en question, de se connaître et d'identifier ses émotions. L'idée de s'oublier apparaît dans bien des lectures traitant du sujet que sont les émotions, s'oublier revient finalement à se perdre dans une mélasse de ressentis dans laquelle il devient de plus en plus difficile de trier les différentes émotions qui s'y mêlent.

Il est intéressant de noter que la gestion des émotions, comme l'a dit B., peut aussi passer par un recadrage adapté du patient. Que ce dernier puisse entendre que le soignant à ses propres limites à une grande importance selon moi, cela souligne le rapport d'être humain à être humain.

Ne pas se perdre revient donc à savoir identifier ses émotions, de savoir saisir les perceptions des différents membres de son équipe soignante pour les réévaluer et y mettre du sens. Selon moi une émotion comprise est une émotion que nous allons pouvoir maîtriser, c'est en quelque sorte un premier pas vers « la paix intérieure ».

De ce fait, je suis surpris de constater que les étudiants en soins infirmiers ne travaillent pas sur cette gestion des émotions, bastion qui me semble essentiel à l'épanouissement personnel pour qui s'engage à soutenir l'être humain en situation de souffrance. Il est important de rappeler que les recherches d'Anne Véga attestent que la proximité des soignants avec la souffrance peut engendrer divers déséquilibres. Cette gestion des émotions pourrait être un rempart contre ces pathologies dites « infirmières ». Nous disposons bien entendu de temps individuels et en groupe durant lesquels nous pouvons confier à nos enseignants les diverses agressions psychiques et émotionnelles que nous sommes amenés à rencontrer durant notre formation. Cependant, est-ce bien suffisant ? Une véritable formation sur la gestion des émotions aurait selon moi sa juste place auprès de tout professionnel amené à rencontrer la détresse et la souffrance humaine.

5. La fonction de transformation de Bion

Durant l'entretien que j'ai mené avec A., ce dernier a fait mention de la fonction alpha et bêta de Bion, cela n'a pas manqué de m'interpeller et de me questionner sur ce qu'est ce concept.

Selon Bion, nos craintes et nos aversions, si elles ne sont pas psychisées par la fonction Alpha, vont conserver une forme non identifiable à nos yeux. Ce qui n'est pas encore psychisé par cette fonction alpha, ce sont les éléments bêta qui selon cet auteur sont néfastes pour notre psyché. Être en mesure d'effectuer ce travail de transformation de bêta par alpha, de façon plus concrète, c'est pouvoir nommer une souffrance, d'en comprendre son origine.

Il me semble alors évident que lorsqu'un patient vient déposer ses souffrances, ses craintes, ses fantasmes ou sa colère, le soignant disponible psychiquement à recevoir ces éléments bêta va être en mesure de procéder à cette métabolisation pour le patient.

Dans le cas contraire, si l'on en croit Bion et son concept, les éléments béta « non digérés » vont être alors recrachés et renvoyés à celui qui nous dépose ces éléments béta, ou même à une tierce personne. On parle alors d'identification projective, concept que j'ai très rapidement évoqué dans mon cadre théorique au travers du travail de Delbrouck sur les étapes du burn-out chez les soignants.

En somme, un patient qui va nous déposer une profonde tristesse peut nous conduire à exprimer à notre tour une tristesse que l'on ne va pouvoir nommer mais qui, dans son expression va déclencher chez nous les mêmes émotions. Comme ce fut le cas pour C., vis à vis du patient qu'elle « ramenait chez elle », avec ces sentiments de tristesse et de colère dont elle ne parvenait à identifier l'origine.

Je découvre ce concept à la dernière étape de ce mémoire et il me semble tout à fait pertinent et particulièrement intéressant. C'est un sujet qui mériterait d'être approfondi et étudié afin de mieux comprendre ce que nous autres infirmiers, pouvons ressentir face à la détresse, la violence, et la souffrance d'un patient. Ce concept apposé au soin confirme une fois de plus que le patient nous fait vivre des émotions, des émotions qui doivent être traitées et identifiées, dans l'intérêt du patient mais aussi du soignant.

J'en reviens aux recherches d'A. Bilhaut : Ces soignantes qui chantaient face à la souffrance, qui employaient l'humour noir avec leurs collègues pour faire face. Mais aussi à B. qui elle le disait bien : « *Il faut rigoler, ça fait tenir* », et s'il s'agissait là aussi d'un phénomène de transformation ?

6. Faut-il « être solide comme un roc »?

Comme je l'ai déjà évoqué, c'est cette impression de rigidité et de solidité qui me gênait au travers de la congruence. La sensation que nous devons être intouchables pour être de bons soignants. À ma surprise, tous les infirmiers interrogés ne considéraient pas qu'il faille être solides comme un roc pour exercer cette profession.

L'infirmier A. a mentionné une idée tout à fait intrigante, pertinente et dans laquelle je me retrouve : Le canapé. La chose peut paraître tout à fait farfelue à première vue et pourtant cette image représente bien le rôle de l'infirmier. Bien sûr, il existe aussi cet aspect de « solidité », mais avec l'hypothèse que l'infirmier s'adapte, prend la forme de ce qu'on lui renvoie. Il accueille cette souffrance psychique, offre cette possibilité de se détendre et de souffler au patient.

Il existe à travers cette image ce droit « de s'user » tout en gardant cette même fonction de canapé. Ce qui corrobore aussi aux propos illustrés par C. qui elle considère que chaque chose renvoyée par le patient nous laisse une marque, un souvenir et une expérience que nous devons réutiliser pour améliorer notre pratique.

Une main de fer dans un gant de velours, c'est ce que propose C. pour remplacer l'image du roc. « *Être suffisamment solide* » pour recevoir ce que le patient nous livre mais aussi assez honnête pour accepter « *Avoir des failles, des faiblesses et des difficultés* », c'est ainsi que C. perçoit la main de fer dans le gant de velours. En effet, l'image du roc ne lui convient pas et c'est une proposition que je trouve personnellement plus juste et appropriée. Cette description corrobore parfaitement avec l'avis de A. concernant les qualités nécessaires à l'infirmier car elle met en évidence l'importance de l'identification de ses problématiques intérieures mais aussi l'idée d'auto-remise en question du soignant.

B. à un discours très humain vis à vis de ces infirmiers que l'on pressent « moins solides que les autres », ces infirmiers complémentaires et ayant une fonction essentielle auprès de certains patients. Elle considère par ailleurs que c'est à l'équipe de faire en sorte que ces personnes ne deviennent pas des sacrifiés, position qui est aussi la mienne, même si je crois aussi que l'employeur a une grande part de responsabilité vis à vis de la bonne santé et du bien-être de ses salariés.

Alors faut-il vraiment être « solide comme un roc » ?

De par l'immobilisme et sa dureté, le roc ne correspond pas selon moi à ce que nous devons représenter aux yeux du patients. Je ne m'imagine en rien semblable à un roc, lorsque je serai infirmier. Je serai un simple être humain dans toute son humilité et ce qu'il a de plus fragile mais qui fait aussi sa force soignante : sa sensibilité.

VI. Synthèse de l'analyse

Selon moi, l'infirmier doit bel et bien avoir un positionnement professionnel vis à vis du patient. Pour autant, cette posture ne doit pas effacer son authenticité. Soigner avec ses émotions peut sembler utopique et pourtant, cette idée est à la portée de tout soignants et nombreux sont ceux qui pratiquent cet art de façon inconsciente.

Choisir cette profession qu'est le métier d'infirmier, c'est aussi prendre le risque d'être atteint par certains patients, par ce qu'il nous dépose. Je crois qu'il est parfaitement normal d'être touché, sidéré et émotionnellement débordé dans le cadre de son travail mais cet état de fait n'est en rien une fatalité. Mettre des mots sur ses maux, les identifier, les évaluer et les comprendre est la clef pour pouvoir gérer ses émotions et pouvoir revenir ensuite au patient afin faire ce travail de métabolisation de ce qu'il nous dépose.

Oui, nos ressentis peuvent bel et bien nous conduire au burn-out, raison suffisante pour travailler sur nous-même, la compréhension de nos propres ressentis mais aussi sur les moyens que nous pouvons mettre en place pour retrouver une posture soignante. Savoir gérer ses émotions ne doit pas rimer avec l'idée d'y être imperméable et d'être intouchable. Il est aussi essentiel de souligner que l'employeur à lui aussi son rôle à jouer dans la protection de ses salariés.

Ainsi, l'émotion à non seulement parfaitement sa place dans notre pratique soignante mais elle est primordiale et nécessaire pour effectuer ce travail d'empathie qu'est le travail de ressenti et d'interprétation de la souffrance psychique de l'autre. Il s'agit de la fondation même de quiconque souhaite soigner en préservant son authenticité et sa congruence.

L'intérêt de l'équipe soignante ne doit pas résider uniquement dans ce nombre et cette organisation qui lui permet d'effectuer une quantité de travail plus importante que ne pourrait le faire une personne seule. L'importance du travail par l'émotion souligné dans mes recherches met clairement en évidence l'intérêt de la diversité des personnalités et des caractères propres à chacun des membres que composent cette équipe. Des faits qui mettent en exergue l'absolue nécessité de connaître et reconnaître l'utilité propre de chaque soignant avec lequel nous sommes amenés à travailler, mais aussi de permettre à nos collègues de découvrir la notre.

Conclusion

Être infirmier en France : Un engagement pour l'Humain

La congruence : Un concept essentiel à notre pratique

Le travail de recherche : Une démarche qui nous fait grandir

VII. Conclusion

1. Être infirmier en France : Un engagement pour l'Humain

La perception du métier de l'infirmier et sa façon de l'exercer peut énormément diverger selon les différentes cultures. À l'heure où j'écris ces lignes, je suis en stage en Estonie, où les valeurs ne sont pas les mêmes qu'en France. Les demandes des patients sont très différentes. Les personnes hospitalisées ne font jamais appel aux infirmières, en quatre semaines de stage dans divers services (Chirurgie orthopédique, chirurgie générale, urologie et grands brûlés) je n'ai pas entendu la moindre sonnette. Les rapports entre l'infirmier et le patient s'en trouvent grandement changés : l'infirmier est un technicien. Il entre dans la chambre, effectue les soins et se retire. Son lien au patient se limite aux simples échanges de politesses. Les malades semblent satisfaits des soins prodigués, si l'on en croit l'incroyable quantité de confiserie que ces derniers laissent aux équipes soignantes au moment de leur départ. Je n'ai jamais autant dégusté de chocolateries ailleurs qu'en Estonie.

Auparavant je pensais que l'usage qu'on faisait du soin relationnel était sensiblement le même qu'en France. Mais le constat ci-dessus ainsi que mes recherches dans le cadre de mon travail de fin d'étude m'ont prouvé le contraire, ce qui démontre une fois de plus l'impact de la culture sur la relation à l'autre ainsi que les émotions qui peuvent en découler.

Selon moi, l'histoire de notre profession en France change la donne en ce qui concerne la relation que le public entretient avec l'infirmier et vice versa. L'infirmier, au-delà de sa fonction soignante est la représentation même d'un sanctuaire auprès duquel nous pouvons nous livrer sans jugement. C'est non sans une certaine fierté que je puis dire aujourd'hui que c'est une force et un engagement pour l'Humain.

2. La congruence : Un concept essentiel à notre pratique

À l'origine, la définition de la congruence me posait un véritable problème, car j'avais la sensation qu'elle niait toute la part humaine du soignant ou du thérapeute. Comme si ce dernier se devait d'être toujours en accord avec les émotions que pouvait renvoyer le patient, que rien ne devait et ne pouvait l'atteindre et, dans le cas contraire, amènerait à penser qu'il est un mauvais professionnel. Aussi le discours de C. Rogers me paraissait plutôt prétentieux, lorsqu'il disait que lui, n'avait pas peur de se perdre.

Aujourd'hui je crois que c'est ce vers quoi un infirmier doit tendre s'il veut se préserver de toute la souffrance auquel il doit faire face au quotidien dans son travail. Ne pas avoir peur de se perdre ne signifie pas que nous n'avons pas le droit de nous perdre. Tout être humain peut se perdre et cela ne devrait pas générer quelques culpabilités que ce soit.

La congruence place l'humanité du soignant en première ligne en misant sur son authenticité, tout ce qu'il a de plus humain et son empathie. C'est pénétrer le monde du patient, percevoir et recevoir ses émotions, pour les lui renvoyer de façon à ce qu'il soit en mesure de les interpréter et de les identifier. Parfois, comme A. l'a évoqué dans son discours, les émotions et le désœuvrement du patient est tel qu'il nous apparaît impossible de parvenir à renvoyer ces émotions dans un angle plus positif. C'est à ce moment précis qu'il est nécessaire d'en faire part à l'équipe, d'accepter « *le moins pire* » en se « *en se satisfaisant du mieux* » pour le patient et ne pas devenir trop exigeant vis à vis de sa fonction d'infirmier. Cette idée me renvoie indirectement au concept de transformation de Bion et à la nécessité de « *digérer* » ce qui nous atteint émotionnellement afin de les retranscrire sous une forme plus atténuée et moins angoissante pour soi et/ou le patient.

3. Le travail de recherche : Une démarche qui nous fait grandir

Ainsi s'achève mon travail de fin d'étude. Ce travail m'aura permis de me faire une toute autre idée de l'utilisation et de la gestion de ce que nous pouvons ressentir mais surtout de ce que le patient nous fait ressentir.

La principale difficulté résidait dans le flou artistique que sont les concepts en psychologie pour un « presque » néophyte comme moi. C'est finalement là que se situe tout l'intérêt de ce travail pour l'étudiant que j'étais avant de débiter mon mémoire. En effet, c'est une façon de se prouver à soi-même que rien n'est hors de notre connaissance pour peu que nous investissions une démarche de recherche et d'acquisition des savoirs.

Cela met parfaitement en évidence l'importance et le besoin crucial de recherches infirmières pour intégrer des concepts déjà pré-existants à notre pratique. J'ai soulevé à travers mon analyse plusieurs questions qui pourrait donner lieu à de nouvelles recherches. Ce qui me laisse penser que l'acquisition de réponses engendre un besoin de nouvelles avancées et illustre très bien ce que peut être la carrière d'un infirmier : Une recherche perpétuelle de réponses pour toujours mieux comprendre la demande du patient.

Mais non loin de l'intérêt pour le patient, il existe aussi ce sentiment non négligeable de satisfaction à s'accomplir et s'épanouir au travers de l'enrichissement personnel et professionnel.

La recherche, c'est aussi une remise en question, A. a su la mettre en évidence dans son discours. C'est selon moi une véritable nécessité, auquel cas nous resterions plongés dans nos certitudes sans possibilités d'évolution.

4. Un dernier mot

Il existe une vraie transversalité entre un sujet comme l'émotion et les différents types de spécialités dans lesquelles l'infirmier peut exercer. C'est donc pour cette raison que j'ai décidé de ne pas trop m'attarder sur la psychiatrie car les émotions et leurs innombrables représentations sont partout.

Pour conclure, je reprendrais la citation que j'ai incluse dans mes remerciements et qui représente parfaitement ce à quoi j'aspire dans ma pratique, car elle met bien en évidence l'importance de nos émotions.

« On ne voit bien qu'avec le cœur, l'essentiel est invisible pour les yeux »

Antoine de Saint-Exupéry

Bibliographie

Vu sur Larousse.fr, consulté le 26 Février 2017

Acker, F. (1991). La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire. *Sciences sociales et santé*, 9(2), 123-143.

Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, (2), 33-42.

Roch, G. (2008). Impact du climat organisationnel sur le façonnement des pratiques relationnelles de soin et la satisfaction professionnelle d'infirmières soignantes en milieu hospitalier.

Véga, A. (1997). Les infirmières hospitalières françaises: l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles. *Sciences sociales et santé*, 15(3), 103-132.

Cahour, B. (2010). 11. Émotions, affects et confort comme nouveaux déterminants de l'activité et de l'usage. In *Ergonomie, conception de produits et services médiatisés* (pp. 273-305). Presses Universitaires de France.

Luminet, O. (2008). *Psychologie des émotions: confrontation et évitement*. De Boeck Supérieur.

Bilhaut, A. G. (2007). Les mots du corps: une ethnographie des émotions des soignants en oncologie. *Ethnographiques.org*, (14-octobre 2007 Face à la maladie et au malheur).

Bergson, H. (1901). *Le rire : essai sur la signification du comique*, Paris, PUF, 39

Rogers C. (1996). *La relation d'aide et la psychothérapie*. Paris, Ed.ESF, 33

Rogers, C. R. (2001). *L'approche centrée sur la personne*. Editions Randin.

Lietaer, G. (1993). Authenticity, congruence and transparency. *Beyond Carl Rogers*, 17-46.

Lert, F., & Marne, M. J. (1993). Les soignants face à la mort des patients atteints du sida. *Sociologie du travail*, 199-214.

JOLIVET, B. (1994). *Stratégies de l'évitement*. *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, (4), 27-29.

Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, (3), 31-42.

Cordier, É. (2016). La place de l'humour dans la relation soignant-soigné. *Le Manipulateur d'imagerie médicale et de radiothérapie*, 16.

Luminet, O. (2008). *Psychologie des émotions: confrontation et évitement*. De Boeck Supérieur.

- Moley-Massol, I. (2007). La souffrance des soignants et leurs mécanismes de défense. *La Lettre du Rhumatologue*, 337, 28-30.
- Delbrouck, M. (2010). Je suis épuisé (e) par ma charge de travail. Que puis-je y faire? Le burn-out ou la souffrance des soignants. *Imaginaire & Inconscient*, (1), 157-166.
- Loriol, M. (2003). La construction sociale de la fatigue au travail: L'exemple du burn-out des infirmières hospitalières. *Travail et emploi*, (94), 65-74.
- Malasch C. (1978). The Client Role in Staff, *burn-out*, *Journal of social issue*, XXXIV, 11-24
- Pronost, A. (2012). Les concepts en sciences infirmières. *Association de recherche en soins infirmiers (ARSI)*, 127-129
- Bion, W. R., & Robert, F. (1979). Aux sources de l'expérience.

Table des annexes

- Annexe 1 : L'humour comme mode d'expression
- Annexe 2 : Stratégies de réaction
- Annexe 3 : Grille d'entretien
- Annexe 4 : Retranscription des entretiens

Annexe 1 – L’humour comme rempart aux émotions

Derrière une tension due encore à l’atmosphère de la veille, elles se retrouvent souvent derrière des plaisanteries plus ou moins scabreuses entraînant rires et fous rires qui libèrent d’une pression trop forte. Ainsi dans la salle des soins à propos d’un patient nouvellement arrivé en radiothérapie dans ce service :

–C'est un cancer des amygdales...

–Ah oui ça facilitera pas les flirts !

–... Avec des méta-ganglionnaires ...

–Ah ! Vraiment pas. Il peut pas flirter celui-là ! [Puis à mon attention:] On rigole bien ! Faut bien, hein, parfois... !

Ou encore à propos d'une malade qui doit se préparer pour l'intervention chirurgicale du lendemain :

–Elle arrête pas de pleurer. Pour sa toilette, il a fallu lui réexpliquer comment faire. Elle nous a dit qu'elle s'était lavée. En fait elle s'était juste mouillé les cheveux. Y avait encore la brosse à chiottes dans la douche !

–Ah ben elle a pu se laver avec !

–Elle aura fait un gommage !

Bilhaut, A. G. (2007). Les mots du corps: une ethnographie des émotions des soignants en oncologie. Ethnographiques. org, (14-octobre 2007 Face à la maladie et au malheur).

Annexe 2 – Stratégies de réaction

Tableau 2.1

Stratégies de réaction liées à la confrontation et à l'évitement

Auteurs	Réactions de confrontation	Réactions d'évitement
Aldwin & Revenson (1987)	<ul style="list-style-type: none"> - mobilisation du support social (recherche d'informations et de soutien émotionnel) - recherche de sens 	<ul style="list-style-type: none"> - échappement (par l'imagination, l'évitement des relations interpersonnelles, l'abus de substances toxiques telles que drogues, alcool, tabac) - engourdissement des réactions comportementales - déni
Aspinwall & Taylor (1992)	<ul style="list-style-type: none"> - coping actif - recherche de support social 	<ul style="list-style-type: none"> - évitement mental et comportemental
Carver & Scheier (1994); Carver, Scheier & Weintraub (1989)	<ul style="list-style-type: none"> - coping actif par reconfrontation graduelle - planification des actions - focalisation de l'attention - recherche de support social instrumental (informations) - recherche de support social émotionnel - réinterprétation positive 	<ul style="list-style-type: none"> - déni - désengagement comportemental - désengagement mental - désengagement par prise de substances toxiques
Carver & Scheier (1994); Carver, Scheier & Weintraub (1989)	<ul style="list-style-type: none"> - acceptation objective - focalisation émotionnelle systématique - suppression des activités concurrentes à la résolution du problème 	
Endler & Parker (1990)		<ul style="list-style-type: none"> - évitement de la tâche - évitement des relations interpersonnelles
Folkman & Lazarus (1988)	<ul style="list-style-type: none"> - focalisation sur le problème - résolution planifiée du problème - acceptation - réévaluation positive - recherche de support social 	<ul style="list-style-type: none"> - engagement dans des activités non liées à la source du stress - déni
McCrae (1984); McCrae & Costa (1986)	<ul style="list-style-type: none"> - expression des sentiments - réévaluation positive 	<ul style="list-style-type: none"> - oubli actif - pensées en vue d'échapper à la situation - désengagement de la situation - distraction - déni
Parkes (1984, 1986)	<ul style="list-style-type: none"> - coping direct 	<ul style="list-style-type: none"> - coping d'évitement (cognitif et comportemental)
Scheier, Weintraub & Carver (1986)	<ul style="list-style-type: none"> - réinterprétation positive - acceptation - recherche de support social - focalisation sur les sentiments et leur expression 	<ul style="list-style-type: none"> - déni - pensées en vue d'échapper à la situation - désengagement cognitif et comportemental

Luminet, O. (2008). *Psychologie des émotions: confrontation et évitement*. De Boeck Supérieur.

Annexe 3 – Grille d'entretien

Dans le cadre de mon travail de fin d'étude j'effectue une recherche portant sur la place des émotions dans l'exercice infirmier. Je suis donc amené à effectuer une enquête exploratoire qui me permettra de confronter des idées théoriques avec des données de terrain. Avec votre accord, cet entretien sera enregistré et les informations recueillies, anonymisées, ne seront utilisées que dans le cadre de ce travail.

Par avance, je vous remercie de votre participation.

Question 1 :

Comment définiriez-vous l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) ?

Question 2 :

Quel est le profil des patients accueillis dans cette unité ?

Question 3 :

Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette unité ?

- Depuis combien de temps êtes-vous infirmier ?

Question 4 :

Quelles étaient vos motivations pour intégrer cette unité ?

Question 5 :

Est-ce que des valeurs particulières vous ont poussées à choisir ce métier ?

- Si oui : Lesquelles ?

Question 6 :

Pensez-vous qu'il faille des qualités particulières pour exercer ce métier ?

- Si oui : Lesquelles ?
- Si non : Pourquoi ?

Question 7 :

Vous êtes-vous déjà senti dépassé par vos émotions dans le cadre de la relation avec un patient ?

- Si oui : À quoi attribuez-vous cet état de fait ? Avez-vous pu en parler ?
- Si oui : À qui ?
 - Pourquoi avoir porté ce choix sur cette personne ?

Question 8 :

Selon vous, quelle est la place des émotions de l'infirmier dans le soin ?

Question 9

Dans votre exercice d'infirmier avez-vous déjà été confronté à un patient qui vous a renvoyé des émotions très négatives ?

- Si oui : Avez-vous pu gérer cette situation ? Comment ?
- Si non : Pourquoi ?

Question 10

Selon Carl Rogers, un soignant doit être congruent dans son lien au patient : C'est à dire qu'il doit être authentique, fidèle à ce qu'il est et ce qu'il ressent. D'après lui, on ne doit pas se cacher derrière un masque de professionnalisme. Qu'en pensez-vous ?

Question 11

Vous est-il arrivé d'être incongruent dans une relation au patient ?

Si oui : Dans quelles circonstances ?

Question 12

Le psychologue Germain Lietaer a écrit que la principale qualité pour être un bon soignant c'est d'être « solide comme un roc »...

Qu'en pensez-vous ?

Question 13

À l'issu de cet entretien, y a-t-il d'autres éléments que vous souhaiteriez ajouter ?

Annexe 4 – Retranscription des entretiens

Question	Infirmier A.	Infirmière B.	Infirmière C.
<p style="text-align: center;">Question 1 Comment définiriez-vous l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) ?</p>	<p>Je la définie comme la seule structure d'hospitalisation capable d'accueillir des patients atteint de troubles psychiatrique à temps plein. Elle ressemble à une structure classique avec des soignants exclusivement dans la partie du soin, la pénitenciaire étant à l'extérieur de l'unité.</p>	<p>Comment je définirais l'UHSA... ? Tu vas me poser de ces colles... (rires) Alors l'UHSA... Je dirais que c'est un lieu de soin, pour des patients qui sont également détenus. Je dirais pas plus... (rires)</p>	<p>C'est une unité qui accueille des personnes incarcérées prévenues ou condamnées. Des personnes qui ont besoins de soins pour une suite de soin, soit pour une première décompensation... Il y a trois unités avec pour chacune un profil différent. Dans mon unité on accueille que des hommes et depuis peu des mineurs, on travaille sur la resocialisation, soit pour retourner en détention, soit pour retourner dans la vie civile en fin de peine.</p>
<p style="text-align: center;">Question 2 Quel est le profil des patients accueillis dans cette unité ?</p>	<p>Il y a plusieurs types de profils : Premièrement il y a des patients déjà psychotique à leur entrée en prison, l'objectif c'est de renouer avec le soin, soit poursuivre des soins déjà engagés. Le second type de profil c'est le patient avec des troubles soit psychotiques soit des troubles du comportements à type de troubles de la personnalité qui se développent largement en prison, qui était là et qui peuvent déjà être à l'origine des faits qui les ont amenés à être incarcérés mais pas forcément amenés à être hospitalisés en psychiatrie.</p>	<p>Je dirais qu'il y a un peu tout : Il y a aussi bien des psychotiques avec de la schizophrénie, il y a de la paranoïa aussi, il y a également des gens qui sont dépressifs, des PMD... C'est ouvert à un panel de pathologies diverses et variées.</p>	<p>Des gens... De tout profils, aussi bien prévenus que condamnés, connus ou pas de la psychiatrie, avec des motifs d'incarcération divers et variés. Principalement des personnes atteintes de schizophrénie, quelques dépressions quand même, nos petits états limites préférés... De temps en temps des psychopathes... « Sage » entre guillemets, comme on dit dans le métier. Je dis sage parce que souvent on s'est rendu compte que les psychopathes...</p>

Question	Infirmier A.	Infirmière B.	Infirmière C.
<p data-bbox="197 292 591 395">Question 2 Quel est le profil des patients accueillis dans cette unité ?</p>	<p data-bbox="642 252 1108 724">L'exemple typique c'est la personne qui a un trouble de la personnalité de type psychopathique et qui les conduit à des faits de délinquance, qui multiplie les faits à l'extérieur. Un jour il est rattrapé par la justice, le comportement psychopathique étant très peu compatible avec des limites aussi fortes que celles imposées par la prison. Les choses débordent assez rapidement. Et cette personne là peut vite se retrouver chez nous.</p> <p data-bbox="642 735 1108 1430">Le troisième type c'est le profil plutôt tourné vers un effondrement dépressif et un risque suicidaire sérieux. Ce sont des personnes qu'il faut protéger jour et nuit, c'est là qu'on voit l'utilité d'une structure qui accueille des patients 24/24 avec une présence soignante continue sur ces temps là. À savoir que la structure qui accueille des patients souffrant de troubles psychiatriques en prison c'est le SMPR et c'est une structure où à partir de 19h le soir il n'y a plus de surveillance soignante, le relais de surveillance entre guillemets est assuré par l'administration pénitentiaire. Ce qui change quand même les rapports et les possibilités d'intervention.</p>		<p data-bbox="1610 252 2076 802">Comment dire... S'assagissent avec le temps, tout simplement, même si ça reste des aménagements psychopathiques puisqu'ils ont un rapport à la loi qui est très différent du notre ou des schizophrènes, ils sont beaucoup moins intolérants à la frustration, ils gèrent beaucoup mieux que lorsqu'ils ont dix-huit ou vingt-cinq ans, quand ils cassent tout, s'opposent systématiquement à la loi... En vieillissant ils se calment. Ils se posent un peu et c'est plus facile à gérer, en tout cas sur l'hôpital.</p>

Question	Infirmier A.	Infirmière B.	Infirmière C.
<p align="center">Question 3 Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette unité ?</p>	<p>J'y travaille depuis... 2011 ! Donc ça fait six ans. Non, depuis 2010, ça fait 7ans.</p> <p>Je suis infirmier depuis 2006.</p>	<p>Fevrier... On est en 2017... ? (rires) 2016 ! Février 2016 !</p> <p>Je suis infirmière depuis dix ans... Ça fait mal... (rires). C'est pour ça peut-être que j'ai le burn-out tu sais, que je t'ai demandé avant l'entretien « t'es sûr que tu veux être infirmier » ? (rires)</p>	<p>À l'UHSA... Depuis 2011, dans mon unité depuis 2015.</p> <p>Houla, depuis quand je suis infirmière ? Ça fait mal ça comme question... (rires) Je suis infirmière depuis fin 2008.</p>
<p align="center">Question 4 Quelles étaient vos motivations pour intégrer cette unité ?</p>	<p>Déjà le fait que je sois familiarisé avec la psychiatrie, que je sois sur le XXX, que ce soit une unité qui se construisait sur le même hôpital, je trouve que le projet était intéressant parce que c'était la première structure de ce type en France. Il y avait un besoin criant de soins psychiatriques qu'on pouvaient proposer aux patients détenus, alors déjà que les conditions de détention en France... On les connaît parce qu'on est souvent épinglé entre guillemets par des organismes de surveillance que ce soit au niveau européen ou national. Alors les soins en prison c'est encore un pallier supplémentaire et les soins psychiatriques en prison c'est ENCORE un pallier supplémentaire.</p>	<p>Les 12H était un profil de poste très intéressant... (rires) Non plus sérieusement, j'ai fait pas mal de services d'entrée à XXX, puis de l'UMD... Donc dans un schéma... Tu vois ? Je me voyais pas entrer dans un truc méga ouvert alors que je viens d'un truc méga fermé. Tu vois dans la lignée de ce que je fais... Finalement... Et il y a les conditions de travail, dans les unités ouvertes ils sont généralement deux pour vingt-cinq, nous on est quatre pour vingt... (Silence) Et j'ai dix ans d'ancienneté, je suis fatiguée moi (rires) ! Non mais les conditions de travail, même si elles se dégradent là où je suis à l'heure actuelle... Il y a quand même plus de possibilités et de moyens que dans un service d'entrée.</p>	<p>A la base quand l'UHSA a été créée j'étais totalement contre car j'en voyais pas du tout l'intérêt... Et il s'est avéré que dans mon parcours j'avais l'impression d'avoir fait un peu le tour de ce que je pouvais voir dans mon service... J'avais envie de voir autre chose. On m'avait refusé l'accès aux urgences d'accueil car je n'avais pas assez d'ancienneté au niveau pratique en crise. Donc je suis arrivée à l'UHSA un peu par hasard et j'ai découvert un univers vraiment méconnu des soignants en psychiatrie et il s'avère qu'en fait il y a beaucoup à faire dans ces unités. Que t'as de temps en temps des patients où effectivement de temps en temps tu te dis « ils viennent juste se planquer pour éviter la prison parce que la prison ça les fait chier »... Mais non, c'est une unité vraiment enrichissante.</p>

Question	Infirmier A.	Infirmière B.	Infirmière C.
<p>Question 4</p> <p>Quelles étaient vos motivations pour intégrer cette unité ?</p>	<p>Donc moi, pour parler grossièrement, j'avais l'impression de roue de secours, de roue de secours, de roue de secours. Et je me disais que c'est là une belle idée de créer une structure complètement dédiée à la psychiatrie carcérale avec enfin cette possibilité d'hospitalisation complète sachant que cette possibilité existe dans les UHSI pour les problèmes somatiques depuis de nombreuses années. Au regard des chiffres de suicides, de psychoses qui se durcissent en prison et de violence aussi, qui sont liées à la maladie. Ouais, ça me paraissait très urgent de monter ce type de structure. Participer à une création de structure c'est une super expérience, ça permet de penser les choses un petit peu avant, de les envisager, de modifier les choses, d'en parler, d'expérimenter aussi les choses. Ouais, c'est hyper intéressant... (Silence)</p>	<p>Malgré que ce soit fermé, t'as plus de potentiel dans tout ce qui est possible de réaliser dans le soin que dans un service ouvert. Ici j'ai pas l'impression de faire du gardiennage et de l'ouverture de porte... Ici, je suis un peu comme un peintre, j'ai plus de couleurs sur ma palette (rires)...</p>	<p>Y'a un vrai boulot soignant à faire, des vraies choses à mettre en place, des projets à construire... C'est ça qui m'a donné motivé à rester. En fait de base, j'ai une collègue qui est venue y faire des heures supplémentaires, elle m'avait présenté l'unité avec quelque chose qui n'avait rien avoir avec tout les fantasmes que j'en avais. Du coup je me suis dis « pourquoi pas » ? Et en plus, autant être honnête, il y a l'horaire en douze heures, et j'en avais vraiment marre des sept heures par semaine. Six ans après, j'y suis toujours. Faut faire attention à ce qu'on entend à la télé, ce qu'on voit dans les films, pour moi à la base c'était des meurtriers, des infanticides, des matricides, des viols... Pour moi déjà c'était aberrant de prendre en charge ces personnes sur le plan psychiatrique... Et je me voyais pas me positionner vis à vis de ces gens là. Je voyais pas notre rôle en tant qu'infirmier auprès de ces gens. Et en fait non, tu vois que c'est une unité qui a vraiment sa place, d'autant que la détention révèle des maladies chez certaines personnes.</p>

Question	Infirmier A.	Infirmière B.	Infirmière C.
<p>Question 4</p> <p>Quelles étaient vos motivations pour intégrer cette unité ?</p>	<p>Et puis on a beaucoup de moyens (rires). Pour une structure qui à deux tutelles, gérées par deux ministères, évidemment on est assez protégés par rapport au reste de l'hôpital. C'est aussi cette possibilité là qui est intéressante, pouvoir faire du soin autrement, pouvoir faire du mieux qu'on peut.</p>		<p>Une fois en détention, pas mal de gens décompensent complètement.</p>
<p>Question 5</p> <p>Est-ce que des valeurs particulières vous ont poussées à choisir ce métier ?</p>	<p>Alors des valeurs particulières... (Silence)</p> <p>Alors moi c'est vrai que le métier d'infirmier m'est venu un peu venu petit à petit et un peu sur le tard. Je me trouvais assez à l'aise dans le contact avec les autres, parce que j'ai commencé ma carrière professionnelle en faisant du commerce. Petit à petit j'ai changé de profession, je me suis un peu formé pour me détacher du commerce et ne garder que l'assistance ou le conseil que je pouvais donner aux gens, qui en l'occurrence étaient des clients à l'époque, puis un jour j'ai voulu trouver du sens à tout ça.</p>	<p>Non, pas vraiment... En fait quand j'avais 18ans... Je suis partie de chez mes parents très rapidement, je me suis rendue compte qu'il fallait avoir un diplôme dans la vie... Et donc du coup je suis allée vers quelque chose qui me répugnait pas trop, qui me dérangeait pas trop et où je serais sûre d'avoir du travail une fois diplômée, donc infirmière ! Bing (rires) ! Je me serais écoutée je me serais lancée dans un truc de kiné qui m'aurait peut-être pris vachement plus de temps et d'argent, j'avais pas les moyens de payer en fait...</p>	<p>T'as pas de chance avec moi ! Parce que là aussi c'est un hasard (rires) ! J'ai une copine qui m'a dit qu'elle allait passer un BAC SMS, et je l'ai tout bêtement suivie... Et il s'avère qu'une prof avec qui j'avais un très bon feeling m'a proposé en plus des cours : une préparation au concours infirmier, le vendredi après-midi étant donné qu'on avait pas cours... J'ai accepté, vu que je n'avais rien de mieux à faire (rires). J'avais aucune obligation de passer le concours derrière donc...</p>

Question	Infirmier A.	Infirmière B.	Infirmière C.
<p align="center">Question 5 Est-ce que des valeurs particulières vous ont poussées à choisir ce métier ?</p>	<p>Qu'est-ce qui me poussait à m'intéresser aux gens ? Qu'est-ce que je voulais faire ? Il se trouve que par une rencontre fortuite, quelqu'un m'a parlé de ce métier, j'ai commencé à m'y intéresser, j'ai commencé à me documenter pendant un an ou deux et voilà... (silence) C'est un peu tout ça, cet amalgame là qui m'a conduit vers le métier d'infirmier. L'idée c'était d'être là avec les gens dans un moment particulier de leur vie, dans un moment où ils ont moins d'attaches, moins de repères, où ils peuvent être désorientés, où ils ont vraiment besoin de ce lien-là d'humain. Et moi c'est ce que j'y ai trouvé au départ, c'est ce que j'essaye d'y trouver parfois encore (rires). Mais en tout cas c'est ce qui m'a poussé ouais, les valeurs humaines ouais, beaucoup plus que les valeurs techniques. La série urgence m'a très peu influencé ou docteur House tu vois (rires) ... J'ai vite compris que ce n'était pas du tout ça et qu'en plus ce n'est pas ça qui m'intéressait.</p>	<p>Donc faire kiné ça aurait été compliqué. Ergo je trouvais ça trop fun mais pour avoir un 20% d'un côté et un 20% de l'autre... J'étais déjà en galère, donc le but c'était pas d'être encore en galère après le diplôme tu vois ? Donc finalement ben... Finalement mon choix c'est toujours porté vers l'humain, il me fallait du contact. Pourquoi, j'en sais rien. Je me voyais pas rester dans un bureau toute la journée... Quand on me parle de valeurs j'ai l'impression de... Comme la messe (rires). Comme si je faisais un don de ma personne, comme les Sœurs dans l'ancien temps... Je ne suis pas dévouée au travail. Non non, tu sais j'ai fait un truc tout bête, une liste de tout ce qui me plaît dans la vie et je suis allée vers celui qui serait le plus simple à réaliser et qui me permettrait de manger. Mais j'aime ce que je fais hein (rires) ! Je me suis vite rendue compte que le somatique c'était pas pour moi, trop de quantité à abattre... Ici, en psychiatrie je fais du qualitatif, pas du quantitatif.</p>	<p>J'ai débarqué dans ce milieu là, on nous a demandé en lien avec cette préparation de faire des stages, donc moi au départ je m'imaginais plus infirmière puéricultrice. Je m'imaginais travailler dans une crèche, faire des « bisous » et des « câlins » enfin bref, un peu le monde des « bisounours ». Puis j'ai tenté le concours que j'ai réussi, donc j'ai fait la formation mais en fin de première année je me suis dit que c'était pas ça que je voulais... Mais une prof m'a dit « attendez la deuxième année, je vous met en psychiatrie ». Une fois en psychiatrie je me suis dit « Ah, c'est ça que je veux faire ». En fait, ça me correspondait en tous points, beaucoup de relationnel, de l'écoute, de l'empathie (Je sais pas si j'en avais au départ mais je crois que c'est quelque chose qui s'apprend)... La capacité à oublier un petit peu... Enfin, ça va faire un peu psychotique mais...</p>

Question	Infirmier A.	Infirmière B.	Infirmière C.
<p style="text-align: center;">Question 5 Est-ce que des valeurs particulières vous ont poussées à choisir ce métier ?</p>			<p>Être toi, tout en mettant à distance ce que t'es vraiment à l'extérieur, c'est à dire que quand je bosse je suis la personne de tous les jours mais du coup, tous les préjugés, ce que je peux avoir en tête, notamment auprès des gens incarcérés... Je laisse tout de côté pour justement pouvoir me dire « Ok, t'es là en tant que soignante, t'écoute ce qu'il a à te dire, quand c'est trop compliqué tu dis au patient que t'es pas prête à entendre ce genre de choses... » Voilà, c'est faire la part entre ce que je suis à l'extérieur et la personne que je suis une fois que je porte la blouse. Clairement après... C'est tous les petits trucs du quotidien, toutes les folies que tu peux rencontrer dans ce métier... Toutes les actions que les patients peuvent te taper, entendre un patient qui est incarcéré, qui va te chanter les « portes du pénitencier » à plein poumons dans la cours... C'est... C'est des trucs que tu vis qu'ici, pas en somatique. Faut une grosse part de curiosité, mais pas une curiosité malsaine... Y'a vraiment plein de choses à faire. Faut avoir un minimum d'envie et de créativité sinon tu fais rien.</p>

Question	Infirmier A.	Infirmière B.	Infirmière C.
<p style="text-align: center;">Question 5 Est-ce que des valeurs particulières vous ont poussées à choisir ce métier ?</p>			<p>C'est que tout n'est pas fait, tu crée avec les patients, tu apprends avec ces gens là... Il faut accepter de se casser la gueule avec eux, de recommencer encore et encore. Faut savoir être à l'écoute, dans l'empathie, sans jugements... Après c'est pas facile tous les jours. Y'a bien des valeurs qui m'ont attirée vers le métier. Mais ça m'a rattrapée en découvrant la psychiatrie. Ouais. Les valeurs relationnelles, l'empathie... L'écoute, la créativité. Tu sais pourquoi t'es là, pourquoi tu restes, mais tu te poses plus la question. Tu te les pose plus ces questions. T'as des gens qui sont clairs avec ça, mais t'as des gens un peu plus chiants comme moi... Un peu par hasard... Je dirais que la psy t'y rentres par hasard mais t'y restes pas pour rien. Il y a toujours un truc là-dedans qui t'accroche. Quoi qu'il arrive faut toujours être là pour prendre soin de l'autre, il faut savoir prendre soin de soi et surtout se connaître. Et se connaître autrement qu'en se confrontant à des situations totalement improbables, délirantes, voir violentes et tester en permanence tes limites, voir jusqu'où t'es prêt à aller.</p>

Question	Infirmier A.	Infirmière B.	Infirmière C.
<p align="center">Question 6 Pensez-vous qu'il faille des qualités particulières pour exercer ce métier ?</p>	<p>Oui, je pense que les qualités d'écoute sont indispensables, que ce soit l'écoute de la souffrance, des mots que le patient peut mettre sur son vécu. En premier lieu ça paraît comme une évidence mais y'a aussi les qualités d'écoute que tu peux avoir avec tes collègues et les différents intervenants, ou même l'institution. Même si on a pas envie de l'écouter tout le temps, parce que c'est souvent pour des choses qui nous freinent ou nous contraignent... Avoir une qualité d'écoute assez fine, assez sélective par moment... Et constructive ! Qu'on puisse se remettre en question, ça aussi ça me paraît être une qualité indispensable à ce métier là, parce que quand on ne se remet pas en question on reste avec ses erreurs et ses certitudes, on peut devenir mauvais soignant voir maltraitant en restant sur des certitudes sans se remettre en question. Donc je dirais que ce sont les deux qualités principales, une qualité d'écoute au sens large et des qualités de remise en question ou d'humilité.</p>	<p>Je ne sais pas (Silence)... J'ai vu tellement d'infirmiers différents, et c'est pas pour autant qu'ils s'en sortent pas. J'allais dire la patience, mais j'ai vu des infirmiers qui supportaient pas l'attente, pour autant ils ne donnaient pas des mauvais soins. C'est la finalité qui compte, pas forcément le chemin qu'on prend... L'idée c'est que le patient soit calme et rassuré à la fin, qu'il se sente bien. J'ai vu tellement de gens avec des personnalités et des caractères différents qui finalement arrivent au même truc. Je pense pas qu'on ai besoin de qualités particulières... Je pense qu'en fait (Silence)... Et puis avec certains patients ça passera, d'autres non... Ça reste des êtres humains. Parfois ta tête elle va juste pas leur revenir, t'auras beau avoir toutes les qualités du parfait infirmier c'est pas pour autant t'arriveras à faire que ton patient sera apaisé et serein. Tes qualités peuvent finalement rebuter certains patient tu sais.</p>	<p>Ouais il en faut... Faut déjà bien se connaître, avoir la capacité de savoir et de pouvoir se rendre disponible pour les autres... Être attentif, à l'écoute... Patient... Calme mais pas trop quand même, parce que t'as certains services où faut pouvoir oser dire les choses... L'empathie, la base. La confiance, la curiosité... La volonté de travailler et l'envie d'être là. Si tu te force à rester, je pense que ça marche pas... Et de la détermination aussi. Après je connais personne qui a l'ensemble de ces qualités là... L'important c'est la diversité. De pouvoir se compléter les uns les autres dans une équipe. Si tu as des gens qui sont conditionnés à tous fonctionner pareil, au final, c'est pas qu'ils feront du mauvais boulot... C'est qu'il va manquer quelque chose à l'équipe. Si t'en a un qui est grande gueule, un qui est calme, un qui va plutôt rire avec les patients, et j'en passe... Tu prends tout ça et tu mélanges et je pense que là, t'as l'ensemble des qualités nécessaires pour être un bon soignant... Impossible d'avoir toutes ces qualités là dans une seule personne.</p>

Question	Infirmier A.	Infirmière B.	Infirmière C.
<p style="text-align: center;">Question 6 Pensez-vous qu'il faille des qualités particulières pour exercer ce métier ?</p>		<p>Je pense que c'est pour ça que c'est intéressant de travailler dans une équipe, parce qu'on est tellement différents, on va tous employer des chemins différents tout en ayant le même objectif... C'est sympa de pouvoir se dire « Avec ce patient, moi ça passe pas. Toi vas-y, car avec toi ça passe mieux », du moment qu'après le patient va mieux ! C'est ça le principal. Y'a ceux qui sont pratico-pratique, puis d'autres qui vont faire des millions de détours... Selon le patient, il peut avoir besoin de l'un comme ou l'autre. À l'école on veut te formater, si tu rentres pas dans le format standard on te formate... Mais tu peux aussi garder ta... T'es pas obligé de rentrer dans ces standards types « Ouais je suis une infirmière, j'suis trop bien, je suis une gentille petite abeille » (rires)...</p>	<p>Tu ne peux pas être tout et son contraire. La diversité et la solidité, la connaissance aussi... C'est ça qui est important. L'important aussi c'est de se connaître et un truc hyper important c'est ta capacité d'adaptation, si t'es pas capable de t'adapter aux gens, aux conditions de travail... Ça risque d'être compliqué si tu veux être infirmier. Tous les profils sont bons à prendre dans une équipe à condition de savoir s'adapter et de se connaître. Être authentique, ça c'est primordial aussi, à un moment donné si tu donnes pas un peu de toi, ce que t'es vraiment au fond de toi, ton patient il sait plus à quoi il peut se raccrocher... Et du coup il sait plus vers qui se tourner en fonction de l'aide dont il a besoin... Après parfois c'est au patient de choisir « Aujourd'hui, je te parle à toi, demain je parlerai à toi... ». Tout dépend de ses besoins.</p>

Question	Infirmier A.	Infirmière B.	Infirmière C.
<p align="center">Question 7</p> <p>Vous êtes-vous déjà senti dépassé par vos émotions dans le cadre de la relation avec un patient ?</p>	<p>Oui, largement. Ouais, dans des contre-attitude d'agacement, de colère, de violence quoi... Souvent une violence renvoyée par une situation, ou par un immobilisme en face, ou une attitude perverse si on veut vraiment aller dans le plus dérangeant. Ouais, je me suis parfois senti débordé, sur le point de craquer nerveusement et d'avoir eu de la violence qui monte en moi... Ouais... J'ai déjà été débordé dans ce sens là. Ou débordé par le récit d'un patient... Ça peut... (Silence) Ça m'est jamais vraiment arrivé, mais ça m'est déjà arrivé d'être sur la limite, très affecté, très touché. Dans ces cas là je prends du temps en post-entretien, j'essaye d'en parler un peu avec le médecin, d'échanger un peu avec mes collègues pour savoir si ils ont le même ressenti ou si c'est lié à moi, mon histoire, ma journée, mon humeur, j'en sais rien... Donc voilà, il faut un peu de temps après pour digérer les choses, on comprend pas trop d'ailleurs pourquoi ça nous arrive parfois...</p>	<p>Oui, ça m'est arrivé... Ouais ouais. À cause de mon jeune âge à l'époque, c'était au tout début où j'étais diplômée, donc j'avais vingt-quatre... Une patiente c'était faite violer pendant mon service, ça m'avait vraiment chamboulée. La patiente avait mon âge... T'as vingt-quatre ans, t'as pas de recul en fait. C'était compliqué cette situation, sur un week-end, sans présence médicale... Tu te demande ce que tu fais de la patiente, et du patient qui l'a violée. Le patient je m'en occupais plus, ça c'est clair. J'en ai parlé avec les médecins et les collègues, je voulais plus m'en occuper ça c'est clair... Je leur ai clairement dit que je le trouvais « Dégueulasse ». J'ai pu le dire, je le trouvais « Immonde et dégueulasse »... Complètement. Quand je le voyais, il me répugnait complet, et ça se voyait tellement que toute neutralité avait disparue, ça se voyait direct donc il valait mieux pas que je m'en occupe... Je sentais que je pouvais pas ne pas lui transmettre ce que je ressentais.</p>	<p>Ouais... Ça m'est arrivé une fois. Ça remonte il y a quelques temps, un patient qui était mineur, on l'a beaucoup porté... À un moment donné je me suis retrouvé dans une position qui... (silence) Qui pour moi n'était plus du tout une bonne position, parce que sans que je m'en rende compte il m'a mis dans cet espèce de truc où... (Silence) T'es plus vraiment soignante, où il commence à dire « Toi t'es ma soignante préférée, avec toi je peux rigoler, t'es ci, t'es ça... ». Et puis il a fini par me lancer « Toi tu pourrais être ma sœur », alors tu recadres mais... (Silence) Il m'a embarqué dans son truc petit à petit, parce que je me suis rendu compte que... (Silence) Quand j'étais pas au boulot physiquement, j'y étais quand même dans ma tête parce que ce patient là je l'emmenais avec moi tous les soirs, j'étais beaucoup plus laxiste, beaucoup plus cool avec lui, je lui tolérais énormément de choses... Et surtout que je prenais vraiment trop à cœur ce qui pouvait se passer dans sa vie, que ce soit l'évolution de sa maladie, là où il en était de son parcours pénal, de ses projets, des relations avec sa familles...</p>

Question	Infirmier A.	Infirmière B.	Infirmière C.
<p data-bbox="163 292 622 432"> Question 7 Vous êtes-vous déjà senti dépassé par vos émotions dans le cadre de la relation avec un patient ? </p>	<p data-bbox="645 252 1115 1394"> Après il y a la peur. J'ai déjà ressenti de la peur. La peur ça nous protège, c'est essentiel dans notre métier. J'ai déjà ressenti de la peur, mais ça m'a jamais débordé, ça a plutôt déclenché en moi des choses utiles et pragmatiques. La peur fait faire beaucoup de choses, donc je me sens pas du tout à l'abri un jour d'être complètement sidéré devant une situation qui me fera... Voilà hein, on est pas à l'abri d'être débordé je pense. On a tous des limites, comme un vase ou un verre, à un moment ouais ça déborde. Il faut penser à vider un petit peu, faut écoper de temps en temps. C'est aussi ça le risque : De livrer des émotions, un débordement ou pas, à quelqu'un qu'on connaît pas bien... Le risque c'est de se sentir juger, que la personne confonde, ne distingue pas ce qu'on est au fond avec ce qui se passe là actuellement. C'est tout le travail de la supervision, quand un psychologue vient de l'extérieur, qu'on parle de ces situations là... Lui fait vraiment l'effort de bien faire le distingo entre les éléments rapportés comme ça et la nature de la personne. </p>	<p data-bbox="1133 252 1594 839"> Ah, j'avais envie de lui dire qu'il était « dégueulasse » ! Pour autant ça m'affectait pas chez moi, enfin si... Peut-être que je me suis demandée si j'avais bien fait mon travail, si j'avais mis les bonnes actions en place pour protéger la patiente. Une fois que j'avais déversé mon venin auprès de mes collègues ça allait mieux quand même. C'est le médecin finalement qui a expliqué au patient qu'il fallait qu'il s'adresse à une autre infirmière que moi au vu de ce qu'il c'était passé. Les choses avaient été cadrées dans tout ce fouilli (rires). </p>	<p data-bbox="1617 252 2078 1283"> Et il y a eu des fois où quand je rentrais chez moi j'étais totalement vidée, d'être en colère sans savoir pourquoi, d'avoir envie de pleurer alors que au final... J'étais pas concernée. Je me suis mise à vivre ce que lui du coup quelque part pouvait pas ressentir, je me suis retrouvée à vivre des émotions qui me débordaient complètement... Quand il était pas bien, j'étais pas bien, quand il était bien j'étais bien, quand j'étais pas au boulot je me demandais comment il allait... J'ai fini par me rendre compte que ce que je ressentais ne m'appartenait pas. Dans ces cas là... C'est compliqué. Il faut retrouver la bonne distance, faut remettre les choses à plat. En parler avec tes collègues, savoir dire « Les gars, je peux plus le prendre en charge de manière privilégiée car j'ai dépassé mon rôle de soignante parce que là je m'implique personnellement ». Tu peux pas t'impliquer à ce point là, sinon tu te fais bouffer. Il faut se remettre en question. </p>

Question	Infirmier A.	Infirmière B.	Infirmière C.
<p data-bbox="163 292 622 432"> Question 7 Vous êtes-vous déjà senti dépassé par vos émotions dans le cadre de la relation avec un patient ? </p>	<p data-bbox="640 252 1111 1394"> Après le psychologue c'est quelqu'un qu'on ne voit pas dans le service en dehors de ce temps là. Mais c'est là la difficulté, c'est de se livrer avec ses collègues parce qu'on va devoir retravailler avec eux après. C'est bien et c'est pas bien. C'est bien quand c'est bien compris comme ça ça permet de mieux comprendre ses collègues et encore de mieux de travailler, parce qu'on est dans la confiance, parce qu'on sait jusqu'où l'autre peut aller et revenir... Après semer le trouble avec des gens qu'on ne connaît que peu professionnellement et livrer comme ça de manière très brute et spontanée ses ressentis... (Silence) Je pense qu'il faut réfléchir à ce moment là. Il faut éviter de... De passer pour un hystérique complet ou quelqu'un qui donne l'impression qu'il est toujours débordé par ses émotions. Tu vois, donc généralement on choisi quand même avec qui on parle. Moi je te dis, mon binôme pour la proximité journalière avec qui j'ai avec lui, ou avec quelqu'un avec qui j'ai plus d'affinité en matière de lecture clinique. </p>		<p data-bbox="1612 252 2080 1318"> Sur le moment je m'en rendais pas compte, c'est les gens qui m'en ont fait prendre conscience en me disant « Putain mais arrête, lâche le truc, t'es en repos ! Arrête de penser boulot, prend du recul ! ». Pourquoi spécifiquement sur ce patient là j'ai une collègue qui me dit que je dois prendre du recul ? Tu fais de l'éducatif, tu fais du soin, du relationnel mais à un moment donné il faut savoir moins s'investir en tant qu'être humain pour pas que ça vienne empiéter sur ta vie personnelle. J'ai commencé à un parler à des proches, à une pote qui est dans le milieu aussi... Elle m'a dit que je tournais en boucle, que j'étais plus à ma place de soignante, on a refait le monde... Fait de la psy de comptoir (rires). Après j'en ai parlé à des collègues, j'ai choisi ces collègues, pour dire que là je me suis faites bouffer complètement par ce patient là, il a vraiment fallu que j'en parle parce que ça venait difficile pour moi d'aller au boulot. Pas énormément de gens l'ont su au final. </p>

Question	Infirmier A.	Infirmière B.	Infirmière C.
<p data-bbox="163 292 622 432"> Question 7 Vous êtes-vous déjà senti dépassé par vos émotions dans le cadre de la relation avec un patient ? </p>	<p data-bbox="645 252 1115 1246"> Après je pense qu'il y a des cas de montées comme ça qui peuvent se résoudre d'elles-mêmes, sans rendre la confiance indispensable. Le mot indispensable me dérange un peu. Par contre je pense que c'est très important, je pense que dans 90% des cas on a pas à faire l'économie de la confiance. Pour les 10% restants des instants difficiles, on peut aussi vouloir gérer ça seul et c'est pas forcément quelque chose de mauvais. Si ce n'est pas quelque chose qui revient, qui réapparaît dans la pratique ou qui repose question... Il faut pas non plus psychologiser n'importe quelle situations... Parfois y'a un moment difficile, on s'est mal levé le matin (rire)... Quand c'est que ça, est-ce que c'est nécessaire de partager... Non, garder les choses pour soi, ça peut avoir du sens. C'est pas forcément de la rétention, ça peut avoir du sens quand on sait ce qu'il se passe en soit et qu'on sait qu'on est assez fort pour passer au-dessus. </p>		<p data-bbox="1615 252 2078 655"> J'en ai parlé à ma binôme surtout, en lui disant « Stop, je peux pas y aller, si il pleure je vais encore pleurer, je vais rentrer chez moi et je vais être mal... ». C'est pas facile mais petit à petit tu reprends ta place, faut l'expliquer au patient aussi, lui faire comprendre que chacun doit reprendre sa place. Bizarrement, celui qui l'a le mieux vécu c'est le patient. </p>

Question	Infirmier A.	Infirmière B.	Infirmière C.
<p align="center">Question 7</p> <p align="center">Vous êtes-vous déjà senti dépassé par vos émotions dans le cadre de la relation avec un patient ?</p>			
<p align="center">Question 8</p> <p align="center">Selon vous, quelle est la place des émotions de l'infirmier dans le soin ?</p>	<p>Je pense que de toute façon, la place... L'émotion va se l'attribuer. C'est très difficile de laisser une place à l'émotion. Souvent l'émotion prend la place qu'elle veut prendre... Après c'est plutôt qu'est-ce qu'on en fait et est-ce que c'est nécessaire pour le soin. Moi je pense que ce qui est nécessaire c'est surtout d'être à l'écoute de ses émotions, c'est pas tellement d'en ressentir ou non. Mais d'être à l'écoute quand elles arrivent, comment elles viennent, quelle est l'intensité, pourquoi elle vient à ce moment là, pourquoi c'est avec telle personne... ? Voilà ce qui va vraiment nous aider à... À soigner l'autre du mieux qu'on peut. Parce qu'on aura compris ce qu'on ressent.</p>	<p>C'est compliqué (silence)... J'en sais rien du tout... Tout dépend de comment tu vois le « truc » des émotions. Pour moi c'est pas le plus important. Le fait que tu es un être humain et qu'en face t'as un être humain... Tu peux pas dire que tu ressens pas d'émotions et qu'elles n'ont pas de place. C'est inévitable. J'ai déjà vu une patiente qui avait fait un infanticide, j'arrivais pas à m'en occuper parce que j'avais pas analysé ce que je ressentais vis à vis d'elle. Tant que j'ai pas compris le pourquoi du comment je laissais volontiers ma place aux autres pour pas qu'il y ai un impact sur sa prise en charge.</p>	<p>Je pense que... (Silence) Dans notre quotidien, la base de notre boulot c'est les émotions. Ces patients là t'en a beaucoup qui ressentent des émotions mais qui ne sont pas forcément adaptées... Qui peuvent être en incapacité totale de les exprimer. Qui finalement vont faire jouer chez toi des choses. Tu peux passer par toutes les émotions, colère, joie, tristesse, peur... (Silence) Toutes les émotions imaginables, que ce soit positif ou négatif. Je pense qu'à la base c'est super important de bien se connaître, savoir ce que toi, en fonction de telle situation tu ressens, quels sont tes propres ressentis à toi...</p>

Question	Infirmier A.	Infirmière B.	Infirmière C.
<p align="center">Question 8 Selon vous, quelle est la place des émotions de l'infirmier dans le soin ?</p>	<p>Quand il y a des phénomènes de transfert qui se font entre soignant et patient... Je pense que oui, l'émotion en elle même n'est pas indispensable, mais lorsqu'elle arrive il faut savoir pourquoi elle prend telle place ou autant de place que ça ou aussi peu, pourquoi elle s'installe chez les uns et pas chez les autres... Et quelle type d'émotion, de la colère, de la tristesse, on en fait pas la même chose ! Ça nous amène à affiner notre pratique parce qu'on s'adapte à l'autre quand on analyse un peu mieux ce qu'il nous fait ressentir. Je pense que c'est ça.</p>	<p>Puis j'ai finalement percuté au final qu'elle m'interpellait sur des sujets très ciblés et elle me faisait entrer dans des trucs dans lesquels je voulais pas entrer... Elle m'interpellait comme femme et pas comme mère, vu que je n'ai pas d'enfant. Je ne sais pas ce que c'est de perdre un enfant, et elle me parlait toujours de la perte du sien. C'était très pervers. Puis lorsque j'ai pu analyser mes ressentis j'ai pu m'en occuper et la prendre en charge... Ça a du prendre quinze jours ou trois semaines. Il faut identifier ce qu'on ressent, c'est comme ça que ça marche. Donc l'émotion a sa place mais elle doit être identifiée. Le tout c'est de faire la différence entre ce qui se passe au travail et chez toi... Tu vois ? De pas ramener ça chez toi.</p>	<p>Pour que quand le patient va te transmettre ses émotions, te balancer ta vie et ses angoisses... Tu sois en mesure de les recevoir. Ne pas vouloir prendre ses émotions, je pense que c'est dangereux... Interdire à ton patient de te faire vivre ces émotions je pense que c'est pas possible. Je pense que c'est pas anodin. Quand t'es inquiet pour un patient... (Silence) Tu peux avoir peur pour un patient, tu peux être inquiet pour un patient... Si ça tu t'interdis de le ressentir, tu perds ton authenticité, tu biaises ta relation avec le patient et ton authenticité. Je suis certaine que 99% de nos patients ressentent des émotions, sauf qu'ils ne savent pas comment les faire ressortir, à un moment donné il va falloir que toi tu ailles les chercher et derrière il va falloir que t'en ai pas rien à foutre, sinon t'as aucune crédibilité. Donc les émotions, je pense que c'est la base de notre boulot. Les patients nous font ressentir des choses, ce que eux n'arrivent pas à exprimer, ils vont te le faire ressentir...</p>

Question	Infirmier A.	Infirmière B.	Infirmière C.
<p align="center">Question 8 Selon vous, quelle est la place des émotions de l'infirmier dans le soin ?</p>			<p>Donc si tu te caches derrière ces émotions là, si tu ne veux pas t'en servir, ça marchera jamais. Après faut pas non plus se laisser bouffer par ces émotions là, il faut que derrière tu y mette du sens... Et en faire part au patient, lui dire « Aujourd'hui vous m'avez l'air joyeux, triste, et j'en passe ». Après on peut se planter. On a vu des gens qui refusent de travailler avec leurs émotions pour se protéger, le problème c'est qu'à un moment donné ça t'atteint forcément et si tu refuses que ça t'atteigne... Faut changer de boulot. Tu bosses avec des êtres humains, tu peux pas t'en passer. L'émotion c'est la base de la vie de l'être humain et si tu ne la considère pas tu vas droit dans le mur.</p>
<p align="center">Question 9 Dans votre exercice d'infirmier avez-vous déjà été confronté à un patient qui vous a renvoyé des émotions très négatives ?</p>	<p>Oui, alors c'était... (Silence) Essentiellement des... (Silence) Un discours... (Silence) Y'en a pas eu beaucoup vraiment... (Silence). Mais y a eu un discours ouais. Avec un caractère pervers, empreint de sadisme aussi... (Silence) Où là, oui...</p>	<p>Oui... Comme on en parlait tout à l'heure. Je me suis dit que le patient était « mal », « dangereux » pour lui même et les autres. J'ai mis des barrières en place. Même si sur le moment j'avais pas l'impression de réfléchir à tout ça. J'ai essayé de repérer divers éléments, est-ce qu'il est délirant ? Est-ce qu'il peut recommencer ?</p>	<p>Ça m'est arrivé une fois, un patient qui m'avait agressée... Sur le moment j'ai eu très peur... Non, non. Sur le moment j'ai strictement rien percuté de ce qui c'était passé et après j'ai eu très peur et je pensais que ça allait s'arrêter à la peur.</p>

Question	Infirmier A.	Infirmière B.	Infirmière C.
<p>Question 9</p> <p>Dans votre exercice d'infirmier avez-vous déjà été confronté à un patient qui vous a renvoyé des émotions très négatives ?</p>	<p>Le patient jouit un petit peu de cette rétention d'information ou il livre la moitié des choses en vous laissant deviner que le reste est encore plus horrible. Des choses comme ça où... Le patient te prend par la main pour t'emmener dans le truc le plus nauséabond qui soit tout en te souriant pour te faire comprendre que pour lui ça va, que c'est toi qui a un problème, pas lui. Ça c'est parfois difficile à vivre, on sait pas pourquoi mais c'est pas systématisé, certains jours on aura beaucoup plus de facilité à mettre de la distance avec ce genre de discours et puis un autre jour ça va nous remplir complètement, ça va rentrer à l'intérieur de nous, on se sent un petit peu sali, un petit peu violé psychiquement. On avait pas envie de penser à ça et pourtant il nous à emmené là et on s'en veut de s'être laissé emmener là... C'est plus ça. Un mélange de culpabilité, de colère contre lui, de colère contre soi, et puis d'avoir l'impression de s'être mis dans une impasse et qu'il y a rien à faire.</p>	<p>Mais les émotions étaient là quand même, surtout après coup... Du coup j'en ai parlé au boulot, le lendemain, j'en ai discuté avec le médecin... Les collègues... On a posé les choses. Mais c'est parce que j'avais 24ans, aujourd'hui je ne pense pas que je pourrais être face à cette situation aujourd'hui... Même si ça m'arrive de pester un peu dans le bureau infirmier, d'être virulente (rires) : Je dis « Il est moche ! », « Il m'énervé ! ». Tu peux pas avoir une pensée lisse, tu vois tu peux pas te dire... « Tout va bien dans le meilleur des mondes, je les aime tous ! » (rires). Ma méthode c'est de me libérer, bon j'exagère, je surjoue, je décharge finalement... Comme parfois tu peux surjouer devant le patient quand il a besoin d'être recadré et qu'il faut hausser le ton, parce qu'à ce moment là hausser le ton aura plus d'impact et tu le sais, qu'il faut que tu sois un peu « la maman qui gronde » en gros... Je le surjoue tout ça. Et parfois je râle dans le bureau mais je surjoue, ça me fait du bien, ça m'amuse... Il faut aussi s'amuser, il faut rigoler. Ça fait tenir.</p>	<p>Finalement quand je suis revenue dans l'unité je me suis rendu compte que j'étais hyper en colère, d'abord contre le médecin et l'encadrement, parce que c'est toujours plus facile de se déverser sur ces gens là... Et au fur à mesure je me suis rendue compte que j'étais en colère contre le patient parce que j'ai pas compris, j'ai pas pu anticiper et que j'ai rien pu gérer à ce moment là. Il m'a fallu quatre ans avant de pouvoir dire « Ok, je met tous mes ressentis de côté ». La première fois que j'ai été confrontée à ce patient après l'agression, j'avais qu'une envie c'était de lui taper dessus, c'était la première fois que... (Silence) On sait que ça fait partie des risques du métier, mais cette agression j'ai pas su la gérer, du moins je l'ai géré comme j'ai pu mais... (Silence) C'était fini, je me disais « C'est toi ou moi, on va régler nos comptes ». Pourtant c'était très compliqué de reconnaître que j'étais en colère contre lui. Au final les choses ont été reprises avec ce médecin et le patient et ça allait mieux... Mais dans l'unité il y a toujours des personnes qui sont en colère contre lui par rapport à ce qu'il s'est passé.</p>

Question	Infirmier A.	Infirmière B.	Infirmière C.
<p>Question 9</p> <p>Dans votre exercice d'infirmier avez-vous déjà été confronté à un patient qui vous a renvoyé des émotions très négatives ?</p>	<p>Je pense que l'impuissance, même si elle peut prendre plein de formes en psychiatrie, ça peut être vraiment dérangeant de se sentir impuissant d'une situation... (Silence) Et pourtant ça arrive plein de fois (rires). Tout le temps ! Mais... C'est le paradoxe, autant on annonce un cancer à quelqu'un on se sentira impuissant parce qu'on a pas les moyens, autant parfois, se rendre compte qu'au fil des entretiens, de semaines de prises en charge, après quelques pistes, après des essais de médicaments, et retomber quand même dans une impasse en réalisant qu'on s'est complètement trompés et que de toute façon ça ne mènera à rien... L'impuissance laisse la place au découragement et là c'est dur quand même... (Silence) Ouais... (Silence). Moi j'essaye de me contenir, parce que j'ai pas... J'ai beaucoup moins confiance en moi quand je suis dans cette situation. Je me dis dès lors que les mots sont importants, ceux qui vont sortir... Je fais très attention à ce que je dis, à ce que je fais, aux gestes, aux postures que je peux avoir en entretien...</p>	<p>Tu peux pas tout le temps être sérieux à fond, avoir tout le temps la bonne parole, la bonne pensée.. C'est des menteurs les infirmiers qui te disent ça... C'est comme quand je « gronde » un patient... C'est une image quoi. Je leur crie pas dessus non plus.</p>	<p>Je me suis vraiment sentie coupable de ressentir tout ça, je m'en voulais aussi, énormément, de pas pouvoir aller au delà de cette colère. De pas pouvoir fonctionner avec lui comme je fonctionnais avec les autres. Tout était mélangé, j'étais en colère par rapport à ce qu'il avait fait, je m'en voulais de pas pouvoir passer au delà de ça, je m'en voulais de pas avoir pu anticiper ce passage à l'acte... Plus je m'en voulais et plus je culpabilisais, plus j'étais en colère contre lui... C'était un cercle vicieux. T'as beau penser à la théorie, te dire que c'est la blouse blanche qu'on attaque et pas toi... (Silence) J'étais en incapacité totale de penser ça. Tu ne veux pas et t'es en incapacité totale de faire ça.</p>

Question	Infirmier A.	Infirmière B.	Infirmière C.
<p style="text-align: center;">Question 9</p> <p style="text-align: center;">Dans votre exercice d'infirmier avez-vous déjà été confronté à un patient qui vous a renvoyé des émotions très négatives ?</p>	<p>C'est souvent en entretien que ça se passe ce genre de réactions. Je surveille tout ça, je me met en pause faciale... (rires) Verbale... D'expression... Pour essayer de vite reprendre les choses avec le médecin après l'entretien, il faut vite que je le dise, ça peut pas se régler seul, et dès que je le dis... La tension diminue et après on peut commencer à parler. On n'est plus dans l'agir, dans le fantasme de l'agissement, on est vraiment dans le post-entretien et ça y est: la porte s'est refermée et là je peux reprendre une fonction plus soignante. C'est ramener les choses au professionnel... Bon on se sent toujours professionnel quand on est attaqués comme ça, parce que c'est la fonction soignante qu'on attaque quand le patient te fait entendre que de toute façon tu ne fais rien pour lui. C'est pas personnellement que je me sens attaqué, le personnel c'est presque plus facile à gérer en fait. L'impuissance, elle est sur le registre du professionnel, pas sur le registre du personnel.</p>		

Question	Infirmier A.	Infirmière B.	Infirmière C.
<p data-bbox="322 292 461 320">Question 9</p> <p data-bbox="165 328 618 469">Dans votre exercice d'infirmier avez-vous déjà été confronté à un patient qui vous a renvoyé des émotions très négatives ?</p>	<p data-bbox="640 252 1111 1433"> Quand on est attaqués sur un registre professionnel, oui on a besoin de s'adresser à un autre professionnel tout de suite. Ouais, c'est vrai que je pourrais pas me tourner vers un copain lambda, ça aurait pas du tout le même effet sur moi. J'essaye de faire en sorte que ça reste vers le professionnel et que ça ne monte pas en moi et que ça ne prenne pas le pas sur le personnel, c'est ça le plus dur en fait. Quand on est attaqués sur un registre professionnel c'est que ça prenne le pas après sur ce qu'on est vraiment, notre personnalité, notre nature profonde, est-ce qu'on est vraiment si gentil que ça au fond, est-ce qu'on est vraiment tournés vers les autre ? Est-ce qu'on fait pas ça pour tendre la main à la fin du mois pour le salaire ? Tu vois... C'est toutes ces questions là que ça nous renvoie... (Silence) On a beau dire à travers la télé, à travers machin qu'on fait un métier difficile mais y'a aussi d'autres manières de le faire ce métier, enfin bon voilà. C'est ça que ça attaque, donc là c'est difficile, et je pense que s'adresser à un membre de l'équipe tout de suite c'est pour moi la meilleure chose à faire. </p>		

Question	Infirmier A.	Infirmière B.	Infirmière C.
<p>Question 10</p> <p>Selon Carl Rogers, un soignant doit être congruent dans son lien au patient : C'est à dire qu'il doit être authentique, fidèle à ce qu'il est et ce qu'il ressent. D'après lui, on ne doit pas se cacher derrière un masque de professionnalisme. Qu'en pensez-vous ?</p>	<p>Je trouve que c'est bien en lien avec ce que je disais, l'émotion est-ce qu'on lui laisse une place ? Ou est-ce que c'est elle qui prend sa place ? Je pense que l'émotion prend sa place. Quand on essaye de gérer, de contenir les choses, de tout faire pour ne pas ressentir et ne pas montrer ce qu'on ressent... On ressent quand même et on montre qu'on veut pas ressentir. Il existe une sensibilité de la part de certains patients qui de toute façon va vite mettre en lumière l'importance de cette congruence. Le manque de congruence est vite pointé du doigt par des patients parfois complètement psychotiques et détachés de la réalité, des patient qui vont vite mettre le doigt sur l'absence de congruence, qui vont vite voir qu'on ne croit pas à ce qu'on dit, à ce qu'on paraît... Je pense qu'on s'adresse à des humains, qu'on est en quelque sorte un point de référence de la réalité pour certains patient. La congruence c'est une première image de la réalité qu'on doit leur renvoyer. Quand on exprime des choses qui sont différentes de ce qu'on pense on est déjà dans une réalité biaisée.</p>	<p>Moi je sais ce que je pense, ce que je ressens dans les moments où je m'adresse au patient, je m'en cache pas. Je sais pourquoi je fais telle ou telle chose. Je serais pas congruente si... En gros... Comme je te disais, si j'avais la pensée lisse, que je ne ressentais rien de négatif et que tout ce que je ressentais de négatif je l'étouffais... Et que quand t'es au travail tu mets ton petit masque et t'es l'infirmière idéale. Parfois quand un patient me saoule je leur dit... Je vais pas leur dire « Continuez, vous ne me saoulez pas du tout ». Quand ça fait quinze fois qu'ils te demandent la même chose, et que ça fait quinze fois que tu leur dit la même chose, à un moment donné il faut leur dire stop. Parce que c'est la réalité, qu'il faut qu'ils se rendent compte qu'ils ont un être humain en face. Et que l'autre être humain en face il a des limites, donc si lui n'est pas capable de poser des limites, l'autre le fera. Je trouve que c'est une bonne définition de la congruence, en tout cas moi elle me convient. J'ai pas l'impression de me cacher derrière un masque quand je « gronde » un patient, je vois avant tout l'intérêt du patient.</p>	<p>Je suis d'accord sur le fond, l'authenticité c'est la base... Faut être fidèle à ce qu'on est, ce qu'on ressent. Ouais, je suis d'accord. Il y a une certaine imprévisibilité dans les réactions de nos patients, tu te rend vite compte qu'il y a des choses que tu peux dire et des choses que tu ne peux pas dire. C'est plus en ça que... (Silence) Pour moi il y a pas de masques soignants, on est tous différents, mais je pense qu'il y a un... (Silence) Un truc auquel tu te raccroche, que ce soit des protocoles ou autres, mais tu te cache pas derrière, juste tu t'appuie là dessus pour homogénéiser ta prise en charge. Parfois t'es obligé de l'appliquer, t'as beau être toi et être authentique mais tu te fies aussi aux règles qu'on te donne, aux règles de l'hôpital. Tu peux pas tout dire à ton patient, tu peux pas te permettre de dire tout ce qui te passe par la tête... Un patient qui t'emmerde, tu peux pas lui dire « Putain tu me fais chier », tu vas y mettre les formes lui dire « Vous m'avez l'air agité, agacé... » c'est aussi ça être congruent, être congruent vis à vis du patient, de soi, et de son statut de soignant.</p>

Question	Infirmier A.	Infirmière B.	Infirmière C.
<p>Question 10</p> <p>Selon Carl Rogers, un soignant doit être congruent dans son lien au patient : C'est à dire qu'il doit être authentique, fidèle à ce qu'il est et ce qu'il ressent. D'après lui, on ne doit pas se cacher derrière un masque de professionnalisme. Qu'en pensez-vous ?</p>	<p>C'est comme ça que je l'entend, c'est la nécessité d'une vraie relation authentique et surtout de se mettre à l'abri d'un patient qui se rend compte de l'absence de congruence. Ça va mettre à mal toute la relation parce que si on est capable de mentir pour des choses comme ça, ça va remettre en question tout le reste. Y'a des gens qui y arrivent, puis d'autres qui n'arrivent pas à être congruent. Certains ne peuvent pas s'empêcher de montrer ce qu'ils ressentent et d'autres contiennent très bien, on ne sait jamais vraiment ce qu'ils pensent. Alors bon, il faut composer avec tout, mais moi c'est comme ça que je le vis. D'une manière plus personnelle, j'aurais du mal à vivre une vie avec un métier où la congruence n'existe pas. Après pour moi être congruent c'est pas forcément mettre sur la table toutes ces émotions de manière brute et transparente. Être congruent pour moi c'est mettre en œuvre une façon de parler et d'être en lien avec ce qu'on veut apporter à la personne, donc si on ressent de la colère et qu'on est capable d'adopter un discours précis, cadrant et soignant avec la personne :</p>	<p>Je crois à ce que je fais, et je crois que c'est bien pour le patient. Parfois on peut faire des choses parce qu'il faut le faire, qu'on nous demande de le faire... Si on me demande d'accompagner un patient à faire quelque chose et que je sais qu'il ne le fera pas, ce qui est intéressant c'est de prendre en d'abord un temps et lui dire « Monsieur je suis censée vous aider pour faire ci ou ça, mais comme vous vous bougez pas et que vous ne voulez rien faire et qu'en gros j'ai l'impression que ce qu'on vous demande ça sert à rien alors qu'est-ce qu'on fait maintenant tous les deux ? ». Là c'est intéressant ouais. C'est ça qu'il faut faire à mon sens. Avant j'osais pas certaines choses, je ne me permettais pas... J'avais un masque professionnel « parfait »... Puis un jour j'ai eu un patient qui me demandait toutes les minutes sa cigarette. Il arrêtait pas, il m'a vraiment mise à bout, j'étais comme ça « Oui, dans une heure la cigarette, dans cinquante-neuf minutes, dans cinquante-huit minutes... », et ainsi de suite.</p>	

Question	Infirmier A.	Infirmière B.	Infirmière C.
<p data-bbox="315 292 472 320">Question 10</p> <p data-bbox="165 328 622 619">Selon Carl Rogers, un soignant doit être congruent dans son lien au patient : C'est à dire qu'il doit être authentique, fidèle à ce qu'il est et ce qu'il ressent. D'après lui, on ne doit pas se cacher derrière un masque de professionnalisme. Qu'en pensez-vous ?</p>	<p data-bbox="640 252 1113 469">Si on est conscient de cette contre-attitude et de ce mouvement de colère et qu'on renvoie ces éléments négatifs du discours d'une autre manière mais en vivant malgré tout cette colère : Il y a de la congruence.</p>	<p data-bbox="1126 252 1599 1428">T'imagines le truc ? Et au bout de quatre heures que tu travailles ! Toutes les minutes il est venu te demander, jusqu'au moment où il m'a dit « Quand vous en aurez marre que je vous le demande, vous me le direz et j'arrêterai ». Et là... J'ai dit « Oui, j'en ai marre », il m'a répondu « Bon c'est une clope par heure ? Je reviens dans une heure alors ». Tu vois ce que je veux dire ? Et là tu te dis... « Ah ouais ! Je vais tous leur dire qu'ils me saoulent ! » (rires) T'imagines ? « Dès qu'il y en a un qui m'énerve, je vais leur dire : Toi tu m'énerve, toi tu m'énerve » (rires) Non, mais je rigole mais parfois faut vraiment les mettre dans la réalité. Les surprotéger, c'est pas forcément leur rendre service, faut pas forcément y aller avec des pincettes. Tout dépend de la personnalité du patient, de la sensibilité qui lui est propre. Il y a la maladie mais il y a la sensibilité et la personnalité. Si c'est quelqu'un d'ultra sensible, bah ouais, faut pas lui rentrer dedans c'est clair, ce serait contre-productif ! C'est bien pour eux qu'ils entendent que la personne en face à des limites. C'est un autre angle de voir les choses.</p>	

Question	Infirmier A.	Infirmière B.	Infirmière C.
<p align="center">Question 11 Vous est-il arrivé d'être incongruent dans une relation au patient ?</p>	<p>Que je ne sois pas congruent... Oui. Généralement ça arrive dans des choses... Plutôt passives. Où je vais manquer cruellement d'espoir pour le patient en question. Je vais pas réussir à porter cet espoir pour lui parce que j'y crois pas, parce que j'ai l'impression qu'il y a rien à faire, qu'il fera parti de ces patients là qui sont un peu perdus et qui vont s'écraser sur le dernier mur de l'hôpital et qui vont finir dans un service. C'est tout ce truc là qu'on voit en noir, où on se désespère du patient le plus lourd du service, où on voit pas d'issues. Et alors là oui, clairement j'ai pu manquer de congruence quand je m'adressais à lui pour lui dire « Allez faites un effort, ça va bien s'arranger ! » (rires). Là non, je pense que j'étais peu congruent là par exemple, ça a bien du se voir, et puis ça doit se voir aussi dans mon application au jour le jour avec ce patient là. Il y en a eu beaucoup de patients comme ça. C'est des patients difficiles sur la longueur, souvent c'est des patients qui restent très longtemps et il faut travailler là-dessus de toute façon. Travailler sur cette perte d'espoir, se satisfaire du mieux...</p>	<p>Alors... Si la congruence c'est être en accord avec soi-même sur l'action qu'on mène... Ce serait pas être d'accord avec une action que je mène... ? (Silence) Ouais, parce qu'on est une équipe aussi. Faut qu'il y ai une certaine cohérence d'équipe... T'as un patient en chambre d'isolement par exemple : L'équipe qui le prend en charge estime que ce serait bien de faire comme ci ou comme ça, mais ils ont besoin de moi pour faire à leur façon... Et qu'ils ont déjà expliqué au patient comment le soin allait se dérouler. Je vais pas arriver et dire « Non il faut faire comme moi je vois les choses ». Tu vois ce que je veux dire ? Faut garder une certaine cohérence dans le soin aussi... Que le patient se rende compte que l'équipe est solide aussi. Quand une chose elle est décidée, elle est décidée, même si je suis pas d'accord je vais aller le faire. Finalement je ferais pas le truc à contre cœur... Ça va pas me transcender non plus, mais je vais penser que ce sera pas bénéfique, que ça aura servi à rien. On peut pas tous voir les choses de la même façon, c'est comme ça.</p>	<p>Ouais, ouais... Sur un patient qui était complètement... Complètement décompensé. On se contentait de lui donner 10mg de Valium, pour moi ça n'avait aucun sens. Je pouvais pas lui dire que son traitement servait à rien, je serais plus soignante autrement. Quand il me demandait si c'était important qu'il le prenne, je disais que oui mais j'étais absolument pas convaincue par ce que je disais. Tu donnes l'impression d'être disponible et en fait... C'est rare quand même, c'est vraiment quand je suis en désaccord sur des prises en charge et ça arrive principalement sur les traitements. On se dit quand même « Comment je peux arrive à le convaincre alors que j'y crois pas ? ». Dire à un patient « Si, ça va vous faire du bien... », alors que toi tu y crois pas, franchement c'est culpabilisant quand même. Je pense pas que le patient s'en rende compte, j'ai jamais été confrontée à ça en tout cas... Tiens, d'ailleurs c'était pas 10mg de Valium mais 5mg. Parfois aussi t'as le sentiment quand même que quoi que tu fasses, quoi que tu dises, la fin est déjà écrite.</p>

Question	Infirmier A.	Infirmière B.	Infirmière C.
<p align="center">Question 11 Vous est-il arrivé d'être incongruent dans une relation au patient ?</p>	<p>Du moins pire plutôt. C'est quand on commence à se satisfaire du moins pire que je commence à vaciller un peu, et pour porter après l'espoir vers l'amélioration c'est dur, c'est un peu « fake ». C'est de se sentir « fake » pour moi quand on est pas congruent, je sais pas comment le traduire autrement... C'est être faux quoi, c'est bidon. Ton engagement il est bidon, t'y crois pas vraiment. C'est surdimensionné des fois l'intérêt qu'on peut porter sur un truc... Même le patient il demande pas ça, ça lui fait pas du bien, c'est là où c'est « fake »... On peut s'entraîner vers des mauvais trucs ! Les deux personnes s'en foutent mais personne se le dit ! Le patient ça lui apporte rien et il s'en fout de ce que tu lui dis, toi, ça t'apporte pas grand chose de t'en occuper à ce moment là et tu t'en fous de ce que tu lui dis. Tout le monde s'en fout ! Et les gens se parlent plus comme ça, donc tu vois ça peut aller loin. D'où l'importance de se remettre en question, sinon on est foutu.</p>	<p>Peut-être que c'est pas vraiment de l'incongruence... Parce qu'il y a la congruence de l'équipe aussi. En tout cas, moi je le vis pas mal, j'accepte la cohésion d'équipe, c'est important. Même si je pense parfois qu'on pourra rien tirer de telle ou telle chose. Toi t'es la masse blanche dans ces moments là, le bloc, tu vas pas mettre en avant ton désaccord... Du moins pas devant le patient, après tu peux toujours négocier en privé avec l'équipe.</p>	<p>Même si tu t'accroches en disant au patient « Mais si, il y a vos enfants, votre travail, machin, truc... ». Ça arrive de pas être convaincu du tout, dans ce cas là je le dis à mes collègues et je passe le relais à quelqu'un qui y croit plus si c'est possible. Maintenant, ce qu'on fait au quotidien c'est de la réassurance, et parfois pour le faire tu vas enjoliver un petit peu le truc... Tu vas utiliser un discours typiquement soignant... Tout est quand même très lié à la relation que tu as avec le médecin avec qui tu bosses, si t'es pas sur la même longueur d'onde que lui c'est compliqué. Si t'es en total désaccord avec la décision d'un médecin, la meilleure solution ça reste d'orienter le patient vers le médecin. Tu vois le Valium, quand je le donnais à ce patient... Je lui disais d'en reparler en entretien avec le médecin par exemple. On s'y retrouve à peu près comme ça. Faut toujours se dire que quand on est en difficulté vis à vis d'une prise en charge, qu'on y croit pas, le patient peut potentiellement s'en rendre compte. Faut éviter ça, savoir passer le relais.</p>

Question	Infirmier A.	Infirmière B.	Infirmière C.
<p align="center">Question 11 Vous est-il arrivé d'être incongruent dans une relation au patient ?</p>	<p>À avancer avec la certitude que de toute façon t'as ta façon de faire et qu'elle n'est pas moins bonne qu'une autre, que tu vois pas pourquoi tu te demanderais ce qui va pas... Ça peut ressembler à du chipotage, tout au long de ta vie professionnelle mais c'est du chipotage indispensable et une oxymore.</p>		
<p align="center">Question 12 Le psychologue Germain Lietaer a écrit que la principale qualité pour être un bon soignant c'est d'être « solide comme un roc »... Qu'en pensez-vous ?</p>	<p>Solide... Être solide... (Silence) La solidité ça me parle, j'y vois quelque chose de bien. Solide dans ses convictions, dans sa posture soignante, dans son envie de bien faire. Est-ce que solide ça veut dire se prendre des vagues de tempête sans jamais bouger et en ayant la même allure... Je trouve ça un peu illusoire quand même, en tout cas je me reconnais pas là-dedans. J'ai une image très bonne et très juste dont m'a parlé un psychiatre par rapport au compagnon d'une personne état limite... Il disait que pour ce compagnon il fallait en fait ressembler à un canapé. Je préfère l'image du canapé à l'image du roc solide parce que le canapé il a ce truc qu'on peut se vautrer dedans, sauter dedans même de deux mètres de haut, s'affaler dedans...</p>	<p>Je trouve ça nul... Ça voudrait dire que toutes les infirmières qui ont connu un burn-out sont des mauvaises infirmières ? C'est vraiment dur je trouve. Y'a plein de personnalités différentes, il y a des personnalités très fragiles et ces personnalités peuvent être utiles et être très bénéfiques dans une équipe... Elles ramassent grave, mais elles sont utiles (rires). Non, sérieusement, après c'est aux collègues de faire en sorte que ces personnes là ne deviennent pas des « sacrifiées ». Je reviens là-dessus mais... Ça souligne un peu ce que je disais sur l'importance et la complémentarité des équipes... Des personnalité dans les équipes. T'as pas à être solide comme un roc, tu dois juste être fidèle à toi-même, te faire confiance.</p>	<p>Le roc c'est chiant parce que ça casse jamais, c'est trop dur... C'est trop... Dans le fond oui mais... (Silence) J'aime beaucoup l'idée de la main de fer dans un gant de velours, faut être à la fois assez solide pour recevoir ce que le patient va te déposer et en même temps suffisamment honnête pour accepter que tu puisses avoir des failles, des faiblesses et des difficultés. Le roc c'est imposant, massif, tu peux te le frapper et ça casse jamais... Personne ne peut être comme ça, c'est impossible. Nous on s'abîme pas mais on apprend en même temps que nos patients, tous les petits coups, ce que les patients peuvent nous raconter, ça nous laisse une petite marque.</p>

Question	Infirmier A.	Infirmière B.	Infirmière C.
<p>Question 12</p> <p>Le psychologue Germain Lietaer a écrit que la principale qualité pour être un bon soignant c'est d'être « solide comme un roc »... Qu'en pensez-vous ?</p>	<p>Le tout avec l'état limite c'est que quand on s'enlève du canapé... Le canapé reprend sa forme ! À nouveau cette forme accueillante, avec cette assise ferme, ces accoudoirs et ces possibilités de se détendre. J'aimais bien cette image du canapé qui reprenait sa forme, tant bien que mal. Là encore, le canapé à beau être de bonne qualité, l'assise se creuse un peu, le tissu s'use un peu, mais il garde cette fonction de canapé. Je préfère cette image à celle du roc solide, le roc solide c'est un peu désespérant car c'est là où les choses viennent s'écraser. Je me sens pas solide comme un roc, mais j'ai l'impression d'être un bon canapé. En plus ça laisse aucune chance aux bouteilles à la mer car ça pourrait les casser (rires)...</p>		<p>Chaque petite marque est un bénéfice supplémentaire qu'on peut réutiliser ensuite, ces petits accros là font partie de notre apprentissage et peuvent nous permettre de faire évoluer les patients. Le roc à toujours la même présentation, il n'y a pas moyen de négocier, il bouge pas, reste identique. Après... Solide comme un roc, oui mais... Avec cette possibilité d'évoluer et de s'adapter.</p>
<p>Question 13</p> <p>À l'issue de cet entretien, y a-t-il d'autres éléments que vous souhaiteriez ajouter ?</p>	<p>Pour avoir croisé plein de professionnels, puis je suis investis avec les élèves infirmiers depuis un certain temps maintenant... J'ai croisé beaucoup de façons de vivre les émotions et ce dont je suis persuadé c'est qu'il n'y a pas de règles.</p>	<p>Non, je pense qu'on a bien fait le tour de la question (rires).</p>	<p>Non, encore une fois je pense que les émotions c'est la base. Sans ça tu peux pas bosser. Faut pas avoir peur des émotions faut apprendre à les décrypter, à vivre avec. Faut pas hésiter quand t'as un truc qui te chiffonne...</p>

Question	Infirmier A.	Infirmière B.	Infirmière C.
<p style="text-align: center;">Question 13 À l'issu de cet entretien, y a-t-il d'autres éléments que vous souhaiteriez ajouter ?</p>	<p>Le vécu émotif des gens ne signe pas du tout une capacité à travailler en psychiatrie ou ailleurs... Après voilà, les émotions n'empêchent rien, le fait de les vivre, de les ressentir... Ça peut être un inconvénient parfois mais ça n'empêche rien. La seule condition c'est ne pas s'oublier, ne pas se soigner en voulant soigner. Se mettre à mal dans ce métier, avoir du mal à gérer ses émotions mais se dire « Allez, tant pis, j'y vais quand même... Même si je ressens ce truc tellement dur en moi. »... Au bout d'un moment faut pas s'infliger des choses affreuses, y'a des tas d'autres métiers sur la terre... Faut pas s'infliger ça. On voit des moments difficiles, des histoires difficiles, après pourquoi on fait ce choix là c'est une autre question. Mais, les émotions voilà... C'est bien d'en vivre, c'est bien d'en avoir, on peut travailler avec à condition qu'elles ne nous envahissent pas et qu'on en soit pas esclave... Sinon on est foutu.</p>		<p>Ce qui est important ce que nous on va en faire de ces ressentis là. Si tu travailles pas avec tes émotions t'avancera pas. C'est un gros sujet, hyper intéressant.</p>

Author: ROUGIÉ Fabien

Title: Strong as a rock

Initial question:

“How can the nurses manage their emotions to combine care and congruence ?”

Keywords:

Emotions, congruence, authenticity, relational care, psychic suffering, psychiatry.

Summary:

As he began his third year of nursing training, this student had to treat a patient who was incarcerated for pedophilia. This encounter triggered a counterproductive emotional process regarding care.

Through a theoretical study and a survey of nurses working in a penitentiary psychiatric hospital, this research, carried out as part of his final work, enabled him to put words on these emotions which made him feel guilty.

Can a patient make us feel strong emotions? Should nurses not be affected by these emotions? Is it only possible? What are the consequences for them and how to deal with these emotional outbursts?

The purpose of this work was to enable him to find answers to these questions.

Auteur : ROUGIÉ Fabien

Titre: Solide comme un roc

Question de départ :

« *Comment les infirmiers peuvent-ils gérer leurs émotions pour allier soins et congruence ?* »

Mots-clés :

Émotion, congruence, authenticité, soins relationnels, souffrance psychique, psychiatrie.

Résumé :

Alors qu'il entame sa troisième année d'étude, cet étudiants en soins infirmiers s'est retrouvé confronté à un patient incarcéré pour des faits de pédophilie. Cette rencontre a enclenché un processus émotionnel contre-productif pour les soins.

À travers une enquête théorique et d'une enquête auprès d'infirmiers exerçant dans un hôpital pénitentiaire et spécialisé en psychiatrie, cette recherche menée dans le cadre de son travail de fin d'étude lui a permis de poser des mots sur ces émotions qu'il vivait avec culpabilité.

Le patient peut-il nous faire vivre des émotions fortes ? L'infirmier doit-il se laisser atteindre ? Est-ce seulement possible ? Quelles conséquences sur lui et comment faire face à ces débordements émotionnels ?

L'objectif de ce travail était de trouver des réponses à ces questions.