

RUIZ Emy

« Quand les émotions du passé influent sur le présent. »

Travail de Fin d'Etudes en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Infirmier



3.4.S.6 : Initiation à la démarche de recherche

5.6.S.6 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

6.2.S.6 : Anglais

IFSI MONTPELLIER

Promotion 2013-2016

Cadre de suivi : Me Gonzalez

Remerciements

Je tiens en premier lieu à remercier Me Gonzalez pour sa disponibilité et son soutien le long de la formation. Je tiens également à la remercier pour son suivi lors de ce travail de fin d'études.

Je tiens également à remercier les professionnels de santé qui ont su écouter mes doutes et mes peurs lors d'expériences difficiles en stage et grâce à qui j'en suis ressortie gagnante et grandie.

Un grand merci à ma sœur pour sa relecture attentive. Merci à elle et à ma mère pour tout ce temps au téléphone à discuter de ce travail de fin d'études pour me rassurer et ouvrir mon esprit.

Un dernier remerciement à mes amis et à mon compagnon, sans qui je n'aurais certainement pas réussi à me détendre le long de ce travail.

*«On ne choisit pas les émotions qui nous bouleversent, c'est instinctif, spontané, et
jamais calculé.»¹*

Graham Greene

¹ GREENE G. (1904-1991) Auteur britannique

Sommaire

Introduction	1
I. Des situations d'appel à la question de départ	2
A. Description des situations d'appel.....	2
B. Cheminement, questionnements et élaboration de la question de départ ..	3
II. Recherches théoriques	5
A. Emotions	5
1. <i>L'émotion, définition</i>	5
2. <i>D'où viennent les émotions ?</i>	5
3. <i>Les quatre grandes émotions et leur utilité</i>	6
4. <i>L'émotion et sa neurobiologie</i>	8
B. Relation soignant-soigné	9
1. <i>La relation soignant-soigné, définition</i>	9
2. <i>Prérequis à l'établissement de la relation d'aide</i>	9
3. <i>L'infirmier : un professionnel de santé mais aussi un individu</i>	10
C. Impact des émotions sur la relation soignant-soigné	11
1. <i>Infirmier et émotions : longtemps séparés mais inséparables</i>	11
2. <i>Contre-transfert et Elastique</i>	12
3. <i>Conséquences dans la relation soignant-soigné</i>	13
4. <i>Qu'en font les infirmiers ?</i>	14
III. Recherche Empirique	15
A. Présentation du dispositif et des modalités d'enquête.....	15
1. <i>Choix et construction de l'outil d'enquête</i>	15
2. <i>Choix des lieux et des populations</i>	15
3. <i>Présentation des professionnels et modalités de réalisation</i>	16
4. <i>Méthode de traitement des données recueillies</i>	16
B. Analyse des données et confrontation à la recherche théorique	16
1. <i>Les émotions et leur place dans le soin</i>	16
2. <i>Modifications de la relation soignant-soigné dues au contre-transfert</i> ...	17
3. <i>Retentissements psychologiques pour l'infirmier</i>	19
4. <i>Quelles solutions pour s'aider soi-même ?</i>	19
IV. Problématisation	21
Conclusion	23
Bibliographie.....	
Annexe.....	

Introduction

A l'issue de la formation en soins infirmiers et en vue de l'obtention du diplôme d'état, un travail de fin d'études nous est demandé. Celui-ci a pour but de nous initier à la recherche tout en approfondissant des thématiques qui nous ont interrogées durant notre formation.

Pour moi, les émotions font partie intégrante de la vie, de ma vie, du patient, du soignant, et donc plus généralement de l'humain. C'est respecter mes valeurs que de vivre en harmonie avec mes émotions et avec celles d'autrui. Pour moi, être infirmière, c'est soigner avec ses mains, soigner avec sa parole, mais aussi soigner avec ses émotions. Quelle surprise lorsque je me suis rendue compte que ces émotions auxquelles je suis tant attachées pouvaient me desservir !

Avant d'entrer en formation et étant une personne sensible, je me doutais que je risquais de croiser, au fil des stages, des situations émotionnellement difficiles. J'avais vaguement notion de situations qui m'étaient encore inconnues, telles que la fin de vie, l'annonce de la maladie grave, la tristesse et le désespoir d'un patient. Cependant, j'avais nettement moins conscience que j'allais rencontrer des situations, croiser des patients avec des histoires de vies qui me feraient échos, qui feraient appel à ma mémoire et à mes instincts primitifs.

C'est donc suite à ces expériences que j'ai décidé d'orienter mon travail de fin d'études sur les émotions de l'infirmier et leur impact dans la relation soignant-soigné.

Ainsi, dans ce travail, j'ai commencé par développer les concepts d'émotions et de relation soignant-soigné, puis j'ai effectué des recherches sur la rencontre de ces deux éléments. J'ai ensuite mené une recherche empirique et j'ai, pour finir, confronté la théorie avec le vécu d'infirmiers sur le terrain.

I. Des situations d'appel à la question de départ

A. Description des situations d'appel

J'ai vécu ma première situation lors de mon stage en psychiatrie adulte intra-hospitalier, où j'ai eu la possibilité grâce au parcours prévu de l'étudiant d'aller observer pendant deux semaines le fonctionnement de l'hôpital de jour (HDJ) rattaché au secteur correspondant.

La journée s'y découpe en plusieurs temps. Un temps d'accueil le matin, suivi d'un temps de soins à médiation (élaboration du journal, soins avec l'ergothérapeute, gym douce, écoute musicale etc...). Viennent ensuite le repas puis un deuxième temps de soins à médiation. Généralement, les patients repartent directement après leur activité de l'après midi. Les patients viennent soit de leur plein gré, soit parce qu'il font l'objet d'une obligation de soins.

Mr L, 35 ans, atteint d'une schizophrénie paranoïde, vient trois jours par semaine et est sous obligation de soins. Il est sous étroite surveillance depuis quelques mois car l'équipe trouve qu'il n'est plus aussi stable qu'il pouvait l'être auparavant.

Ce jour là était mon dernier à l'HDJ. Le matin, cinq patients dont Mr L ont participé au soin à médiation nommé « Sucré & Salé » et ils y avaient fait des pizzas. Je n'étais pas présente lors du soin car j'étais allée à la médiathèque avec d'autres patients. Arrivés au moment du repas, nous avons commencé à découper les cinq pizzas. Pendant qu'une infirmière et moi nous occupions de cela, l'infirmier référent de Mr L a commencé à distribuer les parts déjà coupées. Mr L demande à quoi sont les autres pizzas. L'infirmier lui répond que c'est Mr L qui était présent lors de leur confection et que c'était donc lui qui était mieux placé pour répondre à cette question, l'infirmier n'ayant pas participé à l'activité. Mr L est monté d'un coup, se sentant persécuté par l'infirmier, tenant des propos injurieux à son égard, criant, délirant. Tous les infirmiers présents se sont occupés de la situation. Ils ont fait descendre Mr L à l'étage inférieur (la salle de repas est au 1er étage), loin des autres patients que cela commençait à perturber. Après prescription médicale, il lui a été administré une dose supplémentaire de neuroleptique. Il s'est ensuite calmé, n'a pas participé au soin à médiation de l'après midi car il n'a pas été jugé apte par l'équipe à mener une activité de groupe, mais il est resté présent dans le service.

Pendant l'altercation, j'étais spectatrice. La situation m'a renvoyée à des expériences personnelles antérieures et je me suis donc retrouvée sous l'emprise de plusieurs émotions: angoisse et peur panique dans un premier temps, culpabilité par la suite car j'ai été dans l'impossibilité d'agir.

Ma seconde situation est arrivée lors de mon stage en psychiatrie, la deuxième semaine. Il s'agissait d'un service comprenant un secteur ouvert et un secteur fermé. Ce jour-là, je suivais les infirmières qui allaient du côté fermé. Suite à un dysfonctionnement de l'organisation du service, je n'avais pas de clefs et j'étais obligée de me déplacer exclusivement avec elles.

C'était le moment du repas. Comme tous les jours, les IDE distribuent les médicaments avant que le repas soit servi. La distribution du repas se passe dans un calme relatif puisque Mr M. est agité, logorrhéique mais canalisable. Mr A. est assis à la table de Mr M. et tente de discuter calmement avec ce dernier. D'un coup, Mr M. se lève et se met à crier, s'énerve contre Mr A. car, de ce que nous avons pu comprendre, celui-ci a tenu des propos racistes. Seulement, Mr A n'a pas réussi à se calmer et les propos de Mr M. l'ont conforté dans le délire de persécution dans lequel il était depuis son entrée. Les interventions soignantes n'ont eu que peu d'effet et Mr A. est vite monté en pression. Les infirmiers ont donc choisi de mettre Mr A. à part et de le surveiller de près. L'éloigner de Mr M. a été suffisant pour qu'il se calme et continue son repas, mais assis seul à une table.

Pendant toute cette situation, j'ai ressenti angoisse, impuissance et surtout la volonté de sortir de la pièce, alors que cela m'était impossible puisque je n'avais pas de clef, ce qui a donc majoré mon angoisse.

B. Cheminement, questionnements et élaboration de la question de départ

Suite à ces différentes situations, j'ai mené une réflexion pendant plusieurs mois. Je me suis d'abord interrogée sur la façon de ne plus me retrouver dans l'incapacité de réagir. Je me suis donc renseignée sur des moyens d'analyse de situations qui m'ont permis de faire une introspection, un retour sur moi-même afin de mieux comprendre mes réactions. J'ai ainsi utilisé le modèle SECCA

(Stimulus Emotion Cognition Comportement et mécanismes d'Anticipation) utilisé en thérapie cognitivo-comportementale qui permet, au travers d'une introspection, de comprendre ses mécanismes de pensée et ses comportements.

Ce travail fait, mes questionnements se sont élargis. En effet, une fois mes réactions comprises, je me suis demandé quelles avaient été leur impact sur la prise en soins du patient. A quel point les émotions du soignant pouvaient-elles modifier, influencer la relation de soins qu'il pouvait avoir avec le patient?

J'ai tout de suite eu la volonté d'élargir cette question à tous les services car, si mon expérience me bloquait en psychiatrie, chacun a des expériences de vie différentes qui peuvent se retrouver dans n'importe quel service. Je me suis dit que je n'étais pas la seule à vivre ce genre de situations et je me suis demandé comment les soignants, les professionnels de santé les géraient, au fil de leur expérience. Comment finissent-ils, consciemment ou inconsciemment par agir avec les patients qui les renvoient dans des situations difficiles ? S'impliquent-ils plus ? Deviennent-ils froids pour se protéger ? Justement, quels moyens ont-ils trouvés pour se défendre ? Toutes ces interrogations m'ont donc amenée à cette question de départ :

Dans quelle mesure les émotions de l'infirmier qui le ramènent à un vécu douloureux influent-elles la relation soignant-soigné ?

II. Recherches théoriques

A. Emotions

1. L'émotion, définition

D'après FERNANDEZ L., professeur des universités en philosophie et sciences humaines, repris par FORMARIER M. (2009) dans « Les concepts en soins infirmiers », le mot émotion a été construit à partir du mot « motion » qui signifie mouvement en ancien français. Au XV^{ème} siècle, il est utilisé dans le sens de « trouble moral »². LELORD F. et ANDRE C. (2001), tout deux psychiatres, introduisent le concept d'émotion dans leur livre « La force des émotions » via une définition provenant du dictionnaire de Furetière publié en 1690 retranscrite en français actuel :

*« Mouvement extraordinaire qui agite le corps ou l'esprit et qui en trouble l'assiette. La fièvre commence et finit par une petite émotion du pouls. Quand on fait quelques exercices violents, on se sent de l'émotion dans tout le corps. Un amant sent de l'émotion à la vue de sa maitresse, un lâche à la vue de son ennemi. »*³

Dans une optique plus moderne, le dictionnaire le Robert cité par FERNANDEZ L. dans le livre de FORMARIER M. (2009) dit que l'émotion est une « réaction affective brusque et momentanée, agréable ou pénible, souvent accompagnée de manifestations physiques ou de troubles physiologiques »⁴. Nous pouvons donc constater que la première définition, datant pourtant du XVII^{ème} siècle, contient quelques points communs avec la définition moderne de l'émotion: les notions de modification de l'état, de manifestations physiques, de réactions et ressentis psychologiques. Il n'est cependant pas défini ni nommé quelles sont ces émotions.

2. D'où viennent les émotions ?

Ce que nous remarquons, c'est que les émotions restent abstraites. Bien que nous arrivions la plupart du temps à les identifier, leur origine et fonctionnement restent incertains.

² Formarier M., Jovic L.(sous la direction de), *Les concepts en soins infirmiers*, Mallet Conseil, 2009, p158.

³ Andre C., Lelord F., *La Force des Émotion*, Odile Jacob, 2001, p14.

⁴ Formarier M., Jovic L., 2009, Op.Cit., p158.

Il existe cependant quatre grandes théories autour des émotions, de leur origine. La première est issue du courant théorique évolutionniste fondé par DARWIN C., biologiste et naturaliste du XIX^{ème} siècle, qui dit que les émotions sont dans nos gènes⁵. Elles seraient le résultat de l'évolution, permettant à l'Homme et même à l'animal, de se préserver (la peur protège, le désir assure la descendance etc.).

La deuxième théorie est issue du courant théorique physiologiste mené par JAMES W., psychologue et philosophe américain du XIX^{ème} siècle qui dit que nous sommes émus car notre corps est ému⁶. En effet, notre corps réagirait à un stimulus extérieur, et c'est cette réaction du corps qui engendrerait l'émotion : c'est le fait de trembler qui nous amène à ressentir la peur. C'est le comportement somatique qui va faire ressentir une émotion.

La troisième théorie est issue du courant théorique cognitiviste mené par Epictète, philosophe du I^{er} siècle après J-C, qui dit que nous sommes émus parce que nous pensons⁷. En effet, selon la pensée que nous mettons derrière un événement, le ressenti sera différent. Si je pense qu'un ami ne veut plus me voir, son manque de nouvelles me rendra triste, alors que si je pense qu'il lui est peut-être arrivé un accident, l'absence de nouvelles me rendra inquiet.

La quatrième et dernière théorie est issue du courant théorique culturaliste mené par MEAD M., anthropologue américaine du XX^{ème} siècle, qui dit que nous sommes émus parce que c'est culturel⁸. Car nous avons appris à ressentir certaines émotions précises dans des situations précises (comme être en colère lorsque notre patron nous a refusé une augmentation).

Dans leur ouvrage, LELORD F. et ANDRE C. s'accordent pour dire qu'aucune de ces théories n'est entièrement vraie, mais que surtout, elles sont toutes complémentaires, chacune d'elles n'étudiant qu'une partie différente du concept de l'émotion.

3. Les quatre grandes émotions et leur utilité

Lors des parties précédentes, nous avons évoqué quelques émotions: la peur, le désir, la colère, l'inquiétude. Au travers de son étude sur les expressions

⁵ Andre C., Lelord F., 2001, Op. Cit. p.16.

⁶ Ibid. p.18.

⁷ Ibid. p.20.

⁸ Ibid. p.21.

faciales et des comportements animaliers⁹, DARWIN C. (2001) considère que la joie, la surprise, la tristesse, la peur, le dégoût et la colère sont les six émotions principales car représentées dans toutes les civilisations par des expressions faciales similaires. Dans ses travaux EKMAN P. (2004) étend les émotions au nombre de seize mais recentre sur quatre dites de base: la peur, la colère, la tristesse et la joie¹⁰. Nous nous centrerons donc sur ces dernières lors de cette étude.

Le petit Larousse (2006) définit la peur comme étant un « 1. *Sentiment de forte inquiétude, d'alarme, en présence ou à la pensée d'un danger, d'une menace. [...] 2. Etat de crainte, de frayeur dans une situation précise.* »¹¹ Elle se manifeste par des tremblements, une augmentation de la fréquence cardiaque, un visage qui pâlit, le corps qui refroidit. La peur a plusieurs fonctions : elle est l'émotion de la perception du danger et elle prépare à une action physique de fuite ou de protection (se battre ou rester immobile).¹²

Le petit Larousse (2006) définit la colère comme étant un « *Etat violent et passager résultant du sentiment d'avoir été agressé ou offensé* »¹³. D'après LELORD F. et ANDRE C. (2001)¹⁴, elle se manifeste par une augmentation du tonus musculaire, une sensation de chaleur, une rougeur de la face, une augmentation de la tension artérielle, de la fréquence respiratoire. Elle aurait une double fonction : préparer au combat et éviter ce même combat en intimidant l'autre.¹⁵

Le petit Larousse (2006) définit la tristesse comme étant un « *Etat naturel ou accidentel de chagrin, de mélancolie ; caractère d'une chose triste* »¹⁶. Elle se manifeste principalement par une expression faciale précise alliant une inclination des sourcils et un abaissement des commissures des lèvres. Elle est parfois accompagnée de larmes. La tristesse a plusieurs fonctions : elle sert à éviter les situations qui la provoquent, à se retirer des actions et à réfléchir sur ses propres erreurs, à attirer attention et sympathie d'autrui et à se protéger momentanément d'autrui.¹⁷

⁹ Darwin C. *L'expression des émotions chez l'homme et les animaux (2eme édition)*, Rivages. 2001.

¹⁰ Ekman P. *Emotions Revealed: Recognizing Faces and Feelings to Improve Communication and Emotional Life*, Henry Holt and CO., 2004.

¹¹ *Le Petit Larousse Illustré*, Editions Larousse, 2006.

¹² Andre C., Lelord F., 2001, Op. Cit., p.270-273.

¹³ *Le Petit Larousse Illustré*, 2006, Op. Cit.

¹⁴ Andre C., Lelord F., 2001, Op. Cit., p.32.

¹⁵ Ibid. p34.

¹⁶ *Le Petit Larousse Illustré*, 2006, Op. Cit.

¹⁷ Andre C., Lelord F., 2001, Op. Cit., p.153-162.

Le petit Larousse (2006) définit la joie comme étant un « [...] *Etat de satisfaction qui se manifeste part de la gaiété et de la bonne humeur [...]* »¹⁸. La joie se manifeste principalement par le sourire. Elle peut être accompagnée de manifestations physiques plus expressives (se rouler à terre, s'embrasser, sautiller etc.) mais le « vrai » sourire reste l'expression faciale présente dans toutes les cultures. La joie est parfois accompagnée de larmes de bonheur. La joie, et la bonne humeur en général pousseraient à aider l'autre, rendraient plus créatif, permettraient de mieux décider et de se sentir plus courageux.

De ces quatre points vus précédemment nous pouvons tirer une conclusion: que l'émotion soit positive ou négative, elle aide l'Homme à se positionner de manière adéquate et à préparer son corps à agir dans des situations données.

4. L'émotion et sa neurobiologie

Nous avons pu voir précédemment que les émotions avaient un retentissement sur notre corps, provoquant des réactions physiologiques. Ainsi, l'apparition de l'imagerie médicale et notamment l'imagerie par résonance magnétique (IRM), de scanner et de la tomographie par émission de positons (TEP) ont permis aux neurobiologistes de faire de grandes avancées dans la compréhension neurobiologique de nos émotions. Ces examens permettent d'observer avec précision les structures anatomiques de notre cerveau mais également de l'observer en fonctionnement.

Les neurobiologistes ont ainsi défini le système limbique comme siège des émotions. Suite à un stimulus, l'information est envoyée à la partie du cortex qui traite les informations sensorielles. Cette information transite ensuite vers le cortex préfrontal pour être traitée, mais également vers le système limbique. Ensuite, l'hippocampe et les amygdales établissent la réaction à adopter (plaisir, déplaisir, fuite, riposte etc.). A ce moment, l'hypothalamus envoie des messages chimiques aux deux entités du système neurovégétatif : les systèmes sympathiques et parasympathiques. Ceux-ci vont être stimulés par la sécrétion d'hormones comme la noradrénaline, l'adrénaline ou l'acétylcholine et vont être à l'origine de réactions physiologiques (modification des fréquences cardiaques et respiratoires, coloration de la peau, sécrétions glandulaires, contraction musculaire, etc.)¹⁹.

¹⁸ Le Petit Larousse Illustré, 2006, Op. Cit.

¹⁹ O'DY S. *Amour, tristesse, joie, colère... Emotions, ce que la science nous révèle*, [En ligne]. L'Express, le 2 décembre 1999.

B. Relation soignant-soigné

1. La relation soignant-soigné, définition

MAOUKIAN A. et MASSEBEUF A. (2001), tout deux psychologues et anciens enseignants en Institut de Formation en Soins Infirmiers, écrivent dans leur ouvrage « La relation soignant-soigné », « *Tout acte, tout geste technique ou de confort se situe au sein d'une relation soignant/soigné.* »²⁰ En effet, il n'est pas nécessaire d'aménager des temps formels pour engager la relation, elle passe avant tout par la communication du quotidien via « *les mots, les gestes, les mimiques, les positions du corps, les attitudes [...]* »²¹. Les auteurs incluent également ce qu'ils nomment « *accessoires* »²² tels que la tenue vestimentaire (uniforme, blouse d'hôpital etc.) et les attributs d'une fonction (bassin, urinoir, stéthoscope etc.). Tous ces éléments sont des supports permettant de passer et de recevoir des messages et influençant la mise en place de la relation soignant-soigné.

Le but premier de cette relation soignant-soigné est d'établir une relation de confiance pour aboutir enfin à la relation d'aide. Selon MAOUKIAN A. et MASSEBEUF A. (2001), il s'agit d' « *un moyen d'aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale et éventuellement professionnelle* »²³. Si les moyens d'y parvenir dépendent du soignant et du patient, du type de service où l'on exerce (un court séjour sera articulé différemment qu'un long séjour), il existe néanmoins des incontournables à l'établissement de la relation d'aide.

2. Prérequis à l'établissement de la relation d'aide

MAOUKIAN A. et MASSEBEUF A. (2001) citent dans leur ouvrage ROGERS C., psychologue humaniste, pour définir les concepts clefs de la relation d'aide. Il s'agit donc de l'empathie, la congruence et l'attitude positive inconditionnelle.

Selon ROGERS C. (1980) « *être empathique c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette*

²⁰ Manoukian A., Masseurbeuf A., *La relation soignant-soigné (2001) 2ème Edition.*, Lamarre, 2006, p.7.

²¹ Ibid p.8.

²² Ibid p.8.

²³ Ibid p.48.

personne mais sans jamais perdre de vue la condition du comme si »²⁴. D'après BIOY A., BOURGEOIS F. et NEGRE I., respectivement psychologue clinicien, cadre de soins et praticien hospitalier, dans leur ouvrage « La communication entre soignant-soigné: repères et pratiques », « *l'empathie permet d'augmenter l'estime de soi du patient, d'améliorer la qualité de la communication, et autorise enfin une verbalisation des émotions qui participe à la compréhension du patient et aux solutions à apporter à ses diverses difficultés* »²⁵.

Le deuxième point est la congruence il s'agit du « *...fait d'être authentique, d'adopter un discours qui correspond à son attitude non verbale* »²⁶. Pour ROGERS C. cité par BIOY A., BOURGEOIS F. et NEGRE I. (2003), « *la congruence se définit comme un temps où le soignant ressent des émotions, a conscience des émotions qu'il ressent et peut les exprimer au patient dans le contexte de sa rencontre avec lui.* »²⁷. D'après les auteurs, la congruence du soignant aurait pour but de permettre au patient d'entrer en contact avec ses propres émotions et de les accepter, de les exprimer et d'entrer en congruence avec lui-même.²⁸

Le troisième point est l'attitude positive inconditionnelle: « *L'attitude positive inconditionnelle consiste, quoi qu'il arrive ou puisse être dit par le patient, à garder une bienveillance pour l'être humain que l'on a en face de soi.[...] Elle implique l'abandon d'une attitude de pouvoir [...] en faveur d'une rencontre humaine et vraie.* »²⁹. Il s'agit donc de ne pas juger le patient, d'accepter son état, ses sentiments, ses comportements à un instant T afin qu'il puisse se sentir accepté entièrement en tant que personne.

3. L'infirmier : un professionnel de santé mais aussi un individu

Il existe une certaine limite à ces attentes précitées. En effet, le soignant, aussi efficace qu'il se doit d'être, reste un humain.

Ainsi, s'il se doit d'être empathique, cela n'est pas simple à mettre en place. Le soignant ne doit pas tomber dans la sympathie, c'est à dire créer un lien trop proche avec le patient, qui ne serait plus aidant.³⁰ Ainsi, MANOUKIAN A.,

²⁴ Manoukian A., Masseur A., *La relation soignant-soigné (2001) 2ème Edition.*, Lamarre, 2006, p.59.

²⁵ Bioy A., Bourgeois F., Negre I., *La communication entre soignant-soigné: repères et pratiques*, Editions Bréal, 2003, p28.

²⁶ IFSI Montpellier, Travaux Dirigés, *Relation soignant-soigné*, 2014.

²⁷ Bioy A., Bourgeois F., Negre I., 2003, Op. Cit., p30.

²⁸ Ibid. p.30.

²⁹ Ibid. p.32.

³⁰ Bioy A., Bourgeois F., Negre I., 2003, Op. Cit., p29.

BOURGEOIS F. et NEGRE I. (2003) conseillent de se poser régulièrement la question suivante : « *Puis-je me sentir suffisamment proche de ce patient tout en me sentant différent, et perdre tout réflexe de jugement et d'évaluation ?* »³¹.

Dans son ouvrage « Précis de soins relationnels » ARGENTY J. (2012), formateur en soins infirmiers, signale qu'il est humainement impossible pour le soignant d'être congruent en permanence.³²

Il convient ainsi que le soignant doit continuellement remettre en question sa pratique, mais surtout avoir une connaissance aigüe de sa personne afin d'être le plus congruent possible, mais surtout, pour qu'il puisse réagir lorsqu'il ne l'est plus.

C. Impact des émotions sur la relation soignant-soigné

1. Infirmier et émotions : longtemps séparés mais inséparables

PRAHIN J-J (1999), dans l'article « Emotions de soignant, émotions de soigné », dit que si les émotions sont universelles et interculturelles, nous avons appris à les cacher. Selon lui sont en cause les automatismes que nous aurions acquis dans l'enfance : « [...] nous avons développé une méfiance à l'égard de nos émotions [...]. Nous allons progressivement développer la croyance que ce que nous ressentons est "mauvais" »³³. De ces acquis découlent selon lui trois stratégies: réprimer les émotions, les substituer (substituer de la colère par de la tristesse par exemple), ou les amplifier.

Comme le souligne MERCADIER C. reprise par LANGLOIS G. (2010) dans l'article « Des émotions dans le soin », l'émotion est « *une dimension largement occultée de l'exercice du métier d'infirmière* »³⁴. Mettant en cause les normes sociétales actuelles qui selon elle ne laissent que peu de place à l'expression des émotions, MERCADIER C. remarque que « *les soignants se doivent de maîtriser leurs affects* »³⁵. Il en est même né le concept de « neutralité bienveillante » qui prône l'abandon de ses propres affects « chez soi » pour mieux soigner.³⁶ Concept vivement critiqué par CANOUI P., psychiatre, et PLOTTET E. dans l'article de

³¹ Ibid. p.29.

³² Argenty J., *Précis de soins relationnels*, Lamarre, 2012, chapitre 11.

³³ Prahin J-J., *Émotions de soignant, émotions de soigné*, Soins, avril 1999, n°634, p.15.

³⁴ Langlois G., *De l'émotion dans le soin*, L'infirmière magazine, août 2010, n°262, p.22.

³⁵ Ibid. p.22.

³⁶ Vandamme G., *Du cœur à l'ouvrage*, L'infirmière magazine, mars 2004, n°191, p.38.

VANDAMME G. (2004), cadre formatrice en soins infirmiers, car selon eux, c'est inapplicable dans la réalité.³⁷

Cependant, MERCADIER C. (2008) nuance la neutralité émotionnelle dans l'article « Le travail émotionnel des soignants: la face cachée du soin ». Selon elle, nous apprenons au cours de notre socialisation primaire et de notre professionnalisation ce qu'il est bon de ressentir et comment le montrer. Seulement, dès les premiers débordements d'émotions, ce que nous avons appris de l'expression de nos émotions n'est plus suffisant et ses limites se dessinent.³⁸

En effet, les émotions font partie intégrante du métier d'infirmier comme l'illustre MERCADIER C. (2008) en racontant les perceptions d'un soignant au cours d'un pansement³⁹. VANDAMME G. (2004) évoque, elle, des situations très répandues comme le décès d'un patient, l'annonce d'un diagnostic sans espoir, la guérison d'un patient.⁴⁰ Des situations du quotidien des soignants qui parlent d'elles-mêmes et illustrent l'existence des émotions du soignant dans la prise en soins des patients.

Mais qu'en est-il lorsque ces émotions ne sont pas celles qui correspondent à la norme ? Qu'en est-il lorsqu'il s'agit d'une émotion provenant d'une situation qui ramène le soignant à un vécu douloureux ?

2. Contre-transfert et Elastique

Le petit Larousse (2006) définit le contre-transfert comme étant l' « ensemble des réactions affectives conscientes ou inconscientes de l'analyste envers son patient »⁴¹. Il entre en jeu lorsque le soignant se trouve face à un patient auquel il peut s'identifier, ou identifier un proche.

Dans son ouvrage « Rives et dérives du contre-transfert », DENIS P. (2015), psychanalyste, retrace l'historique du contre-transfert. Ce concept a longtemps été difficile à définir, il a été considéré comme une faute de la part du professionnel de santé, le patient était accusé d'être volontairement à l'origine du contre-transfert suscité chez son soignant. Cependant, au fil des écrits, le contre-transfert a fini par être considéré comme incontournable pour le professionnel de santé, et si il a longtemps été considéré comme une source d'obstacles à la prise en soin du

³⁷ Ibid. p.38.

³⁸ Mercadier C., *Le travail émotionnel des soignants: la face cachée du soin*, Soins cadre de santé, février 2008, n°65 p.19.

³⁹ Ibid. p.19.

⁴⁰ Vandamme G., 2004, Op. Cit. p.38.

⁴¹ Le Petit Larousse Illustré, 2006, Op. Cit.

patient, HEIMANN P., psychanalyste et psychiatre britannique, le définit comme outil de soins.⁴²

RACKER H., psychanalyste argentin, distingue deux types de contre-transferts. Le premier est le contre-transfert direct : « *les patients représentent des personnages de l'inconscient de l'analyste ... leur amour sera recherché, ou quelque conflit réétabli* »⁴³. Le soignant contre-transfère donc des situations vécues dans sa vie privée, ponctuellement ou sur un temps plus long, avec un patient. VANDAMME G. (2004) l'illustre quand elle dit que « *l'arrivée d'un patient qui leur ressemble (même âge, même situation familiale)... peuvent ébranler fortement les professionnels de santé* »⁴⁴.

Le deuxième type de contre-transfert est indirect, l'analyste recherche, par l'intermédiaire du patient, à être reconnu, par exemple en ses qualités de chercheur, ou à être directement aimé par le patient.

PRAHIN J-J. (1999) évoque, lui, un fonctionnement nommé « l'élastique » . Il explique que « *une émotion est également amplifiée lorsqu'elle nous ramène à un événement ancien, caché dans notre inconscient* »⁴⁵. Il donne l'exemple du refus : si, enfant, le soignant a reçu des « non » injustifiés, qu'il a ressentis comme désespérants car il s'est senti rejeté, non aimé, il se peut qu'à l'instant où son patient lui oppose son refus, il se retrouve immédiatement et brutalement ramené à sa condition d'enfant désespéré.⁴⁶

3. Conséquences dans la relation soignant-soigné

Il va de soi que tous ces mécanismes ne sont pas sans conséquences sur la relation soignant-soigné.

Le premier, selon PRAHIN J-J (1999), est que « *le risque est grand [pour l'infirmière] de se retrouver piégée dans sa relation avec le patient et de perdre de vue sa mission première* »⁴⁷. Certains soignants auront tendance à adopter une attitude maternante, d'autres créeront des liens affectifs si fort que cela pourra altérer le jugement et donc, la prise de décision. Dans une situation plus poussée, le soignant pourra même chercher à influencer les choix du patient, utilisant presque le chantage affectif⁴⁸.

⁴² Denis P., *Rives et dérives du contre-transfert*, Presses Universitaires de France, 2015.

⁴³ Ibid. p.

⁴⁴ Vandamme G., 2004, Op. Cit. p.38.

⁴⁵ Prahin J-J., 1999, Op. Cit., p.16.

⁴⁶ Ibid. p.16.

⁴⁷ Ibid. p.16.

⁴⁸ Ibid. p.16.

CARILLO C. (2010), formatrice et consultante en relations humaines, évoque un second risque dans son ouvrage « Etre un soignant heureux, le défi », qui arrive lorsqu'il y a perte de contrôle des émotions. Elle explique que « *votre attitude sera une réaction "mécanique" à votre impulsion émotionnelle* »⁴⁹. La conséquence à terme est d'être dans l'impossibilité d'adapter son comportement en fonction des besoins du patient et d'être ainsi non-efficace.

Deux points ressortent de ces conséquences: l'altération de la prise en soins du patient et la souffrance psychique de l'infirmier.

4. Qu'en font les infirmiers ?

Les infirmiers développent donc plusieurs façons de réagir, d'évacuer. La première est d'adopter une distance professionnelle adaptée. Dans l'ouvrage « Distance professionnelle et qualité du soin » dirigé par PRAYEZ P. (2003), il est expliqué que les soignants auront tendance à adopter une distance défensive : « *le mouvement défensif se fait par distanciation symbolique, pour diminuer le sentiment d'intimité affective. On peut ainsi toucher l'autre « objectivement » sans se laisser toucher « subjectivement »* »⁵⁰ Comme le souligne PRAYEZ P. (2003), le risque à terme de cette attitude serait la déshumanisation du soin et serait par conséquent une injustice pour le patient.⁵¹

D'autres infirmières, comme en témoigne PLOTTET E. (2004) dans l'article « Du cœur à l'ouvrage », expriment ce qu'elles ressentent : « *ce qui m'a aidé ... c'est le partage avec mes collègues. Quand on vit des choses comme cela en équipe, c'est quelque chose qui vous porte, qui vous grandit et qui vous permet d'aller plus loin* »⁵². Néanmoins, les infirmiers déplorent le manque de temps ou d'espaces dédiés à cette expression des affects : « *Aujourd'hui, compte tenu de l'évolution du temps, de la charge de travail et du raccourcissement de la durée de séjour, ces moments sont difficiles à trouver. Chacun se débrouille avec cet espace affectif* »⁵³.

HABITOUCHE B. (2010), infirmière et psychologue clinicienne, elle, conseille les groupes de parole formels. Si elle souligne qu'ils ne sont obligatoires qu'en services de soins palliatifs, elle estime néanmoins qu'ils devraient être accessibles à

⁴⁹ Carillo C., *Etre un soignant heureux : le défi. Fluidifier les relations et apprivoiser les émotions*, Elsevier Masson, 2010, p.14.

Prayez P. (sous la direction de), *Distance professionnelle et qualité du soin*, Lamarre, 2003, p.31

⁵¹ Ibid. p.41.

⁵² Vandamme G., 2004, Op. Cit. p.38.

⁵³ Ibid p.38.

tout professionnel de santé. A défaut de ces groupes de parole, elle va jusqu'à conseiller aux infirmiers en souffrance d'aller voir un psychologue.⁵⁴

Nous pouvons ainsi remarquer que si dans un premiers temps les infirmiers auraient tendance à se distancer des patients, ils recherchent tout de même à exprimer ce qu'ils ressentent pour pouvoir mieux vivre avec leurs émotions.

III. Recherche Empirique

A. Présentation du dispositif et des modalités d'enquête

1. Choix et construction de l'outil d'enquête

Pour effectuer la recherche empirique, j'ai utilisé des entretiens semi-directif. Il s'agit d'un outil de recherche qualitatif partiellement structuré permettant à l'interrogé de répondre librement à des thèmes introduits par le guide d'entretien.

J'ai construit un premier guide d'entretien que je suis allée tester en service. Suite à ce test, je me suis rendue compte que certaines questions n'étaient pas assez précises. J'ai donc modifié mon guide d'entretien pour arriver à sa version finale que j'ai utilisé pour ce travail. (annexe 1)

2. Choix des lieux et des populations

Comme expliqué lors de mon cheminement personnel, j'ai choisi d'élargir mon questionnement à tous les services. J'ai néanmoins ciblé sur des services pouvant être lourds psychologiquement et regroupant des pathologies répandues en France.

J'ai choisi d'interroger des infirmier(e)s qui ont relativement de l'expérience dans le métier pour augmenter mes chances de rencontrer des infirmier(e)s qui pouvaient répondre à mes questions. Selon moi, plus l'infirmier avait de l'expérience, plus il y avait de chance que ce type de situation lui soit arrivé. Finalement, dans le cadre de l'organisation des services, je n'ai pas interrogé des infirmiers forcément très expérimentés, mais cela n'a pas engendré de difficultés.

⁵⁴ Langlois G., 2010, Op. Cit., p.25

3. Présentation des professionnels et modalités de réalisation

	Service	Diplômé depuis	Formation complémentaire
Infirmier n°1	Réanimation	7 ans	Diplôme universitaire de soins palliatifs
Infirmier n°2	Soins de longue durée en gériatrie	6 ans	Non
Infirmier n°3	Hématologie soins intensifs	2 ans	Non

Chaque entretien a pu être réalisé dans un environnement calme. J'ai spécifié à chaque l'un d'eux que l'entretien serait anonymisé et j'ai obtenu leur accord oral au préalable avant d'enregistrer.

4. Méthode de traitement des données recueillies

Pour analyser les données recueillies, j'ai d'abord reformulé avec des mots clés et des phrases courtes les idées principales de chaque réponse à chaque question de chaque infirmier. En faisant ainsi, j'ai pu remarquer que des thèmes étaient récurrents dans leurs réponses. Ainsi, les différents points à aborder lors de mon analyse se sont construits très spontanément. J'ai ensuite, dans chaque partie, regroupé les données et les ai comparées à mes recherches théoriques pour mettre en évidence les similitudes, les différences et les points de vue nouveaux.

B. Analyse des données et confrontation à la recherche théorique

1. Les émotions et leur place dans le soin

Lors des entretiens, les trois infirmières m'ont assuré avoir ressenti de fortes émotions dans l'exercice de leurs fonctions. Si dans mes recherches théoriques je m'étais limitée à la joie, la tristesse, la colère et la peur, les infirmières déclinent ces

émotions en plusieurs nuances : « *beaucoup de peine, beaucoup de compassion* », de l'agacement, un sentiment d'injustice mêlé à la colère, un ressenti de choc, et même de l'angoisse.

Si les soignantes m'en parlent sans aucune gêne, les infirmières d'hématologie et de réanimation ressentent le besoin de me préciser que si elles ressentent des émotions, elles doivent « *être professionnelle* », ou précisent « *je ne peux pas le laisser paraître* ». Cela illustre le concept de neutralité bienveillante repris dans son article par VANDAMME G. (2004). Si les infirmières ressentent des émotions, elles se doivent de garder une posture professionnelle, l'infirmière en hématologie me faisant comprendre implicitement que c'est pour le bien du patient, pour mieux soigner. L'infirmière de réanimation, elle, explique qu'elle ne veut rien montrer car « *effectivement c'est la vie, on ne peut rien y faire et on a quand même tout fait nous de notre côté pour essayer de sauver la personne.* » Comme si la fatalité de la mort suffisait à dissuader d'exprimer ses émotions. Mais elle conclut en disant « *Malheureusement parfois on y arrive pas* ». Car si elles ont chacune leurs raisons de vouloir limiter l'expression de leurs émotions face au patient ou à la famille, il est parfois impossible d'en dissimuler certaines. Ce sont ces limites là que PLOTTET E. et CANOUI P. soulignent dans l'article de VANDAMME G. lorsqu'ils évoquent la neutralité bienveillante. Si celle-ci a pour but originel une meilleure prise en charge du patient, l'infirmière de réanimation en illustre parfaitement les limites. Celles-ci peuvent s'expliquer par ce que la journaliste O'DY S.(1999) relate dans son article sur les émotions et les expériences neurobiologiques. Les manifestations physiques déclenchées par une suite de réactions dans notre cerveau, indépendamment de notre volonté, pourraient être à l'origine pour les soignants de leurs difficultés à maîtriser leurs émotions.

2. Modifications de la relation soignant-soigné dues au contre-transfert

Lors de l'évocation de ces vives émotions, toutes les infirmières ont spontanément abordé de sujet du vécu personnel. Si l'infirmière en réanimation m'a dit « *je m'identifie* », l'infirmière en gériatrie dit d'une situation que « *ça va me renvoyer* », l'infirmière en hématologie verbalise même le mot « *transfert* ». Elles ont spontanément raconté une histoire liée à un proche ou à elles-mêmes. Des situations où le patient ressemblait physiquement et mentalement à un de leur

proche, ou bien qu'il ait la même pathologie avec la même évolution que celle de leur proche. L'infirmière en réanimation elle, s'est identifiée à la famille d'un patient, ayant vécu de près la même histoire. On peut noter ainsi que, dans la myriade d'histoires ayant pu susciter des émotions, elles ont choisi spontanément de me relater une histoire qui les a touchées, parce qu'elle leur faisait écho, parce qu'elle les avait marquées plus qu'une autre.

Ces émotions ont eu, selon l'infirmière, plus ou moins d'impact sur la relation soignant-soigné. L'infirmière en gériatrie, face à un patient qui avait la même pathologie psychiatrique qu'un proche, me raconte « *j'ai du mal, c'est sur, je supporte pas, j'ai moins de patience, donc je vais moins rester dans la chambre, je vais moins discuter, je vais moins.. Ca va me renvoyer à quelque chose qui est pas positif et c'est pas des patients avec qui je peux m'étendre..* ». C'est un point de vue nouveau par rapport à ce que j'avais pu trouver lors de mes recherches théoriques. L'infirmière, en difficulté face à ce contre-transfert, limite la relation, limite les contacts car sa patience est plus rapidement mise à l'épreuve et qu'elle n'arrive pas à prendre du recul.

L'infirmière en hématologie a eu une réaction différente face à un patient qui lui rappelait du tout au tout un proche décédé. Elle s'est surinvestie, et me raconte « *c'était au-delà de l'empathie puisque j'avais carrément de l'affection pour cet homme. J'étais vraiment très impliquée.* » Elle me raconte le temps passé dans la chambre du patient à l'aider pour tous les actes de la vie quotidienne, et sa souffrance face à la situation. Cela rejoint le discours de PRAHIN J.J (1999) , qui parle de maternage, de création de liens affectifs si forts qu'ils peuvent à terme altérer le jugement.

L'infirmière en réanimation a vécu la situation d'une manière différente. Elle n'a dénoté aucun changement dans sa façon d'être avec le patient, elle me raconte avoir fait «*comme avec tout patient sédaté*», et elle s'est investie de la même façon dans la relation avec la famille. Ce n'est pas un point de vue que j'avais trouvé lors de mes recherches théoriques puisque je n'avais pu aborder que l'attitude du maternage entraînant une souffrance psychique de l'infirmier évoqué par PRAHIN J.J (1999) et l'altération de la prise en soin du patient évoqué par CARILLO C. (2010). Seulement, sa réponse me questionne. Elle a pu ne rien modifier dans sa façon d'être et de travailler avec les patients et la famille, mais a-t-elle subi des retentissements psychologiques ?

3. Retentissements psychologiques pour l'infirmier

Comme nous l'avons évoqué précédemment, un des retentissement dû aux émotions liées au vécu douloureux est la souffrance psychique de l'infirmier.

Seule l'infirmière en gériatrie y a vu un effet bénéfique : « *Quand c'est quelqu'un de la famille on a du mal à se rendre compte que c'est une maladie, on a plus d'amertume contre la personne alors qu'en fait, bon là en voyant d'autres patientes qui ont le même problème, on se rend vraiment compte que c'est une pathologie à part entière* ». Grâce à cette rencontre avec le patient, elle a pu prendre du recul par rapport à la maladie de son proche, et peut-être même modifié sa relation avec celui-ci.

Les trois infirmières s'accordent néanmoins sur la difficulté que représente pour elles ces situations. Si l'infirmière en gériatrie conclut simplement par un « *c'est vrai que c'est pas évident* », l'infirmière en hématologie, elle, a été submergée par ses émotions, et me raconte qu'elle avait « *tellement d'émotions, à plus pouvoir m'occuper de cette personne, parce que dès que je la voyais je pleurais* ». L'infirmière en réanimation est celle qui insiste le plus sur la difficulté émotionnelle liée à ces situations. Elle évoque le terme d'angoisse. Elle dit « *parfois dans mon travail c'est difficile* », utilise de nombreux fois l'adverbe quantitatif « *très* », comme pour appuyer sa difficulté. Pour accentuer la pénibilité du travail, elle m'explique même qu'il était difficile pour elle de « *revenir au travail et de ré-avoir des patients de ce type* ».

4. Quelles solutions pour s'aider soi-même ?

Si la réponse spontanée de l'infirmière en gériatrie a été « *on prend sur soi* », les trois infirmières ont toutes mis en place des solutions pour s'aider.

La première solution, évoquée par toutes est de déléguer aux collègues. L'infirmière en hématologie raconte que ses collègues ont pris le relais spontanément, qu'elles ont vu qu'elle n'allait pas bien et qu'elle n'arrivait plus à s'occuper du patient. Elle ajoute « *[...] envoyer une collègue à ma place, déléguer, toujours. Je trouve que c'est important de déléguer* ». Pour l'infirmière en gériatrie, il s'agit de la seule solution qu'elle ait citée « *quand il y a une situation avec un patient où je me sens pas bien, parce que ça me rappelle des choses ou quoi... Je passe le relais, je demande à ma collègue de s'en occuper. Voilà, je fais*

ce qu'il y a à faire, mais si vraiment il y a un truc, un soin proche, [...], mais si vraiment il y a des soins particuliers à faire qui peuvent moi m'affecter, je préfère passer le relais ». L'infirmière en réanimation ajoute une autre dimension à l'équipe, celle de l'entraide, du soutien. Si elle évoque le fait de déléguer, elle dit avant tout : « *j'ai compris qu'on était jamais toute seule face à cette situation, tu as quand même des collègues qui sont là pour te soutenir* ». Cela rejoint le point de vue de PLOTTET E. dans l'article de VANDAMME G. (1999) sur le partage en équipe et l'entraide qui dit que « *Quand on vit des choses comme cela en équipe, c'est quelque chose qui vous porte, qui vous grandit et qui vous permet d'aller plus loin.* »⁵⁵ Aucune d'entre-elles n'a évoqué le manque de temps ou d'espace pour échanger entre collègues contrairement aux témoignages recueillis par VANDAMME G. (1999) dans son article.

Un autre type de solution évoqué par les infirmières est l'évacuation des ressentis. L'infirmière en hématologie parle d' « *aller pleurer un bon coup* ». L'évacuation de ses émotions passe également par l'activité physique. Lorsque je lui demande ce qu'elle fait pour évacuer ses émotions, elle me répond immédiatement « *Du sport* ». L'infirmière en réanimation, elle, a plusieurs façon d'évacuer. Elle verbalise, auprès de ses proches, elle respire, sur le moment, quand elle sent qu'elle perd pied. Elle a même appris des petites techniques de relaxation qui sont possible à mettre en place dans la journée de travail, pour pouvoir évacuer dans l'instant. Nous avons abordé le sujet de la verbalisation dans les recherches théoriques via le discours de HABITOUCHE B. dans l'article de LANGLOIS G.(2010) qui conseillait les groupes de parole formels, voire la consultation d'un psychologue. Ici, les infirmières nous montrent d'autres façons de s'exprimer, en prenant simplement soin d'elles via l'activité physique et la recherche de l'écoute de leurs proches.

L'infirmière en hématologie aborde également le sujet de la connaissance de soi : « *Je trouve que c'est bien aussi de connaître nos limites, jusqu'où on peut aller quand il y a un transfert avec un patient,[...] c'est bien de connaître, d'aller jusqu'au bout de nos limites, voilà, le jour où on peut plus, on peut plus* ». C'est un travail à plus long terme, nécessitant de l'expérience et parfois même l'aide d'un professionnel, comme le conseille HABITOUCHE B. dans l'article de LANGLOIS G. (2010) pour les infirmiers en souffrance psychique.

La seule à avoir établi une stratégie à long terme est l'infirmière en réanimation. Elle explique : « *j'ai fait mon DU de soins palliatifs après mon expérience, enfin les expériences que j'ai vécues parce que justement c'était difficile*

⁵⁵ Vandamme G., 2004, Op.Cit., p.38.

pour moi de revenir au travail et de ré-avoir des patients de ce type. Et même si je disais rien, c'était vraiment très très pénible pour moi. Quand j'ai fait ce DU soins palliatifs, c'est ça qui a changé un petit peu ma perception et c'est ça qui a changé ma façon d'être par rapport aux patients ». Grâce à ce diplôme universitaire, elle a appris à apprivoiser ses émotions, mais aussi sa relation au patient et à la famille, ce qui lui a permis, comme abordé ci-dessus, de rester maître de la situation qui était difficile pour elle. Cet exemple illustre l'effet bénéfique d'une formation complémentaire sur la relation soignant-soigné, en effet cette infirmière là est la seule des trois à mieux gérer sa relation avec le patient, elle le dit elle-même, c'est grâce à ce diplôme universitaire.

IV. Problématisation

La question de départ de ce travail de fin d'étude était de savoir dans quelle mesure les émotions de l'infirmier qui le ramènent à un vécu douloureux influent la relation soignant-soigné. La recherche théorique nous a d'abord éclairé sur les émotions, ce qu'elles sont et leur utilité et nous a permis de comprendre la relation soignant-soigné. Ensuite, nous avons pu comprendre que les émotions faisaient partie intégrante de l'infirmier en tant qu'individu et que lorsque celles-ci débordaient lors d'une situation avec un patient rappelant un vécu douloureux au soignant, cela pouvait avoir un impact dans la relation soignant-soigné pour les deux protagonistes : une prise en soin altérée et un soignant en souffrance. De plus, nous avons appris que les infirmiers comptaient beaucoup sur l'équipe pour gérer ces situations et déploraient le manque de groupes de paroles pour évacuer leurs affects.

L'analyse des entretiens montre qu'effectivement, les soignants ressentent des émotions. Emotions d'autant plus vives et marquantes quand elles sont liées à des événements de vie douloureux. La relation soignant-soigné a été, dans deux cas sur trois, modifiée avec à terme une limitation des contacts. Chaque soignante qui a répondu à cet entretien semi-directif a eu sa façon de réagir, et toutes ont su agir pour assurer la continuité des soins en passant le relais à leur collègues. Ainsi, dans les deux conséquences citées ci-dessus, l'analyse de ces entretiens a permis de montrer que si la relation-soignant soigné subissait des modifications, les infirmières agissaient avant tout pour que la prise en soin des patients ne soit pas altérée. Cependant, une fois le patient sécurisé, il ressort une grande souffrance de

ces soignantes face à ces situations. Deux des trois infirmières n'ont pas réussi à mettre en place de solutions à long terme pour mieux gérer, apprivoiser leurs émotions si une autre situation de ce type devait arriver. Et si une infirmière a su prendre les devants et faire une formation, aucune n'a mentionné de dispositif officiel dans le service pour les aider avec leurs émotions.

Suite à cette analyse, je me suis posée de multiples questions : pourquoi les infirmières cachent-elles leurs émotions ? S'agit-il réellement d'une façon d'agir pour le bien du patient ? S'agit-il de mécanismes de défense ? Dans quelle mesure des concepts appris tels que la neutralité bienveillante peuvent-ils mettre en difficulté les infirmiers quant à l'expression de leurs émotions ?

Quels mécanismes poussent les infirmiers à adopter une posture plutôt qu'une autre lorsqu'ils perdent le contrôle de leur émotions ? Lorsqu'ils se retrouvent dans une situation de contre-transfert ? Les mécanismes de défense entrent-ils en jeu ? S'agit-il simplement d'une question de personnalité ?

L'évacuation des émotions sur le moment est-elle suffisante pour permettre aux infirmiers de ne pas ressentir de souffrance psychique à long terme ? Pourquoi seulement une infirmière a su mettre en place des dispositifs pour s'aider sur le long terme avec ses émotions ? Pourquoi aucune infirmière n'a évoqué de dispositif officiel de l'hôpital sensé les aider à gérer leurs émotions ?

Ainsi, si je devais continuer ma recherche, mon hypothèse de départ serait :

Un accès à des dispositifs officiels, proposés par la structure où l'infirmier travaille, pour faciliter la gestion de ses émotions, l'aiderait à apprivoiser des situations émotionnellement difficiles et à avoir une posture professionnelle plus équilibrée.

En prenant pour point de départ cette question, il serait possible d'effectuer un travail de recherche à travers une étude quantitative menée dans différents services de soins. Un travail de comparaison serait possible entre des services où il existe des dispositifs officiels d'aide à la gestion des émotions et des services où rien n'est mis en place. Cela permettrait à terme d'identifier les ressources proposées par l'hôpital et si elles sont bénéfiques pour le soignant.

Ainsi, cette recherche s'articulerait autour des notions suivantes :

- La gestion des émotions au travail qui est abordée dans de nombreux supports comme dans l'article « Compétences émotionnelles : de la proscription

à la prescription des émotions au travail » écrit par LHUILLIER D. (2006) ou, dans une optique plus globale de gestion des émotions, l'ouvrage de GOLEMAN D. (2008) : « Surmonter les émotions destructrices ».

- La posture professionnelle équilibrée lors de situations suscitant des émotions abordée notamment par MERCADIER C. (2002) dans son ouvrage « Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital ».

Conclusion

Ce travail de recherche a pu apporter une réponse à ma question de départ qui était de savoir dans quelle mesure les émotions de l'infirmier qui le ramènent à un vécu douloureux influent la relation soignant-soigné. Suite aux recherches théoriques et empiriques, j'ai pu répondre à cette interrogation : oui. Cette réponse m'a permis de réaliser que les débordements d'émotions n'évitaient personne, et que tout soignant se retrouverait un jour dans sa vie dans cette situation presque éthique : prendre soin de l'autre ou prendre soin de soi ? Grâce à cela, j'ai pu prendre du recul et travailler sur la culpabilité ressentie lors des situations exposées au début de ce travail de fin d'études. Je pense ainsi avoir trouvé un des outils que j'ai appelé le long de mon travail « d'aide à long terme » qui me préoccupait tant de découvrir : la réflexion personnelle et donc le travail sur soi.

Si j'avais déjà notion du risque d'une altération de la prise en soin du patient, les recherches théoriques m'ont permis de prendre conscience du risque de souffrance pour le soignant. Bien souvent, les différents acteurs de notre formation en soins infirmiers nous rappellent que le patient est un être humain, qui ressent et a besoin d'extérioriser, de verbaliser. Mais bien peu souvent ces réflexions là se portent sur les soignants, ou alors de manière informelle. J'ai ainsi remarqué lors des entretiens avec les infirmiers qu'il subsistait une gêne à exprimer ses émotions, voire même un sentiment de non professionnalisme. Et qu'il en découlait souvent une souffrance psychique résiduelle et une difficulté dans le travail quotidien. Mais j'ai aussi appris auprès d'une infirmière que cette souffrance psychique résiduelle et ces difficultés n'étaient pas définitives. Ainsi, en réponse à la question presque éthique citée ci-dessus, je dirais que l'on peut prendre soin de soi tout en prenant soin des autres si on s'en donne les moyens.

Bibliographie

Ouvrages

Andre C., Lelord F., *La Force des Émotion*, Odile Jacob, 2001.

Argenty J., *Précis de soins relationnels*, Lamarre, 2012.

Bioy A., Bourgeois F., Negre I., *La communication entre soignant-soigné: repères et pratiques*, Editions Bréal, 2003.

Carillo C., *Etre un soignant heureux : le défi. Fluidifier les relations et apprivoiser les émotions*, Elsevier Masson, 2010.

Darwin C. *L'expression des émotions chez l'homme et les animaux (2eme édition)*, Rivages. 2001.

Denis P., *Rives et dérives du contre-transfert*, Presses Universitaires de France, 2015.

Ekman P. *Emotions Revealed: Recognizing Faces and Feelings to Improve Communication and Emotional Life*, Henry Holt and CO., 2004.

Formarier M., Jovic L.(sous la direction de), *Les concepts en soins infirmiers*, Mallet Conseil, 2009.

Manoukian A., Masseur A., *La relation soignant-soigné (2001) 2ème Edition.*, Lamarre, 2006.

Prayez P. (sous la direction de), *Distance professionnelle et qualité du soin*, Lamarre, 2003.

Manoukian A., Masseur A., *La relation soignant-soigné (2001) 2ème Edition.*, Lamarre, 2006.

Dictionnaire

Le Petit Larousse Illustré, Editions Larousse, 2006.

Articles

Langlois G., *De l'émotion dans le soin*, L'infirmière magazine, août 2010, n°262.

Mercadier C., *Le travail émotionnel des soignants: la face cachée du soin*, Soins cadre de santé, février 2008, n°65.

Prahin J-J., *Émotions de soignant, émotions de soigné*, Soins, avril 1999, n°634

Vandamme G., *Du cœur à l'ouvrage*, L'infirmière magazine, mars 2004, n°191

Documents électroniques

O'DY S. *Amour, tristesse, joie, colère... Emotions, ce que la science nous révèle*, [En ligne]. L'Express, le 2 décembre 1999. Disponible sur : http://www.lexpress.fr/actualite/sciences/emotions-ce-que-la-science-nous-revele_494466.html?p=6 [Consulté le 21/02/2016].

Cours IFSI Montpellier

IFSI Montpellier, Travaux Dirigés, *Relation soignant-soigné*, 2014.

ANNEXE

Annexe I:

Bonjour. Je m'appelle Emy Ruiz et je suis en troisième année à l'IFSI du CHRU de Montpellier. En raison de mon travail de fin d'étude sur le thème des émotions dans le soin, je voudrais vous poser quelques questions. Il est important que vous sachiez que cet entretien va être enregistré mais il sera entièrement anonymisé. Vous êtes dans le droit de ne pas répondre à une question si jamais vous ne le souhaitez pas.

Présentation du professionnel :

Depuis combien de temps exercez-vous le métier d'infirmière ?

Avez-vous suivi des formations sur la relation soignant-soigné ?

Question 1:

Dans l'exercice de vos fonctions, avez-vous déjà été confronté(e) à une situation qui a suscité chez vous de vives émotions ?

Si oui : quelles émotions avez vous ressenties à ce moment là ?

Question 2:

Ces émotions étaient-elles en rapport avec une situation qui vous rappelait une expérience douloureuse que vous avez vécue dans votre vie privée ? Ou en rapport à un patient qui vous rappelait un proche ou vous-même ? (A l'exception d'une situation de décès)

Si oui: Quel type de situation ? Acceptez-vous de me la raconter ?

Question 3:

Par la suite, comment avez-vous appréhendé / géré votre relation avec le patient ?

Question 4:

Qu'avez-vous fait, sur le moment, pour apprivoiser/évacuer les émotions que vous avez ressenties ?

Question 5:

Avez-vous mis en place des solutions pour éviter ou pour mieux gérer la situation une prochaine fois ? si oui, lesquelles ?

Question 6:

Avez-vous des choses à ajouter ?

Quand les émotions du passé influent sur le présent.	When emotions of the past affect the present.
<p>Ce travail aborde le sujet de l'émotion du soignant ayant un vécu douloureux.</p> <p>Lors de ma deuxième année d'étude, j'ai pu constater au travers de mon expérience que les émotions du soignant liées à un vécu douloureux pouvaient être handicapantes dans l'exercice de son métier. En tant que future infirmière, j'ai voulu savoir à quel point cela pouvait mettre le soignant et le soigné en difficulté.</p> <p>Ainsi, la question de départ de mon travail de fin d'études est : dans quelle mesure les émotions de l'infirmier qui le ramènent à un vécu douloureux influencent-elles la relation soignant/soigné ?</p> <p>En confrontant l'analyse d'entretiens semi-directif effectués auprès d'infirmiers à mes recherches théoriques, j'ai pu conclure que ces émotions peuvent modifier la relation soignant-soigné mais, si les infirmiers assurent la continuité des soins, il semblerait qu'il subsiste chez eux une souffrance psychologique.</p> <p>Cela mène à ma question de recherche : Un accès à des dispositifs officiels, proposés par la structure où l'infirmier travaille, pour faciliter la gestion de ses émotions, l'aiderait à apprivoiser des situations émotionnellement difficiles et à avoir une posture professionnelle plus équilibrée.</p> <p>Mots clefs: Relation soignant-soigné, Emotions, Contre-transfert.</p>	<p>This work deals with the emotion of the caregiver with a painful experience.</p> <p>During my second year of study, I noticed that the caregivers' emotions related to a painful experience could be a handicap in the exercise of their profession. As a future nurse, I wanted to know how this could place the caregiver and the patient in difficulty.</p> <p>So, the initial question of my final project arises: how do the nurses' emotions reminding them of a painful experience affect the patient-caregiver relationship?</p> <p>Comparing the analysis of semi-structured interviews conducted with nurses to my theoretical research, I was able to reach this conclusion. Those emotions could alter patient-caregiver relationship. However, even though if nurses ensured the continued care a psychological suffering can remain.</p> <p>That leads to my question for further research: how the access to official devices, proposed by the professional organizations to facilitate the emotions' management, could help the nurse to tame situations emotionally difficult and to have a better professional approach.</p> <p>Keywords: patient-caregiver relationship, emotions, counter-transference.</p>

