



**INSTITUT MEDITERRANEEN DE FORMATION EN
SOINS INFIRMIERS**

LA PLACE DES EMOTIONS DANS LA PRISE EN CHARGE INFIRMIERE D'UN PATIENT SUICIDANT

**TRAVAIL DE FIN D'ETUDES
En vue de la validation des unités d'enseignement
3.4 S6 - 5.6 S6 - 6.2 S6**

**Présenté par
GAYETE ELORA**

**Promotion Jean-Baptiste PUSSIN
2015-2018**

**Guidance : Mme SIRE
Session 1 - Juillet 2018**



**CENTRE HOSPITALIER
PERPIGNAN**

« Les mots manquent aux émotions »

Victor Hugo, artiste, écrivain, poète, romancier (1802-1885)

*« N'oublions pas les petites émotions sont les grands capitaines
de nos vies et qu'à celles-là nous y obéissons sans le savoir »*

Vincent Van Gogh, artiste, peintre (1853-1890)

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



**INSTITUT MEDITERRANEEN DE FORMATION EN
SOINS INFIRMIERS**

LA PLACE DES EMOTIONS DANS LA PRISE EN CHARGE INFIRMIERE D'UN PATIENT SUICIDANT

**TRAVAIL DE FIN D'ETUDES
En vue de la validation des unités d'enseignement
3.4 S6 - 5.6 S6 - 6.2 S6**

**Présenté par
GAYETE ELORA**

**Promotion Jean-Baptiste PUSSIN
2015-2018**

Guidance : Mme SIRE

Session 1 - Juillet 2018



**CENTRE HOSPITALIER
PERPIGNAN**

Table des matières

I- INTRODUCTION :	3
II- SITUATION DE DEPART :	5
1) DESCRIPTION DE LA SITUATION :	5
2) ANALYSE DE LA SITUATION :	9
III- MOTIVATION, INTENTIONS ET QUESTION DE DEPART PROVISOIRE :	14
1) MOTIVATIONS :	14
2) INTENTIONS :	15
3) QUESTION DE DEPART PROVISOIRE :	15
IV- ENQUÊTE EXPLORATOIRE :	15
1) ARTICLE DE RECHERCHE :	16
A) « LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE DES PATIENTS SUICIDAIRES »	16
B) « EMOTIONS DE SOIGNANT, EMOTIONS DE SOIGNE »	19
C) « LES EMOTIONS EN QUESTIONS »	22
2) LA STRATEGIE D'ENQUÊTE :	25
A) LES PROFESSIONNELS INTERROGES :	25
B) LES DEMARCHES ADMINISTRATIVES POUR EFFECTUER L'ENQUETE DE TERRAIN :	25
3) GUIDE D'ENTRETIEN :	26
4) ANALYSE DES ARTICLES :	27
5) ANALYSE DES ENTRETIENS :	30
6) LIEN ENTRE ARTICLES DE RECHERCHE ET VECU DES SOIGNANTS	35
7) QUESTION DE DEPART DEFINITIVE :	36
V- CADRE CONCEPTUEL :	37
1) CONTEXTE :	37
2) CONCEPT 1 : LE JEUNE ADULTE HOSPITALISE POUR TENTATIVE DE SUICIDE	38
A) DEFINITION DE LA TENTATIVE DE SUICIDE:	38
B) EPIDEMIOLOGIE :	40
C) PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT SUICIDANT :	41
D) LIEN AVEC LA SITUATION DE DEPART :	43
3) CONCEPT 2 : LES EMOTIONS DE L'INFIRMIER	44
A) DEFINITION :	44
B) LES MECANISMES D'ADAPTATIONS :	46
C) LA NOTION DE TRANSFERT :	51
D) LIEN AVEC LA SITUATION DE DEPART :	54
4) CONCEPT 3 : LE TRAVAIL EN EQUIPE	55
A) DEFINITION :	55
B) AVANTAGES DU TRAVAIL EN EQUIPE :	57
C) LES LIMITES ET LES CONTRAINTES DU TRAVAIL EN EQUIPE :	59
D) LIEN AVEC LA SITUATION DE DEPART :	60

VI-	PROBLEMATIQUE :	62
VII-	HYPOTHESE :	66
VIII-	CONCLUSION :	67
IX-	BIBLIOGRAPHIE :	69
	ANNEXE I : FICHE DE LECTURE 1	I
	ANNEXE 2 : FICHE DE LECTURE 2	IV
	ANNEXE 3 : FICHE DE LECTURE 3	VII
	ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN	X
	ANNEXE 5 : TABLEAU COMPARATIF DES ENTRETIENS	XII

I- INTRODUCTION :

La troisième année de la formation en soins infirmiers, à ça de particulier, qu'elle se voit complétée par rapport aux deux autres ; par l'obligation de réaliser et de rendre un Travail de Fin d'Etude (TFE), aussi formateur que générateur de préoccupations et de questionnements.

Comme probablement l'ensemble de mes collègues étudiants ; la tâche de trouver une situation professionnelle susceptible de devenir le support d'un travail de fin d'étude, m'est apparu dans un premier temps comme une tâche très ardue. Ensuite ; vu la richesse et la diversité des situations auxquelles nous sommes confrontés dans la profession infirmière, la difficulté s'est inversé ; tellement les opportunités de questionnements se sont multipliées et chacune, toutes aussi différentes que captivantes.

Après quelques hésitations ; j'ai décidé de choisir la situation qui a suscité en moi un questionnement fort et qui m'a obligé également à me remettre en question en tant qu'individu et professionnelle...

Si au début de la formation, il m'était apparu assez clairement et très rapidement ; qu'elle comporterait un grand apport de connaissances ; à apprendre et à assimiler ; j'avais sans nul doute sous-estimé les émotions qu'engendrerait la pratique soignante sur « de l'humain ».

D'autant que, s'il paraît être une évidence d'apprendre lors de ses différents stages au contact des autres professionnels de santé plus aguerris, en ce qui concerne les techniques de soins ; la gestion de son environnement ; la gestion de son temps ; il n'en va pas de même en ce qui concerne nos émotions.

Et pour cause ; le ressenti ne s'apprend pas ; il est propre à chacun d'entre nous.

Paul Ekman, psychologue américain, a répertorié 6 émotions, dites « de base » : ainsi listé :

- Joie.
- Tristesse.
- Peur.
- Colère.
- Dégout.
- Surprise.

Dès lors ; il devient évident de dire que les émotions s'imposent à l'Homme et influencent pour ne pas dire dirigent ses réactions, face à des situations données. Par voie de conséquence : Les émotions influencent l'humain – le soignant est un humain – les émotions influencent le soignant.

Pour ma part, il me semble difficile de mettre de côté la personne que je suis et donc de mettre de côté mes valeurs telles que l'authenticité et la sincérité qui me paraissent être des valeurs essentielles dans ma profession.

Alors, comment faire pour établir un équilibre entre nos émotions et l'impact de ceux-ci dans une relation soignant-soigné ? Comment le travail d'équipe permet-il une gestion des émotions efficiente en psychiatrie ?

C'est donc dans un intérêt professionnel et personnel que j'ai choisi d'orienter mon mémoire vers l'influence et la gestion des émotions dans une relation soignant-soigné mais également sur la place de l'équipe soignante dans cette gestion des émotions.

Dans un premier temps, je vais vous exposer la situation sur laquelle je me suis basée pour ce mémoire. Il s'ensuivra une analyse qui a fait naître un ensemble de questionnements dont résulte ma question de départ provisoire.

Dans un deuxième temps, j'effectuerai l'analyse des entretiens réalisés auprès d'infirmiers que je confronterais avec les données retrouvées dans la littérature professionnelle/scientifique et qui a engendré la question de départ définitive.

Enfin, je développerai le cadre référentiel qui est en lien avec la situation d'appel. Suite à cette réflexion, il en découlera une synthèse de la démarche empruntée qui amènera à formuler une question de recherche.

II- SITUATION DE DEPART :

1) DESCRIPTION DE LA SITUATION :

En ce qui me concerne ; ma situation s'est déroulée durant la troisième semaine de mon premier stage en psychiatrie, en deuxième année, dans une unité d'hospitalisation.

Ce jour-là, l'administration nous a annoncé vers 10H30 que nous allions accueillir un jeune patient âgé de 21 ans ; que nous nommerons Valentin ; entré en hospitalisation libre suite à une tentative de suicide ; il s'agissait d'une primo hospitalisation.

Suite à cette annonce, je me suis proposée pour réaliser l'entrée du patient ce que l'infirmière a accepté car cela faisais déjà un moment que j'étais arrivée dans le service et qu'elle m'avait déjà encadré et observé lors d'une entrée de patient.

Lorsque le jeune homme est arrivé au niveau de la salle de soin, ce qui m'a interpellé en premier c'est son regard : il paraissait rempli de tristesse.

Je me suis approchée alors vers lui pour me présenter et pour l'accompagner dans sa chambre qui se trouvait au fond du couloir pour qu'il puisse poser ses affaires avant de réaliser l'entretien infirmier d'accueil comme prévu dans le protocole du service.

Après l'avoir aidé à s'installer dans sa chambre, je lui ai demandé s'il était d'accord pour réaliser l'entretien pour en apprendre un peu plus sur lui et sur les raisons de son hospitalisation, ce qu'il a accepté.

Au cours de cet entretien j'ai appris que Mr V. avait des problèmes familiaux, qu'il se sentait « abandonner » et qu'il venait de vivre une rupture sentimentale, qu'il semblait ne pas être en mesure de supporter.

Submergé par ses émotions; selon ses propos, il avait basculé dans un désespoir suffisamment important visiblement pour le pousser à un passage à l'acte.

Passage à l'acte qui s'est traduit, par une tentative de suicide.

Durant l'entretien, le patient m'a montré une grande tristesse et ses larmes ne pouvaient s'empêcher de couler. Je lui ai donc proposé de faire une pause et d'aller voir le médecin psychiatre qui devait passer pour pouvoir mettre en place son traitement. En effet à ce moment-là je ne savais plus comment gérer la situation de l'entretien ;

Celui-ci m'a remercié et m'a dit que le fait d'avoir parlé lui « a fait du bien » ; il s'est rendu donc dans le bureau du psychiatre puis dans celui du médecin généraliste comme le spécifie le protocole de l'établissement.

Pendant ce temps-là, j'ai rapporté à l'équipe ce qui c'était dit durant l'entretien puis j'ai rédigé les transmissions écrites.

Après avoir préparé et vérifié les traitements avec l'infirmière du service, nous avons commencé le tour des médicaments de 12h ; celle-ci s'est rendue dans la chambre voisine et je lui ai annoncé que j'allais donner le traitement de Mr V., elle a acquiescé et pendant ce temps-là, elle a donné le traitement à un autre patient.

Arrivée devant la chambre du patient, j'ai trouvé porte close. Après avoir réitéré à plusieurs reprises mon intention, et appelé le patient ; j'ai pris immédiatement conscience que la situation était plus qu'anormale. J'ai donc ouvert la porte de la chambre en question.

Lorsque la porte a été ouverte, j'ai découvert le patient assis sur le sol ; adossé à son lit ; il semblait essayer de renouveler sa tentative de suicide avec une lame qu'il avait dissimulé dans son bagage.

C'était pour moi la première fois que j'étais confrontée à ce genre de situation.

Instantanément et sans réfléchir je me suis dirigée vers le patient, lui ai retiré la lame des mains, j'ai attrapé une serviette et j'ai effectué une compression sur son avant-bras avant d'appeler l'infirmière à l'aide.

En voyant la scène, celle-ci a pris l'initiative de prévenir ; médecins et SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) et m'a dit de rester avec le patient jusqu'à ce que les secours arrivent.

Il y a dans la vie, parfois, des secondes et des minutes qui semblent beaucoup plus longues que d'habitude.

Ce fut le cas de celles-ci ; seule dans cette chambre ; bien que durant un laps de temps très court ; je me suis retrouvée face à la détresse de ce jeune homme, qui seule pouvait expliquer son acte.

Bien qu'à ce moment, ma préoccupation principale était toute dirigée vers Mr V. ; je me suis sentie totalement déstabilisée par la situation car le patient pleurait mais également par les propos qu'il tenait :

« Je suis désolé, vraiment désolé mais je souffre trop,... et je sais qu'après ce que je viens de faire je ne pourrai rester ici mais je veux rester avec toi, toi au moins tu me comprends,... ».

Je n'ai sus quoi répondre à cela tant je ne m'attendais pas à ces paroles et au fait qu'il me tutoie.

Je me suis mise à la place de ce jeune homme et je comprenais ce qu'il pouvait ressentir.

Lorsque les secours et les médecins sont arrivés, Mr V. s'est accroché à mon cou et m'a dit en pleurant : « ne me laisse pas, je ne veux pas que tu m'abandonne... ».

Ces derniers mots m'ont glacé le sang et ont fait monter en moi un flot de tristesse et de chagrin que je n'ai pas contenu lorsque le patient a été emmené hors de la chambre.

J'ai eu la sensation de l'avoir abandonné et de ne pas avoir fait ce qu'il fallait pour lui venir en aide.

Lorsque la situation a de nouveau été sous contrôle, l'analyse que j'en ai déduite m'a fait prendre conscience que j'avais fait tout mon possible pour lui venir en aide et un sentiment d'apaisement m'a alors envahi ; cependant, la prise de conscience, m'a montré, que le contrôle et la gestion des émotions est propre à chacun et que dans certains cas on ne peut pas se contenir face à des situations comme celle-ci.

Au moment où j'ai discuté avec les infirmières pour comprendre ce qu'il venait de se passer et pourquoi cela m'avait touché autant, elles m'ont répondu : « Tu verras tu t'habitueras toi aussi un jour à gérer ça ; tu en verras d'autres, en attendant essaye de passer à autre chose... »

Je n'ai pas compris leur réponse et cela m'a dérangé car peut être que j'attendais une solution « miracle » et cela aller m'obligeait à me questionner:

Comment pourrais-je mettre la personne que je suis de côté et « passer à autre chose » sans que cela ne me touche, ou que cela me paraisse normal ?

La réponse des infirmières était-elle un moyen de se protéger de ce qu'elle venait de voir et de vivre ?

En quoi cette situation était si particulière pour moi ?

Cette situation m'a mis face à mes difficultés et elle m'a incité à me remettre en question en tant que soignante mais également en tant que personne.

2) ANALYSE DE LA SITUATION :

Depuis le début de mes études, c'était la première fois que je fus confrontée à ce genre de situation, et que je dû m'interroger sur la prise en charge de ce type d'évènement car je n'avais jamais dû gérer cela auparavant dans les soins.

Dans ma situation, Mr V., 21 ans, c'était trouvé dans un état de souffrance s'étant manifesté par deux passages à l'acte, l'un l'ayant amené à être hospitalisé et l'autre m'ayant amené moi à m'interroger sur ma posture professionnelle et sur la personne que je suis.

Durant l'entretien d'accueil, le patient a commencé à se mettre à pleurer et ne sachant pas comment gérer cela je lui ai proposé de faire une pause. Le fait de le voir pleurer m'a peut être posé problème car je n'avais pas encore eu le cas d'un patient qui pleure durant un entretien et je n'avais donc ni l'expérience ni les outils pour pouvoir pallier à la situation.

Ou alors était-ce son jeune âge, quasiment similaire au mien qui faisait que j'avais la sensation de ne plus contrôler l'entretien avec Mr V.

Ou bien ne me sentais-je pas capable de gérer ce flot d'émotions que le patient manifestait ?

Peut-être que le fait qu'il s'agisse de mon premier stage en psychiatrie, je n'avais pas encore assez l'habitude de ce genre de situation et que le fait de ne pas savoir comment réagir m'a déstabilisé dans mon entretien.

Est-ce que le fait de le voir pleurer a provoqué en moi un mécanisme de défense qui aurait pu me pousser à différer l'entretien ?

Lorsque je suis entrée dans la chambre et que je vis le patient dans une situation d'urgence vitale, mon reflexe fut de me concentrer uniquement sur ce que je voyais et donc de lui porter secours afin qu'il ne fasse pas d'hémorragie.

Cette gestion de l'urgence m'a permis de ne pas trop m'interroger au départ et de me concentrer seulement sur ce que je voyais et pas sur ce qu'il y avait derrière cet acte.

Cette gestion de la situation d'urgence avant celle du côté psychologique était peut-être dû au fait que durant mes années de formations et mes différents stages, les professionnels de santé m'avaient appris à prioriser les besoins et les urgences vis-à-vis du patient.

Cette situation étant pour moi une urgence vitale, j'ai donc décidé de prioriser la compression de la plaie plutôt que l'état de détresse du patient.

Il pouvait s'agir également d'un mécanisme réflexe d'instinct de survie, ce qui m'a poussé à vouloir lui sauver la vie à tout prix.

A ce moment-là j'ai ressenti une montée de stress mais en même temps je réussi à rester calme et cela m'a permis de ne pas perturbé ma prise en charge somatique.

J'ai réussi à rester calme face à cette situation, qui pourtant était la première pour moi, grâce aux professionnels de santé qui ont pu m'encadrer durant ces trois ans car de les voir agir dans l'urgence m'a montré que même si la situation est grave, il faut savoir conserver son calme pour réaliser une prise en soin de qualité.

Après avoir mis la situation « sous contrôle » et en attendant le SAMU, une relation de confiance avec le patient c'était construite au fur et à mesure que celui-ci se confiait à moi.

Tout au long de notre échange, j'eus l'impression de ne plus être dans une posture professionnelle adéquate mais d'avoir « retiré la blouse », d'avoir plutôt eu une posture de confidente; et donc de mettre mise à sa place car la souffrance physique et psychique du patient m'ont touché du fait de son âge jeune, similaire au mien et de son parcours de vie.

A ce moment-là, sa peine avait provoqué en moi une contagion émotionnelle (« On parle de contagion émotionnelle lorsque le rire d'une personne s'étend à son entourage, lorsque sa peine déclenche des larmes et du chagrin chez les autres, ou encore lorsque son angoisse se diffuse dans son groupe social » de B. Rime).

Je parle de contagion émotionnelle car sa souffrance était si grande que je ne pus m'empêcher d'avoir du chagrin pour lui.

Durant cet entretien informel, le patient me mis en difficulté car je ne sus quoi répondre à cela, tant je ne m'étais pas attendue à ces paroles :

« Je suis désolé, vraiment désolé mais je souffre trop,... et je sais qu'après ce que je viens de faire je ne pourrai rester ici mais je veux rester avec vous, vous au moins vous me comprenez,... »

A ce moment-là, je m'étais rendue compte que j'avais perdue totalement le contrôle de la situation et cela me mis mal à l'aise vis-à-vis du patient car je ne souhaitais pas lui montrer que tout cela m'avais impacté pour éviter de perturber sa prise en soin.

Le patient qui venait de me tutoyer, perturba dans ma prise en soin car il venait de rompre « la barrière » que j'avais mise en place avec lui afin d'éviter le risque de transfert.

Peut-être avais-je mis ce mécanisme en place par appréhension de la psychiatrie du à mes représentations ?

Ou bien parce qu'il est plus simple de se tutoyer lorsque l'âge du soignant et du soigné est similaire ; et que je tenais à maintenir une distance professionnelle adéquate ?

A cet instant, je ressentais un flot d'émotions venir en moi et je me posai la question de pourquoi mes émotions arrivaient à me submerger à ce moment-là précis de la prise en charge ?

Lorsque les secours et les médecins sont arrivés, Mr V. s'est accroché à mon cou et m'a dit en pleurant : « ne me laisse pas, je ne veux pas que tu m'abandonne... ».

Ses propos m'ont déstabilisé et touché au plus profond de mes valeurs car j'ai eu la sensation de l'avoir abandonné et de ne pas avoir fait ce qu'il fallait pour lui venir en aide et donc de ne pas avoir été une « bonne soignante »...

Je parle de bonne soignante car dans mes représentations du métier d'infirmière, nous sommes là pour accompagner les patients, pour leur venir en aide et peut être même trouvé des réponses avec eux pour améliorer leur bien-être.

Finalement, j'avais la sensation de ne pas avoir apporté du bien être à ce patient...

Mais peut-on réellement soulager la souffrance psychique d'une personne ?

Qu'est ce qui a fait que je n'ai su repérer les signes d'une récurrence de tentative de suicide ?

Mes connaissances par rapport au risque suicidaire étaient-elles suffisantes pour affronter ce genre d'évènement ?

Mais en prenant du recul sur la situation et en discutant de celle-ci à l'extérieur avec d'autres professionnels de santé, je me suis rendue compte que j'avais tout mis en œuvre pour réaliser une prise en charge ainsi qu'un accompagnement efficace car j'avais été congruente, dans l'acceptation de l'autre et surtout dans l'empathie avec ce patient de son accueil à son départ.

De plus, le patient a été pris en charge par une équipe compétente et plus adapté à ses besoins, il avait donc une continuité des soins assurée.

Après être revenue sur ce qu'il s'était passé, un sentiment d'apaisement m'a alors envahi ; cependant, la prise de conscience, m'a montré, que le contrôle et la gestion de ses émotions est propre à chacun et que dans certains cas nous ne pouvons-nous contenir face à des situations comme celle-ci.

Mais au moment où j'ai souhaité discuter avec l'équipe de ce que j'avais ressenti, je ne comprenais pas leur réponse et cela m'a dérangé et cela m'avait obligé à me questionner car peut être attendais-je une solution « miracle » à ce qui venait de se produire, peut être avais-je juste besoin d'évacuer toutes les émotions que j'avais accumulées ? Il était possible également que je m'attendais à ce que l'équipe partage son expérience avec moi pour que je puisse me sentir seule à avoir vécu une situation comme celle-ci.

Après avoir vécu cela, j'aurais peut-être aimé que l'équipe me rassure et me soutienne face à cela et que l'on discute de ce qu'il venait de se passer.

Les questions ont alors fusé dans ma tête :

Comment pourrais-je mettre la personne que je suis de côté et « passer à autre chose » sans que cela ne me touche, ou que cela me paraisse normal ? La réponse des infirmières était-elle un moyen de se protéger de ce qu'elle venait de voir et de vivre ? En quoi cette situation était si particulière pour moi ?

Malgré les connaissances théoriques que j'ai pu acquérir durant ma formation, je ne me suis pas sentie prête à affronter ce genre de situation.

De plus, cette situation étant une situation d'urgence, je n'ai pu me préparer mentalement à affronter ce que j'allais devoir gérer.

Ma réaction a dû être rapide et ma capacité à mettre en œuvre les connaissances acquises également, ce qui fait que je n'ai pas eu le temps de me poser les moindres questions sur le moment.

J'ai vu une situation d'urgence ; j'ai agi et après j'ai réfléchi sur ce que je venais de vivre et sur les conséquences sur ma prise en soin et sur l'impact émotionnel que cela avait engendré.

Cette situation, m'a donc amené à m'interroger sur mes limites dans mon rôle de soignante ainsi que sur ma capacité à gérer mes émotions face à une telle détresse.

III- MOTIVATION, INTENTIONS ET QUESTION DE DEPART PROVISoire :

1) MOTIVATIONS :

Dans un premier temps, la situation développée fait face à un type de population auquel je n'avais jamais été confrontée auparavant : les patients atteints de pathologies psychiatriques.

De plus, grâce à ce travail de fin d'études j'aimerais savoir comment d'autres professionnels de santé ont réagi face à ce genre de situation. Lors de cette prise en charge, est apparu en moi un besoin d'approfondir ce questionnement afin d'améliorer ma pratique professionnelle.

Durant mes trois années de formation, je n'ai eu que peu d'occasions de travailler avec ces personnes et notamment avec cette conception du soin qu'est la prise en charge de la personne soignée dans le milieu psychiatrique.

Je souhaiterais travailler cette problématique car les émotions sont ce qui font de nous des êtres dotés de sentiments ce qui nous différencie des animaux, un infirmier étant un Homme il ressent donc des émotions et celles-ci influencent son quotidien, sa pratique et sa prise en soin.

Aujourd'hui ; tout personnels soignants qui viendraient à sous-estimer l'importance de l'impact de ses émotions dans sa prise en charge, se mettraient en grandes difficultés dans l'exercice de sa profession.

Les émotions des patients sont une notion importante, mais avoir conscience de son propre état émotionnel est également indispensable. Savoir gérer ses émotions permet d'éviter qu'elles ne deviennent perturbatrices et impactent la communication avec le patient, ce qui pourrait être délétère pour celui-ci.

Enfin, la présence des émotions est primordiale pour la relation soignant-soigné car elle humanise les soins mais il ne faut pas qu'elle représente un obstacle à la relation.

C'est pour cela qu'il m'a semblé opportun de traiter cette problématique car elle est constante dans notre profession.

2) INTENTIONS :

Me projetant en tant que future professionnelle, je souhaite réaliser mon travail de fin d'étude à partir de cette situation car je pense que cela peut m'aider à prendre en soin de manière différente, plus efficace et de devenir la soignante que je souhaite être en respectant mes valeurs et mes principes personnels ainsi que celles que nous avons pu apprendre et mettre en œuvre au cours de ces trois années d'études.

3) QUESTION DE DEPART PROVISOIRE :

« En quoi les émotions du soignant peuvent-elles interférer dans la prise en charge d'un jeune patient hospitalisé en psychiatrie pour une tentative de suicide ? »

IV- ENQUÊTE EXPLORATOIRE :

L'enquête exploratoire est une étape importante du travail de recherche qui consiste en la confrontation entre la théorie référencée dans les articles choisis et la réalité du terrain. Elle se découpe en plusieurs sous-étapes, que sont la recherche d'articles de revue ; l'élaboration du guide d'entretien ; la rencontre avec les professionnels de santé sur le terrain ainsi que leurs analyses ; et l'élaboration de la question de recherche.

J'ai débuté cette étape par la recherche d'articles de revue au centre de ressources documentaires de l'IMFSI ainsi qu'à mon domicile par le biais d'un moteur de recherche.

Ces articles vont me permettre par la suite de pouvoir comparer la réalité du terrain afin de vérifier, si la question initiale qui découle de ma situation de départ, est une problématique partagée par des infirmiers.

Ainsi au regard du constat obtenu entre les informations des articles choisis et celles recueillies auprès des professionnels, en découlera une analyse qui me conduira vers ma question de recherche.

1) ARTICLE DE RECHERCHE :

- « *La prise en charge hospitalière des patients suicidaires* » : Soins Psychiatrie n°279, mars/avril 2012, pages 35-38
- « *Emotions de soignant, émotions de soigné* » : Soins n°634, avril 1999, pages 13-16
- « *Les émotions en questions* » : Sciences Humaines n°171, mai 2006, pages 44-47

a) « *La prise en charge hospitalière des patients suicidaires* »

Le document étudié est un article de recherche s'intitulant « *La prise en charge hospitalière des patients suicidaires* » dont les auteurs sont :

Claude CLOËS, psychologue clinicienne et docteur en psychologie ; Gilles HAAR, cadre de santé ; Emmanuelle SAUZE, praticien hospitalier et psychiatre ; Sylvie KAUTZMANN et Pascale LIPS, infirmières de secteur psychiatrique et Stéphanie SWIERCZYNSKI, infirmière diplômée d'état.

Il s'agit d'un article ayant été publié dans la revue professionnelle SOINS PSYCHIATRIE en mars/avril 2012 (pages 35-38, n°279).

Il s'agit d'un ouvrage technique et/ou un ouvrage d'analyse pratique.

Le thème principal abordé dans ce document est la difficulté de la prise en charge des patients suicidaires dans un pavillon ouvert de psychiatrie et les outils mis à disposition des soignants pour soigner au mieux ce type de patients. Cet article est destiné essentiellement à des professionnels de santé ou étudiants.

Synthèse :

En 2006, on a dénombré en France métropolitaine 10 423 suicides touchant en majorité des hommes (7 593). Les décès par suicides en hôpitaux psychiatriques représentent 5% des suicides totaux, 80% ayant lieu dans des unités ouvertes.

C'est à partir de cette problématique sur la prise en charge intra hospitalière et la surveillance des patients à risque suicidaire dans une unité ouverte qu'a débuté la réflexion des auteurs sur ce sujet.

La tentative de suicide est souvent redoutée par l'ensemble des soignants car elle reste difficilement prévisible ; et ceci entraîne un paradoxe pour l'institution psychiatrique car elle se doit d'accueillir des patients suicidaires afin de leur proposer des soins et une protection tout en sachant que maîtriser ce risque se révèle impossible.

Chaque soignant a déjà rencontré des patients laissant supposer un passage à l'acte malgré les soins et l'accompagnement. Dans ce genre de cas, le caractère de prévisibilité peut préserver du traumatisme ressenti par l'équipe soignante lors de la survenue d'une tentative de suicide ou d'un suicide.

Cet évènement entraîne généralement de la culpabilité de la part de l'équipe soignante si ce passage à l'acte était inattendu car il vient mettre en échec le rôle soignant.

En interrogeant les équipes soignantes, les auteurs ont pu relever des moments où le risque de passage à l'acte est plus élevé comme par exemple les transferts d'unités, les changements de chambre, la première semaine d'hospitalisation, ...

Après avoir fait ces constats, les auteurs ont réalisé une liste d'actions semblant être de « bonnes pratiques professionnelles » pour pouvoir prendre en charge des patients suicidaires :

- Créer un environnement non dangereux en retirant les objets dangereux
- Installer le patient au plus près de la salle de soin quand cela est possible
- Vérifier le verrouillage des fenêtres
- Effectuer des entretiens infirmiers pour évaluer le risque suicidaire
- Instaurer une surveillance visuelle régulière
- Orienter vers le médecin psychiatre si l'état psychique le nécessite
- Administrer le traitement pour diminuer la souffrance et ainsi diminuer le risque de passage à l'acte
- Surveiller la prise du traitement
- Observer le comportement du patient
- Solliciter et stimuler le patient pour éviter le repli sur soi
- Prendre au sérieux les manifestations verbales ou comportementales.

Mais cette liste n'est pas exhaustive car il y a également des temps institutionnels prévus pour pouvoir limiter le risque de passage à l'acte tels que les temps d'entretiens formels et informels ; les temps de sorties ; les temps de repas ;...

En conclusion, les auteurs nous rappellent que nous travaillons avec des êtres humains et que la vie elle-même est en soit un risque et donc que prévenir tout trouble du comportement paraît utopique.

Mais malgré cela, ils continuent à se questionner sur le rôle soignant auprès de ces patients ; le climat de transfert et de contre transfert mais aussi sur la protocolisation des temps de rencontre avec le patient ce qui va permettre de continuer à trouver de possibles actions à mettre en place pour améliorer la prise en charge des patients suicidaires par les équipes soignantes.

Intérêt pour le TFE :

Cet article m'a permis de relever que la tentative de suicide et le suicide en psychiatrie entraîne une véritable problématique sur la prise en charge intra hospitalière et la surveillance des patients à risque suicidaire dans une unité ouverte car l'équipe soignante redoute ce passage à l'acte qui reste difficilement prévisible.

Cet article met en avant ce que ressentent les soignants dans ce genre de situation et quels actions ils mettent en place pour pouvoir prendre en charge ce type de patients.

Cet article m'a donc permis de réaliser un état des lieux et également de mettre en lumière la place de l'équipe soignante dans cette prise en charge.

b) « Emotions de soignant, émotions de soigné »

L'article de recherche s'intitulant « Emotions de soignant, émotions de soigné » a été rédigé par Jean-Jacques PRAHIN, docteur en médecine et psychothérapeute.

Cet article a été publié dans la revue SOINS en avril 1999 (pages 13-16, n°634). Il s'agit d'un ouvrage technique dont le thème principal est l'émotion au cœur de la relation soignant-soigné et l'utilité des émotions en généralité.

Cet article est destiné essentiellement à des professionnels de santé ou étudiants.

Synthèse :

Dans cet article, l'auteur s'interroge sur la place des émotions dans la relation soignant-soigné.

Pour introduire le document, Jean-Jacques Prahin définit ce qu'est une émotion en rapportant qu'il s'agit d'une recherche de contact avec ce qui nous entoure mais également d'une réponse à un événement vécu ou ressenti par un individu.

Cet évènement peut être externe (bruit/lumière) ou interne (faim/sommeil) ; il peut être agréable ou désagréable.

Après cela, il dénombre quatre composantes des émotions :

- Les réactions neurophysiologiques : comme par exemple, les sensations que nous pouvons ressentir lorsque nous nous apprêtons à passer un examen : bouche sèche, mains moites, douleurs abdominales,...
- Les expressions motrices comme les gestes et la voix car chaque émotion a son expression spécifique.
- L'évaluation cognitive qui permettra d'adapter son comportement face à l'émotion ressentie. Cette adaptation se fera en faisant appel aux expériences que nous avons déjà vécues.
- La préparation à l'action : après avoir adapté son comportement, notre corps va inconsciemment préparer les muscles à agir (ex : fuite, attaque, repli, ...)

Pour continuer cet article, l'auteur cite les 6 émotions fondamentales établies par Paul Ekman, qui sont : la colère, la joie, la tristesse, la surprise, le dégoût et la peur.

En précisant que chacune d'entre elle se manifeste de manière spécifique mais elles ont l'avantage d'être reconnaissable par tous les êtres humains.

Ainsi, le fait qu'elles soient perceptibles par tout le monde est une bonne chose et donc, les émotions sont utiles et nécessaires pour entrer en relation avec les autres individus.

Malgré ce constat, nous avons développé une méfiance à l'égard de nos émotions, ce que l'auteur essaye d'expliquer par le fait que lorsque nous étions enfants, nos émotions ont pu être mal interprétées, pas acceptées ou peut-être même réprimées car elles ont pu être exprimées de manière trop intense.

De ce fait, en nous développant, nous avons pu substituer, amplifier, ou cacher nos émotions et ceci de manière inconsciente de peur qu'elles ne soient pas acceptées.

Néanmoins, lorsque celles-ci sont contenues trop longtemps, elles peuvent « exploser » et modifier de manière excessive nos réactions face à une situation. Lorsqu'un évènement ramène à un autre plus ancien, cela peut également amplifier nos émotions et par conséquent, modifier nos réactions.

Après avoir rapporté des éléments pouvant expliquer pourquoi nous avons une méfiance concernant nos émotions, Jean-Jacques Prahin explique quelle est la responsabilité des émotions dans la relation soignant-soigné en différenciant les responsabilités émotionnelles des soignants et celles des patients.

Lorsqu'un soignant doit prendre en soin une personne, il doit avant tout tenir compte de ses émotions ainsi que celles de la personne prise en charge ; mais il doit également avoir à l'esprit que les émotions font parties de nous au même titre que les connaissances, les croyances et les convictions.

Ainsi, dans son activité professionnelle comme dans sa vie privée, une personne soignante a le droit de ressentir ce qu'il ressent : la colère à l'égard d'un patient désagréable, la tristesse face à un patient en détresse ou en fin de vie, la joie lorsqu'un patient est en rémission de sa maladie.

Prendre la responsabilité de ses émotions, c'est exprimer ses choix et son autonomie.

En ce qui concerne le patient, il a également le droit d'exprimer ses émotions ; et le soignant doit l'accepter, mais cela ne veut pas dire que ce dernier ne doit pas réagir face aux réactions du soigné. L'acceptation des émotions de l'autre doit être réciproque et faite avec respect.

Cette intégration des émotions dans la relation de soin permet d'établir une relation de confiance entre le soignant et le patient.

En conclusion, l'auteur nous engage à faire de nos émotions nos alliées lors de la relation de soins et de ne pas avoir peur de les exprimer car c'est elles qui nous permettent d'être authentiques dans nos relations.

Intérêt pour le TFE :

Cet article m'a permis de re définir ce qu'était une émotion et d'expliquer comment celle-ci était composée.

Il m'a également aidé à prendre conscience que malgré le fait qu'elle soit indispensable pour établir une relation, certaines personnes préfère, de manière inconsciente, les dissimuler de peur qu'elles ne soient pas acceptées ou encore qu'elles soient réprimandées.

Enfin, cet article m'a fait me rendre compte de l'importance des émotions lors des relations de soins car c'est elles qui nous permettent d'être authentique et donc d'être le soignant que l'on souhaite ; et d'avoir une relation de soin basé sur la confiance et l'empathie.

c) « Les émotions en questions »

Ce document intitulé « *Les émotions en questions* » est un dossier de recherche rédigé par Jean-François DORTIER, sociologue et fondateur du magazine Sciences Humaines dans lequel a été publié ce dossier en mai 2006 (pages 44-47, n°171).

Cet ouvrage est un ouvrage technique dont le thème principal est l'émotion.

Cet ouvrage est destiné principalement à toutes personnes étudiant les sciences humaines ou aux professionnels de santé ainsi qu'aux étudiants.

Synthèse :

Pour introduire l'article, l'auteur nous rappelle les 6 émotions de base que l'anthropologue Paul Ekman a fait ressortir lors de ses différents voyages, et qu'il décrit comme « reconnaissables universellement » grâce à leurs caractéristiques spécifiques.

Ces émotions sont :

- La colère
- La peur
- Le dégoût
- La joie
- La tristesse
- La surprise

Cette liste a, par la suite, été contestée par le psychologue James R. Averill pour qui, la gamme des émotions est beaucoup plus étendue car elle comprend notamment la honte, la culpabilité, l'envie, la fierté ou encore le regret.

Malgré cela, la plupart des psychologues s'accordent sur le fait qu'une émotion se manifeste d'au moins trois manières différentes :

- Une réaction physiologique : la joie s'exprime par le sourire et le plissement des yeux par exemple.
- Une manifestation comportementale : la colère prépare l'agression comme la peur prépare la fuite.
- Une manifestation subjective : c'est le ressenti subjectif de plaisir ou de déplaisir qui accompagne l'émotion.

Par la suite, Jean-François Dortier différencie le sentiment de l'émotion en énonçant une loi algébrique des sentiments : plus le sentiment est fort moins cela dure. La durée est donc le premier critère de démarcation entre l'émotion et les sentiments.

Un des autres éléments de distinction est l'intention, car selon Nico Frijda, une émotion est toujours « intentionnelle » dans le sens où elle est tournée vers un objet précis ou une personne ; alors que par exemple, l'anxiété est un sentiment diffus, pas nécessairement orienté vers une situation ou un objet précis.

A la suite de l'article, l'auteur se demande si l'émotion est contraire à la raison. Pour René Descartes, l'émotion est de l'ordre de l'affectif, elle est donc contraire à la raison ; ce raisonnement étant conforté par les propos de Blaise Pascal : « le cœur a ses raisons que la raison ignore ».

Mais pour apporter un démenti, Antonio Damasio part de l'observation de patients lésés au niveau frontal dont chez certains, les lésions ont provoqué une perturbation au niveau des émotions et du raisonnement malgré que les facultés intellectuelles soient restées intactes.

A. Damasio a donc émis l'hypothèse que si les émotions et les capacités stratégiques sont perturbées en même temps, c'est qu'il existe donc un lien entre émotion et raison.

Pour conclure, l'auteur se base sur les propos de différents psychologues pour rapporter que les émotions traduisent une évaluation des choses, d'une personne ou d'une situation et donc que celles-ci sont bénéfiques pour réagir dans certaines situations.

Intérêt pour le TFE :

Cet article m'a permis de confronter les idées de différents psychologues en ce qui concerne la liste exhaustive des émotions et donc de définir celles-ci.

Par la suite j'ai pu différencier les sentiments des émotions grâce à des éléments de distinctions.

Pour finir, j'ai pu constater que des études avaient été menées pour essayer de montrer que la raison et les émotions sont liées. Ce qui montre, par conséquent, que celles-ci sont bénéfiques pour réagir à certains moments.

2) LA STRATEGIE D'ENQUÊTE :

Après mes premières lectures, j'ai décidé d'orienter mes entretiens autour de différents thèmes : la place de la relation, ainsi que la place des émotions et également celle de l'équipe dans la prise en charge d'un patient en psychiatrie.

A travers l'enquête exploratoire, je souhaite questionner des professionnels de santé sur ces thèmes.

Face à ma situation de départ : la prise en charge d'un patient suicidaire dans une unité d'hospitalisation ouverte de psychiatrie, je décide de mener mon enquête de terrain dans un service où les professionnels sont régulièrement confrontés à ce genre de situation. Mon choix se porte donc sur un service de psychiatrie.

Je pourrai ainsi, questionner auprès de ces professionnels, les notions de relations, d'émotions et de travail d'équipe dans la prise en charge d'un patient hospitalisé pour tentative de suicide. Ainsi que l'influence de ces notions dans la prise en charge, qu'elle soit positive ou négative.

a) Les professionnels interrogés :

Face à ma situation de départ : la prise en charge d'un patient suicidaire dans une unité d'hospitalisation ouverte de psychiatrie, je décide de mener mon enquête de terrain dans des services où les professionnels sont régulièrement confrontés à ce genre de situation. Mon choix se porte donc sur des services de psychiatrie.

Je pourrai ainsi, questionner auprès de ces professionnels, les notions de relations, d'émotions et de travail d'équipe dans la prise en charge d'un patient hospitalisé pour tentative de suicide. Ainsi que l'influence de ces notions dans la prise en charge, qu'elle soit positive ou négative.

b) Les démarches administratives pour effectuer l'enquête de terrain :

Mon enquête exploratoire sera menée dans le centre hospitalier psychiatrique de la région.

J'ai au préalable, envoyé grâce à une lettre type donnée par l'IMFSI, ma demande d'autorisation, auprès de la direction des soins, pour pouvoir mener mon enquête exploratoire.

Après un délai d'une semaine, une réponse favorable m'est revenue. Ensuite j'ai pris contact avec les cadres des services que je souhaitais interroger, et j'ai convenu d'un jour de rendez-vous afin de mener mes entretiens. Les infirmiers ont tous acceptés de donner de leur temps pour répondre à mes questions.

3) GUIDE D'ENTRETIEN :

(Guide d'entretien mis en Annexe 4)

Le guide d'entretien que j'ai utilisé pour réaliser mes entretiens auprès des professionnels a été conçu grâce aux éléments des articles de recherche qui m'ont semblé importants.

Pour commencer, je précise dans mon guide que celui sera anonyme et je demande l'autorisation aux professionnels de pouvoir les enregistrer pour limiter la perte d'information ou pour éviter une mauvaise retranscription.

Ma première question est une question de présentation pour apprendre à connaître la personne avec qui se déroule l'entretien et pour pouvoir amener la discussion sans que cela ne ressemble à un interrogatoire.

La première catégorie de question porte sur la place de la relation dans la prise en charge, le rôle infirmier auprès de patient hospitalisé pour passage à l'acte et sur les éléments qui peuvent influencer la relation soignant-soigné dans un tel contexte.

Cette catégorie a pour but d'identifier quelle est la place de la relation dans ce type de prise en charge et de comparer les réponses obtenus avec les éléments que j'ai pu trouver dans mes articles.

La deuxième catégorie de questions porte sur la place de l'équipe soignante dans ce type de prise en charge et sur l'impact qu'elle peut avoir dans la prise en soins d'un passage à l'acte d'un patient.

Enfin, la dernière catégorie de questions porte sur des éléments plus personnels que sont les émotions. Le but de ce type de questions est d'identifier la place des émotions dans la relation soignant-soigné, mais également d'observer quel impact celles-ci ont pu avoir sur la prise en soin et sur le professionnel rencontré.

4) ANALYSE DES ARTICLES :

« La prise en charge hospitalière des patients suicidaires »

Cet article m'a permis de me rendre compte que la surveillance du patient présentant un risque suicidaire était un véritable problème pour les professionnels de santé car le passage à l'acte est un évènement qui reste difficilement prévisible et évaluable.

Le facteur de prévisibilité de cette situation peut impacter la réaction des soignants : si le passage à l'acte est présumable, cela limite le sentiment de culpabilité que pourrait ressentir les professionnels, alors que, dans le cas contraire, si l'acte était inattendu, cela entraînerait un sentiment d'échec de la part des soignants.

Par la suite, les auteurs ont rédigé une liste d'actions qui semblent être de « bonnes pratiques professionnelles » pour pouvoir prendre en charge des patients suicidaires.

Mais ces actions ne pourraient être mise en œuvre si l'infirmier était le seul soignant à prendre en charge ce type de patient, car le fait de travailler en équipe pluridisciplinaire permet de repérer la majorité des signes annonciateurs de passage à l'acte, car chaque soignant a une vision de la prise en soins qui diffère d'un autre soignant et cela permet une prise en charge globale et qualitative.

Cet article m'a permis de mettre en lumière un élément d'analyse que je n'avais pas envisagé en débutant mon travail de fin d'étude : le travail d'équipe.

Ceci m'a donc permis de me questionner sur la place de l'équipe dans la prise en charge de ce type de patient mais également de sa place dans l'appréhension des émotions des soignants face à une situation de passage à l'acte.

Ceci étant, il m'a également permis de constater que les émotions font parties intégrante du soin, donc de la prise en charge ; et cela montre que mon questionnement sur l'impact des émotions dans la prise en charge en psychiatrie est une véritable problématique professionnelle, car nous travaillons avec des êtres humains et parce que nous sommes des humains, ce qui implique de mettre en place une relation et donc de faire part inconsciemment de nos émotions.

« Emotions de soignant, émotions de soigné »

Cet article m'a aidé à mieux comprendre ce qu'est une émotion et quelles sont les quatre éléments qui la compose. L'auteur nous explique également que notre corps réagit aux stimuli extérieurs et intérieurs et donc, c'est ces réactions qui produisent nos émotions et ce que nous ressentons.

Par la suite, il nous rappelle que les 6 émotions fondamentales établies par Paul Ekman sont : la colère, la joie, la tristesse, la surprise, le dégoût et la peur. Ces émotions sont dites « de bases » ou « fondamentales » car leur expression est reconnaissable par tous les êtres humains.

Cet élément conforte donc l'idée que les émotions sont exprimées de manière inconsciente et qu'elles sont nécessaires pour entrer en relation avec autrui.

Mais malgré le fait qu'elles soient utiles, certaines personnes préfèrent les dissimuler car lorsque nous étions enfants, nos émotions ont pu être mal interprétées, pas acceptées ou peut-être même réprimées car elles ont pu être exprimées de manière trop intense.

Cependant, l'auteur nous explique que lorsque nos émotions ont été contenues trop longtemps, nous pouvons « exploser » et réagir de manière excessive à certaines situations ; car celles-ci peuvent nous rappeler des éléments de notre passé et nous toucher plus que d'autres.

Pour poursuivre, l'article nous rapporte que les soignants doivent accepter les émotions des soignés mais que cela est également valable dans le sens inverse car, les émotions font parties de nous au même titre que les connaissances, les croyances et les convictions.

Enfin, cet article m'a fait me rendre compte de l'importance des émotions lors des relations de soins car c'est elles qui nous permettent d'être authentique et donc d'être le soignant que l'on souhaite ; et d'avoir une relation de soin basé sur la confiance et l'empathie.

« Les émotions en questions »

Cet article nous rappelle les six émotions fondamentales établies par Paul Ekman qui sont :

- La colère
- La peur
- Le dégoût
- La joie
- La tristesse
- La surprise

Cette liste a, par la suite, était contestée par le psychologue James R. Averill pour qui, la gamme des émotions est beaucoup plus étendue car elle comprend notamment la honte, la culpabilité, l'envie, la fierté ou encore le regret.

Par la suite, l'auteur différencie une émotion d'un sentiment à l'aide d'une loi algébrique : plus le sentiment est fort moins cela dure. La durée est donc le premier critère de démarcation entre l'émotion et les sentiments.

L'autre élément de distinction est l'intentionnalité, car selon Nico Frijda, une émotion est toujours « intentionnelle » dans le sens où elle est tournée vers un objet précis ou une personne ; alors que par exemple, l'anxiété est un sentiment diffus, pas nécessairement orienté vers une situation ou un objet précis.

Cette distinction m'a permis de faire la différence entre une émotion et un sentiment et de savoir réellement si ce que j'avais ressenti lors de ma situation était un sentiment ou une émotion.

Par la suite, l'auteur se demande si les émotions sont contraires à la raison ce que confirme René Descartes, car pour lui, l'émotion est de l'ordre de l'affectif, elle est donc contraire à la raison.

Mais pour apporter un démenti, Antonio Damasio part de l'observation de patients lésés au niveau frontal dont chez certains, les lésions ont provoqué une perturbation au niveau des émotions et du raisonnement malgré que les facultés intellectuelles soient restées intactes.

Grâce à certains propos de différents psychologues, cet article m'a permis de confirmer que les émotions traduisent une évaluation des choses, d'une personne ou d'une situation et donc que celles-ci sont bénéfiques pour réagir dans certaines situations, ou face à certaines personnes.

5) ANALYSE DES ENTRETIENS :

Les propos recueillis lors des entretiens sont retranscrits en italique et entre guillemets pour une meilleure lisibilité.

Les deux infirmiers interrogés n'ont pas le même parcours de travail, en effet, le premier infirmier a depuis l'obtention de son diplôme, a toujours exercé en service de psychiatrie alors que la deuxième infirmière a eu un parcours professionnel varié car elle a exercé dans différents services et avec différentes populations.

En ce qui concerne le premier infirmier, sa motivation pour exercer dans ce milieu était que « *les pathologies psychiatriques m'intriguaient et me passionnaient* » contrairement à la deuxième infirmière qui a choisi ce type de service pour « *le côté relationnel avec le patient* ».

Je pense qu'au regard de ces éléments, le vécu du soignant face à certaines situations n'est pas le même. Dans les réponses que j'ai pu recueillir, j'ai fait le constat que l'identité du soignant, son expérience professionnelle, sa personnalité et ses valeurs ont influencé les réponses que j'ai pu obtenir.

J'ai choisi d'analyser mes entretiens en fonctions des catégories de questions posées, qui pour le rappeler sont :

- La relation
- Le travail d'équipe
- Les émotions

Ceci permettra de faciliter la comparaison des idées entre les deux infirmiers interrogés.

La relation :

Au cours des entretiens, les soignants ont tous les deux identifiés que la relation avec les patients était « *très importante*¹ » voir « *essentielle*² » pour pouvoir réaliser une prise en charge de qualité et limiter le risque de récurrence.

Pour eux, le rôle infirmier auprès d'un patient qui se fait hospitaliser suite à une tentative de suicide consiste principalement en une « *surveillance accrue* » et au fait « *d'être à l'écoute*² *et disponible*¹ ».

Pour analyser ces réponses, nous pouvons dire que les deux infirmiers ont été en accord sur la place de la relation dans la prise en charge et sur la conduite à tenir face à un patient présentant un risque de passage à l'acte.

Par la suite, j'ai demandé aux professionnels s'ils avaient pu, au cours de leur carrière, identifier des éléments qui pouvaient influencer la relation soignant-soigné de ce contexte particulier qu'est le passage à l'acte.

A cette question, les deux infirmiers m'ont apporté des éléments similaires comme « *l'âge du patient* », le fait d'avoir « *un enfant ou un membre de la famille proche du même âge que la personne soignée* » ou encore « *les causes du passage à l'acte* » ; mais pour la seconde infirmière, le fait que le patient soit hospitalisé depuis un certain temps ou que son histoire de vie soit compliquée, cela impact également la relation soignant-soigné car cela peut « *rappeler des éléments de notre vie et donc cela peut créer un risque de transfert, ou un attachement²* ».

Pour le premier infirmier, ces éléments influence la relation car « *suivant le contexte, on appréhende différemment les situations* ».

Le travail d'équipe

Le deuxième concept abordé dans mon guide d'entretien est la place du travail en équipe. Les deux infirmiers interrogés ont identifiés que le travail d'équipe aide à « *passer le relais* » en cas de difficulté, ou d'être une source de « *soutien* ». Pour eux, l'équipe est un atout dans la prise en charge en psychiatrie car face à des situations difficiles, cela permet de pouvoir « *discuter²* » ou de « *ne pas se sentir seul lors de la prise en charge du patient¹* ».

Lorsque j'ai questionné le rôle de l'équipe soignante dans le contexte de passage à l'acte, les deux soignants ont présenté une similitude dans leur réponse, qui est que

« *l'équipe permet d'être plusieurs à observer le patient et cela permet de pouvoir déceler le risque de passage à l'acte plus rapidement¹* » et ainsi réaliser une « *meilleure prise en charge²* ».

Par la suite, j'ai voulu questionner la place des émotions au sein de l'équipe pour savoir si cela était « habituel » de faire part de ce que l'on ressent à ces collègues de travail et si oui, si il y avait un ou des moments prévus pour cela.

A cette question, les deux soignants ont répondu oui sans hésiter car pour eux, cela permet « *d'éviter de garder un trop plein d'émotions ou d'être trop impliquée psychologiquement* ² » car, comme nous « *travaillons avec de l'humain, cela implique forcément des émotions* ¹ ».

Pour permettre ceci, les infirmiers ont identifié des moments où cela est rendu possible tels que « *lors des transmissions* », « *durant les réunions inter disciplinaire* » ou encore durant « *la pause* ». Et dans le ton de la voix du premier infirmier, j'ai pu sentir une déception sur ce dernier point car pour lui il s'agit de moment où l'on peut « *décompresser* ».

Mais le premier infirmier interrogé m'a annoncé qu'il n'y avait « *pas de groupes de paroles ou de temps de paroles prévus par l'institution à cet effet* ¹ »

Ces données m'ont permis de me rendre compte de l'importance de la place de l'équipe dans la prise en charge en psychiatrie car celle-ci facilite l'expression de ce que l'on ressent et elle permet un véritable soutien moral en cas de difficultés.

Les émotions

En regard de ma situation de départ, j'ai pu extraire une problématique qui est la place des émotions dans la relation soignant-soigné.

Pour finaliser l'entretien, j'ai souhaité aborder le thème le plus personnel de ma question de départ provisoire qui est : les émotions des soignants.

J'ai choisi de terminer mon entretien sur ce sujet car il est subjectif et car il peut également renvoyer des choses que nous ne souhaitons pas forcément aborder quand on se trouve face à un inconnu. Il faut donc commencer par établir en amont une relation de confiance pour faciliter l'expression de ses émotions et de son passé.

En première question, je leur ai demandé si ils pouvaient me faire part d'une situation qui les avaient interpellé émotionnellement où un patient avait réalisé un passage à l'acte dans le service ; et par la suite je les ai questionné sur l'impact qu'avait eu ces émotions sur leur prise en soin et sur eux.

Lorsque les infirmiers m'ont raconté leur situation respective, j'ai senti dans leurs voix et dans l'expression de leurs visages que ce que je venais questionner, les obligeaient à ce rappeler des situations qui avaient dû les impacter fortement ou en tout cas, les toucher assez pour qu'ils s'en rappellent et qu'ils me la racontent.

En retranscrivant les situations qu'ils m'ont raconté, j'ai pu constater que dans les deux situations, les patients étaient de jeunes gens : « 26 ans¹ » et « 23 ans² ».

Dans les deux cas, les patients présentaient une fragilité émotionnelle qui les avait plus touchés que les cas d'autres patients. Mais également, c'était les infirmiers interrogés qui avaient surpris le passage à l'acte des patients et qui les avaient empêché de mettre fin à leurs jours.

En ce qui concerne le premier infirmier, cette situation a modifié sa prise en charge car il se « *rendait plus disponible et presque dans l'immédiateté¹* » avec ce patient à la suite de cela. Sa surveillance était également accrue car il voulait absolument limiter le risque de récurrence. Pour analyser ses propos, nous pouvons supposer qu'à la suite du passage à l'acte du patient, l'infirmier a probablement passé plus de temps avec celui-ci dans le but qu'une telle chose ne se reproduise pas.

Cependant, le fait d'avoir réussi à lui sauver la vie, le soignant n'a pas « *eu le sentiment de culpabilité que j'aurais certainement eu si j'étais arrivé trop tard¹* ».

Cette phrase montre bien que nos émotions et ressentis dépendent bien de la situation que nous vivons et de la manière dont nous nous l'approprions.

Quant à la deuxième infirmière, ce passage à l'acte a modifié sa prise en charge car elle se « *sentais coupable²* » et « *décontenancée²* » par le fait de ne pas avoir pu déceler les signes annonciateurs de ce passage à l'acte.

Ce sentiment de culpabilité avait entraîné un investissement personnel et professionnel plus important de la part de la soignante qui pensait qu'elle, « *n'avait pas fait ce qu'il fallait²* » et qu'elle avait « *la sensation d'être une mauvaise soignante²* ».

Ce sentiment de culpabilité qu'avait ressenti cette infirmière me rappela ce que j'avais moi-même éprouvée lors de ma situation personnelle, je comprenais donc les émotions qu'elle avait pu vivre.

Ces deux entretiens m'ont beaucoup apporté tant au niveau professionnel que personnel. Ils m'ont permis d'avoir une autre vision de ma situation, de ma posture et de ce que j'avais pu vivre. Ces deux professionnels m'ont apporté des éléments que je n'avais pas encore envisagé d'approfondir dans ce travail de recherche. Ils m'ont amené à me questionner sur d'autres éléments de la prise en charge que je n'avais pas retenus ou sur l'importance de la place de l'équipe pour appréhender ce genre de situation.

6) LIEN ENTRE ARTICLES DE RECHERCHE ET VECU DES SOIGNANTS

A la relecture de mes articles de recherche et après l'analyse de mes entretiens ; je fais le constat que la relation soignant-soigné et les émotions sont intimement liés. Et ceci est justifié par le fait que « *nous travaillons avec de l'humain et donc cela implique forcément des émotions* ».

Après avoir réalisé les entretiens, je me suis rendue compte que, lors de ma prise en charge, j'avais été une « bonne soignante » car j'avais su neutraliser le risque vital pour le patient et réagir en fonction de ce que je voyais et de ce que cela impliquait.

Je me suis également aperçue que le fait d'avoir eu ce trop plein d'émotions était normal car j'avais vécu une situation atypique et de surcroît c'était la première fois que je voyais une personne tenter de mettre fin à ses jours.

Un des éléments qui a impacté ma prise en charge et mes émotions fut l'âge du patient qui était similaire au mien. De ce fait, je m'étais donc identifiée à ce jeune homme et cela avait entraîné en moi un sentiment de culpabilité.

Les entretiens infirmiers m'ont permis d'avoir une vision différente de la place des émotions dans la relation et dans la prise en charge mais surtout de m'avoir permis de considérer le travail d'équipe comme un élément essentiel dans la prise en soin d'un patient suicidaire.

Dans les articles et lors des entretiens le travail en équipe apparaît comme une notion indissociable de la qualité de la prise en charge. En effet, le soignant au sein d'une équipe doit intégrer les autres soignants pour mener à bien la prise en charge, mais il doit également passer le relais lorsque la relation affective devient trop « intense » ou trop « émotionnelle ».

Aussi, ma réflexion a évolué depuis l'analyse de la problématique initiale. En faisant lien entre les analyses d'articles, des entretiens et mon analyse de pratique professionnelle, je fais le constat que plusieurs points sont identiques. Malgré tout, certains questionnements restent en suspens.

Pour conclure, le parallèle entre les articles, les entretiens et ma réflexion personnelle m'ont apportés des données intéressantes dans plusieurs domaines, avec une alternance de cadre théorique, et une approche de terrain. Les points qui en émergent sont le travail en équipe, la place de la relation soignant-soigné dans la prise en charge et l'impact des émotions sur celle-ci.

En regard des points émergents de l'analyse et des questions encore en suspens, j'ai pu établir une nouvelle question de départ plus ciblée.

7) QUESTION DE DEPART DEFINITIVE :

« En quoi le travail d'équipe permet-il la gestion des émotions de l'infirmier vis-à-vis d'un jeune patient hospitalisé pour tentative de suicide ? »

V- CADRE CONCEPTUEL :

En regard de ma situation de départ, l'analyse des entretiens et des articles je fais le choix d'aborder 3 concepts. Les 3 concepts extraits de ma question de départ définitive sont :

- Le jeune adulte hospitalisé pour tentative de suicide
- Les émotions
- Le travail d'équipe

En effet, ces 3 concepts sont des thèmes récurrents dans les articles et dans les propos relevés lors des entretiens.

Ma question de départ définitive est la suivante :

➔ « *En quoi le travail d'équipe permet-il la gestion des émotions de l'infirmier vis-à-vis d'un jeune patient hospitalisé pour tentative de suicide ?* »

1) CONTEXTE :

Dans un premiers temps, il me semble pertinent de rappeler le contexte où ma situation de départ s'est déroulée. Le service de psychiatrie, est un lieu qui accueille des patients ayant un âge minimum de 18 ans. Les patients hospitalisés dans ce service peuvent présenter des troubles du comportement, des troubles de conduites alimentaires, des troubles bipolaires, un syndrome dépressif ou un risque suicidaire.

Ce type de service prend en charge des patients ayant des fragilités émotionnelles, il est donc important de connaître la pathologie du patient et son histoire de vie pour réaliser une prise en soin efficace. De plus, pour permettre une bonne gestion des émotions, la place de l'équipe soignante tient un grand rôle.

Dès lors, il me semble pertinent d'approfondir la notion de travail en équipe, du patient suicidaire et des émotions dans la prise en charge.

2) CONCEPT 1 : LE JEUNE ADULTE HOSPITALISE POUR TENTATIVE DE SUICIDE

A) DEFINITION DE LA TENTATIVE DE SUICIDE:

Une tentative de suicide peut être définie comme « *un acte intentionnel posé par une personne dans le but de se suicider mais qui n'aboutit pas à la mort¹* ».

Elle peut également se définir comme étant « *un comportement auto-infligé, potentiellement dangereux, sans issue fatale, pour lequel il existe une preuve de l'intention de mourir²* ».

Dans ces deux définitions nous pouvons voir que l'intentionnalité de mourir est présente. Cela peut signifier qu'il s'agit de l'élément principal de la définition.

Nous pouvons rajouter qu'une personne ayant commis une tentative de suicide se nomme le sujet suicidant³.

La tentative de suicide s'inscrit dans un processus complexe qui est la crise suicidaire. Celle-ci peut être définie comme « *un moment de crise psychique pouvant survenir à différentes périodes dans la vie du sujet⁴* ».

Nous allons donc pouvoir analyser ce qu'est la crise suicidaire et quels sont les éléments qui la caractérise.

Selon MORASZ, psychiatre, le processus de la crise suicidaire se divise en 3 phases⁵ :

- La phase pré-suicidaire :

Il s'agit de la phase où la problématique suicidaire se met en place.

Elle se caractérise par une augmentation de la tension interne et l'émergence de pensées suicidaires. Elle est dépendante des événements de vie précipitants (charge traumatique accumulée depuis l'enfance existant avant la crise suicidaire) et des événements déclenchants (ce qui va créer la rupture).

¹ <http://www.preventionsuicide.info/connaissances/definitions.php>

² Suicide et tentative de suicide, édition Lavoisier MSP. p23

³ La communication entre soignant et soigné. P96

⁴ Suicide et tentative de suicide, édition Lavoisier MSP. P102

⁵ Comprendre et soigner la crise suicidaire. Edition Dunod. P96 à 99.

Il s'agit donc de la période où les idées suicidaires se mettent en place, c'est ce que l'on pourrait nommer « la conduite suicidaire ».

C'est la phase durant laquelle la prévention est centrale et essentielle.

Cette phase peut être plus ou moins longue et elle peut passer inaperçue.

- La phase de passage à l'acte :

Il s'agit de la phase où la personne n'arrive pas à trouver d'autres solutions que le suicide pour échapper à une douleur morale. La tentative de suicide peut être également un appel à l'aide aux personnes de son entourage. Nous pouvons donc dire que la tentative de suicide possède une intentionnalité (comme nous avons pu le constater dans les définitions données précédemment).

Le passage à l'acte a un caractère soudain et inattendu, c'est pour cela que lorsque cela se produit, l'entourage peut être sidéré car il n'avait pas prévu que cela se produirait. Le caractère impulsif de cette phase est donc déterminant et central.

Cette phase se produit lorsque l'individu présente une incapacité à contenir ses angoisses par des mécanismes de défense habituels.

- La phase post- suicidaire :

Il s'agit de la phase d'apaisement lié à la fonction cathartique (qui produit une action libératrice) de l'acting.

C'est à la suite du passage à l'acte que les « suicidants » entrent en contact avec les structures de soins.

L'hôpital offre aux suicidants un cadre rassurant propice à l'étayage externe, permet de travailler l'étayage interne précaire et de renouer des liens avec l'entourage.

C'est une phase d'apaisement de la souffrance psychique, le patient est moins anxieux. Il est plus apaisé et il a l'impression qu'il peut exister une solution à sa douleur morale.

Il est également indispensable d'évaluer le risque suicidaire à court terme.

C'est la phase où l'alliance thérapeutique sera mise en place et promue par l'ensemble de l'équipe soignante.

B) EPIDEMIOLOGIE :

Après avoir défini la tentative de suicide, et expliqué son processus, nous allons donner quelques chiffres concernant ce phénomène de santé.

En 2015, 9109 décès par suicide ont été enregistrés en France Entière et 8948 en France métropolitaine. Par an, il y a environ 200.000 tentatives de suicide et 90 000 hospitalisations pour ce motif en France⁶.

Le suicide compte pour 2% des décès, toutes tranches d'âge confondues. Il s'agit de la première cause de mortalité de la tranche des moins de 30 ans : environ 20% des décès masculin et environ 15% des décès féminins⁷.

Ces chiffres sont très éloquentes et ils démontrent que le suicide et la tentative de suicide sont un problème majeur de santé publique.

Nous pouvons voir que les jeunes sont les plus touchés par ce phénomène : « *plus d'un tiers des suicidants ont moins de 25 ans*⁸ ».

L'ouvrage *Suicide et tentative de suicide*, nous rapporte les chiffres d'une étude qui a été menée sur le suicide à l'hôpital psychiatrique. Ces chiffres nous montrent que ce phénomène n'est pas inhabituel dans les services. En effet, « *le taux de suicide à l'hôpital psychiatrique varie selon les études de 100 à 550 pour 100 000 admissions*⁹ ». Après avoir donné ces chiffres, nous pouvons voir que les auteurs de cette étude ont établi un profil spatio-temporel des suicides en psychiatrie : « *environ un tiers des suicides sont réalisés durant la première semaine d'hospitalisation [...] et environ 80% des suicides ont lieu dans des unités ouvertes*¹⁰ ».

Grâce à ce constat sur le nombre de personnes concernées par ce problème de santé, nous pouvons imaginer qu'un soignant sera au moins une fois dans sa carrière, confronté à ce type de patients.

Il serait donc opportun de connaître la prise en charge adaptée à mettre en place avec un patient étant hospitalisé après avoir réalisé un passage à l'acte.

⁶ <https://www.infosuicide.org/reperes/epidemiologie/>

⁷ <https://www.conduites-suicidaires.com/le-suicide/epidemiologie-du-suicide/>

⁸ Manuel de psychologie du soin. Edition Bréal

⁹ Suicide et tentative de suicide, édition Lavoisier MSP. p292

¹⁰ Suicide et tentative de suicide, édition Lavoisier MSP. p23

C) PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT SUICIDANT :

Pour pouvoir réaliser une prise en charge qualitative d'un patient suicidant, il faut avant toute chose évaluer le potentiel suicidaire de la personne.

L'évaluation de ce potentiel permet d'évaluer l'urgence de la prise en soin.

Pour pouvoir évaluer ce risque, il faut prendre en compte trois composantes préconisées par l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé).

Celles-ci sont :

- « *Les facteurs de risques*
- *L'urgence de la menace*
- *La dangerosité du scénario suicidaire* ¹¹ »

Chacune de ces trois composantes est évaluée selon trois degrés d'intensité : faible, moyen et élevé.

C'est cette évaluation qui orientera la prise en soin du patient.

Selon le degré d'intensité, une hospitalisation en hôpital psychiatrique est conseillée voire fortement recommandée.

Après avoir réalisé cette évaluation, le soignant doit établir une relation de confiance auprès du patient suicidant, pour cela, il se doit de réaliser un entretien pour connaître les raisons du passage à l'acte et pour réévaluer le risque suicidaire.

Durant cet entretien, le soignant « *ne doit pas hésiter à questionner directement la personne sur ses idées suicidaires* ¹² ».

L'entretien doit être à la fois directif mais aussi empathique pour pouvoir laisser le temps à la personne soignée de pouvoir s'exprimer sur ce qu'il ressent.

Celui-ci doit également permettre « *d'identifier d'éventuelles sources de soutien et d'identifier les ressources psychologiques* ¹³ » que peut avoir le patient.

¹¹ Suicide et tentative de suicide, édition Lavoisier MSP. P102

¹² Suicide et tentative de suicide, édition Lavoisier MSP. P103

¹³ Suicide et tentative de suicide, édition Lavoisier MSP. P103

Après avoir réalisé cette prise en charge dans l'urgence, il est important d'identifier les moyens mis en place pour effectuer une prise en soin adaptée durant l'hospitalisation.

Pour commencer, nous devons rappeler que l'hospitalisation d'un patient suicidant n'est pas à elle seule une mesure suffisante pour éviter un passage à l'acte car, comme nous l'avons abordé dans la partie sur l'épidémiologie, « *le taux de suicide à l'hôpital psychiatrique varie selon les études de 100 à 550 pour 100 000 admissions*¹⁴ ».

Durant l'hospitalisation, certaines précautions peuvent être prise pour limiter le risque de passage à l'acte comme « *limiter l'ouverture des fenêtres, [...] retirer les tringles à rideaux*¹⁵ ». Le fait de vérifier les effets personnels des patients, après leurs accords et en leurs présences, « *permet également de neutraliser certains moyens*¹⁶ » tels que les ceintures, les médicaments ou encore les lames.

Il est également indispensable de poursuivre l'alliance thérapeutique et la relation de confiance qui a pu être mise en place lors de la prise en charge aux urgences.

Ceci se concrétise par la mise en place d'entretiens réguliers avec la personne, ce qui permet de rappeler au patient que l'équipe soignante est présente pour lui.

Ces entretiens permettent une évaluation du risque suicidaire mais aussi de pouvoir repérer des éléments laissant présager une récurrence de passage à l'acte imminente.

Ces éléments sont catégorisés pour pouvoir mieux les différencier et les évaluer :

- « *l'expression d'idées et d'intentions suicidaires*¹⁷ » telles que : je veux mourir ou bien de manière indirectes, je voudrais fermer les yeux et que tout s'arrête.
- « *les manifestations de crise psychique*¹⁸ » comme la fatigue, le sentiment d'échec ou d'inutilité, les troubles du sommeil.

¹⁴ Suicide et tentative de suicide, édition Lavoisier MSP. p292

¹⁵ Suicide et tentative de suicide, édition Lavoisier MSP. P104

¹⁶ Suicide et tentative de suicide, édition Lavoisier MSP. P104

¹⁷ La communication entre soignant et soigné. Edition Bréal. P106

¹⁸ La communication entre soignant et soigné. Edition Bréal. P106

- « *le contexte de vulnérabilité*¹⁹ » comme un contexte familial difficile, une pathologie psychiatrique ou encore la consommation de substances illicites.

De manière générale, nous pouvons dire que tout changement d'attitudes, de comportement ou d'activité peuvent être des signes laissant imaginer le risque de récurrence du passage à l'acte.

Nous pouvons terminer en ajoutant que « *la complexité des facteurs de risque suicidaires rend la prédiction du suicide quasi impossible*²⁰ ».

D) LIEN AVEC LA SITUATION DE DEPART :

En ce qui me concerne, je pense qu'au niveau relationnel, je me suis montrée présente, à l'écoute et empathique envers Valentin, néanmoins, je pense que je manquais de maturité et d'expériences pour pouvoir évaluer le risque suicidaire de mon patient.

De ce fait, je n'ai pas su interpréter ces propos et je n'ai pas su anticiper ce qui allait se produire. Et c'est pour cela que son passage à l'acte m'a paru si soudain et si incompréhensible.

Je pensais avoir tout mis en place avec ce jeune patient pour établir une relation de confiance et créer une alliance thérapeutique, mais cela était loin d'être suffisant.

Néanmoins, comme nous avons pu le voir précédemment, la prédiction du passage à l'acte est quasi impossible et cela est majoré lorsque nous manquons d'expérience dans ce domaine qu'est la psychiatrie, car nous pouvons rappeler qu'il s'agissait de mon premier stage en psychiatrie.

Cette situation m'a permis de me questionner sur moi-même et sur la professionnelle que j'étais. J'ai ainsi pu réadapter ma posture et ma prise en charge face à des patients suicidants.

¹⁹ La communication entre soignant et soigné. Edition Bréal. P106

²⁰ Suicide et tentative de suicide, édition Lavoisier MSP. P105

3) CONCEPT 2 : LES EMOTIONS DE L'INFIRMIER

A) DEFINITION :

Etymologiquement, le mot émotion vient du latin et se traduit par « e » qui veut dire vers l'extérieur et « motion » qui signifie mouvement. Nous pouvons donc penser qu'il s'agit d'un mouvement vers l'extérieur de l'esprit.

Selon Norbert SILLAMY, psychologue et psychanalyste : « *l'émotion est une réaction globale, intense de l'organisme à une situation inattendue, accompagnée d'un état affectif de tonalité pénible ou agréable*²¹ ».

Pour Harvey CARR, psychologue : « *une émotion peut être définie comme un réajustement somatique qui est activé instinctivement par une situation activante et qui, à son tour, permet la mise en œuvre de réponses adaptatives à cette situation*²² ».

Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que les émotions sont déclenchées par un évènement externe, c'est-à-dire, par notre environnement et que cela provoque une perturbation de notre organisme.

Puisque nos émotions sont des réactions de notre organisme à une situation, nous pouvons imaginer que celles-ci influencent nos décisions et nos actions.

Au cours des siècles, plusieurs émotions dites « de bases » ont pu être déterminées ; par exemple, pour Catherine MERCADIER, infirmière et sociologue, il existe cinq émotions qui prédominent au cours de l'interaction entre le soignant et le soigné (cité dans le manuel *Cahier des sciences infirmières/ Soins de confort et de bien-être, relationnels, palliatifs et de fin de vie*, page 188).

Celles-ci sont :

- La gêne
- La colère
- La peur
- La tristesse
- La joie

²¹ Les concepts en sciences infirmières, édition Mallet conseil p158

²² Biologie des émotions, édition De Boeck p16

Ces émotions sont dites de bases car elles sont identifiables, ressenties et exprimées par l'ensemble des êtres humains. C'est ce qui les différencie des émotions secondaires, car ces dernières seront vécues en fonction des origines, des croyances ou des valeurs que l'individu porte. Ces émotions secondaires peuvent être la honte, la culpabilité, la tendresse, le mépris, etc.

Il est également important de pouvoir différencier un sentiment d'une émotion.

Un sentiment se différencie d'une émotion en premier lieu par la durée car pour Jean-François DORTIER : « *plus le sentiment est fort moins cela dure*²³ ». Un des autres éléments de distinction entre ces deux termes est l'intention car selon Nico FRIJDA²⁴, une émotion est toujours tournée vers un objet ou une personne précise alors qu'un sentiment est diffus, il n'est donc pas nécessairement orienté vers quelque chose de précis.

Nous avons commencé l'abord de notre concept en essayant de donner une définition à ce terme et en le différenciant des sentiments.

Au cours de mes différents stages, j'ai pu observer que l'on attendait des infirmiers, qu'ils soient capables de mettre à distance leurs émotions et leurs affects. Pour certains, l'infirmier idéal est toujours souriant, est toujours disponible pour ses patients et ne montre pas ce qu'il peut ressentir.

Nous venons de voir que les émotions sont des réactions soudaines et incontrôlées de notre corps et de notre esprit dû à une situation ou à un évènement.

Ceci implique donc que, même en tant que soignant, nos émotions peuvent surgir à tout moment et qu'il sera donc difficile voire impossible de ne rien éprouver ou de ne rien laisser paraître.

Nous allons donc voir à présent, comment les soignants essayent de « gérer leurs émotions » dans un contexte de soin et de les accepter malgré leur intensité et les réactions que celles-ci peuvent provoquer.

²³ « Les émotions en questions », Sciences Humaines, mai 2006 (pages 44-47, n°171).

²⁴ « Les émotions en questions », Sciences Humaines, mai 2006 (pages 44-47, n°171).

B) LES MECANISMES D'ADAPTATIONS :

Lorsqu'une émotion est disproportionnée, elle submerge, perturbe ou bloque notre fonctionnement et modifie notre perception des choses et par conséquent, nos réactions face à certaines situations.

Pour le soignant, il apparaît donc nécessaire de vouloir gérer ses émotions car les nier paraît impossible, au vu de ce que nous avons pu découvrir précédemment, mais également nuisible à l'équilibre émotionnel du soignant si nous les gardons trop longtemps sans les exprimer.

C'est pourquoi, certains professionnels mettent en place des mécanismes dits « d'adaptation » pour tenter de limiter l'impact de leurs émotions sur la prise en charge des patients et sur eux-mêmes.

Nous allons donc définir ce que sont les mécanismes d'adaptation, voir quels sont ces mécanismes et quels sont les éléments qui les caractérisent.

Les mécanismes d'adaptations sont « *l'ensemble des modifications des conduites qui visent à assurer l'équilibre des relations entre l'organisme et ses milieux de vie*²⁵ ».

Pour S. IONESCU, psychiatre (cité dans l'ouvrage *Mécanisme de défense : principes et échelles d'évaluation*. Edition Masson), il s'agit « *de processus psychiques inconscients visant à réduire ou à annuler les effets désagréables des dangers réels ou imaginaires*²⁶ »

Cette définition permet de mettre l'accent sur le côté inconscient de ce processus.

Selon Martine RUSZNIEWSKI, il s'agit de « *d'une fonction adaptative qui nous préservent d'une réalité vécue comme intolérable parce trop douloureuse. Ces mécanismes fréquents, automatiques et inconscients, ont pour but de réduire les tensions et l'angoisse et s'exacerbent dans les situations de crise et d'appréhension extrême.*²⁷ »

²⁵ Nouveaux cahiers de l'infirmière/ Sciences humaines p.107

²⁶ Mécanismes de défense : principes et échelles d'évaluation. Edition Masson p.9

²⁷ Face à la maladie grave : patients, famille, soignants, Dunod, 1999

Durant nos cours de psychologie en première année, nous avons pu voir quels étaient les principaux mécanismes d'adaptation que mettaient en place les soignants et comment ils étaient caractérisés.

Selon Martine RUSZNIEWSKI, psychologue et psychiatre, il existe 9 mécanismes d'adaptations²⁸ qui sont :

- Le mensonge :

Le soignant ment au patient pour ne pas être confronté à l'angoisse du patient.

En mentant au patient sur sa prise en charge ou sur la gravité de sa pathologie, cela permet au soignant de se protéger de ses propres représentations ou appréhension.

Ce mécanisme préserve momentanément la relation de confiance qui a pu s'installer entre le soignant et le soigné, jusqu'au moment où le patient apprend la vérité, ce qui peut provoquer un choc.

- La banalisation :

La banalisation pourrait être associée à la généralisation. Ce mécanisme se caractérise par la comparaison de la situation ou l'état de santé d'une personne avec d'autres individus.

Le soignant se focalise sur la maladie, sur la souffrance physique et occulte la souffrance morale du patient

Le soignant essaye par la banalisation, de rassurer le patient sur sa prise en charge ou sur sa pathologie.

Ceci peut engendrer une limitation de la verbalisation des angoisses de la part du patient.

²⁸ « Les mécanismes de défense », Manuel de soins palliatifs. Edition Dunod, pp. 543-551

- L'esquive :

L'esquive est mise en place par un soignant lorsque celui-ci refuse d'aborder la situation ou la pathologie d'un patient mais sans lui mentir. Cela peut également être mis en place lorsque le soigné demande des explications au soignant et que celui-ci change de conversation pour éviter de répondre à la question du patient.

Le soignant répond en décalage au patient

Ce type de mécanisme peut créer un sentiment de culpabilité de la part du soignant car les demandes de la personne peuvent mettre en cause le rôle ou les capacités professionnelles du soignant.

- La fausse réassurance :

Ce mécanisme consiste à entretenir chez le malade, un espoir artificiel pour essayer de limiter ses angoisses et ses craintes.

Cette fausse réassurance s'applique aussi chez le soignant car cela lui permet également de garder espoir et de continuer de croire en la prise en charge qui est faite.

Ceci peut entraîner chez le patient de la colère et un sentiment de trahison ce qui pourrait limiter la relation de confiance et donc freiner la prise en charge.

- La rationalisation :

Avec ce mécanisme, le soignant rend incompréhensible le discours avec le patient en utilisant des termes médicaux et scientifiques que ne comprend pas forcément le soigné.

Par conséquent, le patient n'intègre pas les éléments de sa prise en charge et n'est donc pas acteur de celle-ci.

La rationalisation permet au soignant qui l'a met en place de délivrer toutes les informations nécessaires au patient mais sans que celui-ci ne les comprennent. Le fait de tenir un discours médical permet au soignant de ne pas s'engager sur le niveau émotionnel.

Ce mécanisme ne laisse que très peu de place pour l'expression des émotions ressenties par le patient.

- L'évitement :

Il s'agit d'un mouvement de fuite du patient, c'est-à-dire que le soignant évite d'entrer en communication avec le soigné pour pouvoir effectuer une distanciation émotionnelle.

Ce mouvement de fuite se traduit par le fait de ne plus rentrer dans la chambre d'un patient ou de le prendre en charge sans communiquer avec lui. Par exemple en faisant un pansement sans regarder ni discuter avec le patient : venir faire le geste sans considérer la personne.

Le patient est donc considéré comme un simple objet de soin et cela peut entraîner un sentiment de solitude et d'exclusion vis-à-vis de l'équipe médicale.

- La dérision/ l'humour :

Pour communiquer avec le patient, le soignant utilise l'humour, l'ironie ou le cynisme.

Cela lui permet d'être peu influencé par les émotions qu'il pourrait ressentir face à des situations délicates.

Généralement, ce mécanisme est utilisé pour essayer de détendre une situation qui peut sembler pesante, ou alors lorsque le soignant ne sait quoi répondre aux angoisses du patient.

Exemple :

- j'ai vraiment très peur de perdre mes cheveux
- vous savez, la perruque c'est l'occasion de changer de coupe

Ce mécanisme est souvent lié aux situations de lassitude, à une banalisation de la souffrance quotidienne à laquelle est confronté le soignant.

- La fuite en avant :

Ce mécanisme intervient généralement lorsque le patient pose une question qui provoque la sidération ou la surprise du soignant.

La fuite en avant consiste à donner toutes les informations que l'on possède sans que le patient soit prêt ou sans qu'il ne soit au courant de ces éléments.

Le fait de délivrer toutes ces informations d'un coup peut « assommer » le patient et majorer chez lui son angoisse.

Exemple :

Bonjour, vous avez un cancer incurable, vous allez avoir un traitement lourd, je vous ai pris RDV avec les soins palliatifs.

Ce mécanisme est d'une grande violence pour le patient et peut avoir pour effet d'annihiler l'espoir.

- L'identification projective :

Il s'agit de la tentative du soignant de dissoudre la distance qui est instaurée, par une prise en charge active et globale.

Mais en réalité, le soignant attribue à l'autre certains traits de lui-même, se substitue au malade, lui prête ses sentiments, ses pensées, ses émotions.

Le soignant enlève la distance professionnelle qui sépare le soignant du soigné. Il s'identifie au patient et donne son ressenti par rapport à la situation dans laquelle se trouve la personne soignée.

Exemple :

- J'ai vraiment très peur de mourir
- Je vous comprends tout à fait, je ne suis pas malade mais pourtant je me mets à votre place, ça doit vraiment être très dur, je ne sais pas comment je le supporterai

Ce mécanisme d'adaptation peut donner au patient l'impression de ne pas être seul et d'être compris par le soignant, ou bien cela peut majorer son anxiété.

Nous venons de voir que dans certains cas, les soignants mettent inconsciemment en œuvre des mécanismes d'adaptations pour essayer de canaliser leurs émotions dans le but de ne pas être dépassé par celles-ci.

Mais parfois, malgré ce que nous avons pu apprendre au cours de notre formation ou de nos différents stages, certaines situations nous touchent plus que d'autres et cela peut engendrer une relation soignant-soigné particulière : la relation transférentielle.

C) LA NOTION DE TRANSFERT :

Selon la définition psychanalytique du dictionnaire le LAROUSSE, le terme de transfert se définit comme « *un processus selon lequel le patient réactualise ses conflits infantiles en projetant sur le thérapeute ou le soignant, l'image de ses parents et les sentiments qu'il a éprouvés envers eux*²⁹ »

Pour Séverine REZETTE, psychologue clinicienne, le transfert « *est un déplacement d'affects destinés à une personne sur une autre personne*³⁰ »

De manière inconsciente, le patient inclus des enjeux affectifs au sein de la relation soignant-soigné, cela lui permet d'investir le soignant et d'établir une relation avec celui-ci sans avoir l'impression d'être dans une relation de pouvoir de la part du soignant.

Aussi, le transfert serait « *l'établissement de ce lien affectif intense est automatique, incontournable et indépendant de tout contexte de réalité.*³¹ ». Cela révèle que le transfert se met en place par les émotions, le ressenti et le vécu antérieur du patient. Il est donc inévitable dans la relation soignant-soigné.

²⁹ -<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/transfert/79100>

³⁰ Psychologie clinique en soins infirmiers. Edition Masson. P13

³¹ Grand dictionnaire de psychologie p 408

Nous pouvons donc dire qu'il s'agit d'une partie de la prise en charge qui n'est pas technique et qui ne s'apprend pas dans les cours que l'on peut recevoir.

Selon Hildegard PEPLAU ; infirmière et docteur en éducation à étudier les relations interpersonnelles en soins infirmiers ; l'infirmier face à la dépendance psychique ou physique du patient, devient un substitut pour pallier cette perte d'autonomie.

En effet, les gestes de l'infirmier, ses mots, sa posture ou encore son empathie peut rappeler au soigné une personne qu'il connaît ou qu'il aurait connu. Ceci peut provoquer le risque d'une relation basé sur le même fonctionnement que celle qui a déjà était établie auprès de la personne de l'entourage.

Hildegard PEPLAU décrit cette théorie grâce à six rôles majeurs de la pratique infirmière :

- Le rôle de la personne étrangère : l'infirmière fait preuve de non-jugement afin d'établir un « *climat propice à la communication et à la confiance mutuelle*³² ».
- Le rôle de personne ressource : l'infirmière répond aux diverses questions, elle se met à la disposition des patients.
- Le rôle éducatif : l'infirmière apporte des réponses en tenant compte du niveau de connaissance du patient et elle l'accompagne dans son processus d'éducation à la santé.
- Le rôle de leader : l'infirmière encourage le patient à devenir acteur de son soin.
- Le rôle de substitut : l'infirmière se positionne pour pallier les besoins d'une personne.
- Le rôle de conseillère: l'infirmière accompagne le patient dans l'acceptation de son état.

Tout ce processus permet de créer une relation de confiance entre le soignant et le soigné.

³²H. Peplau, relations interpersonnelles en soins infirmiers Inter Edition, Paris, 1995 p 50

Le fait de « reconnaître, d'accepter et d'analyser le transfert, permet d'acquérir une position juste, de mettre les émotions à leur juste place, et d'éviter de se laisser détruire par elles³³ ».

Cela signifie que lorsque le patient souffre, il n'a pas toujours la possibilité de repérer ses sentiments et de les analyser, c'est donc aux soignants d'être attentifs aux signes de transfert et d'être capables de pouvoir analyser les postures qui auraient pu engendrer ce transfert.

Mais cela n'est pas toujours facile car lorsqu'un infirmier débute ou est encore un étudiant, il peut « manquer d'expériences, de formations et de situations cliniques³⁴ » grâce auxquelles il pourra constituer peu à peu sa posture.

Après avoir défini ce qu'était le transfert, nous pouvons aborder la notion de contre transfert.

Le contre transfert peut se définir comme « les mouvements affectifs du thérapeute en réaction à ceux de son patient et en relation avec son propre vécu infantile³⁵ ».

Dans le contre transfert des soignants, plusieurs éléments rentrent en ligne de compte :

- La réaction affective à la personnalité du patient : « l'âge du patient, son sexe, sa situation familiale, voire sa culture³⁶ »
- La réaction affective à l'image que donne le patient : « cela dépend de la représentation qu'a le soignant du malade et la manière dont celui-ci réagit à sa maladie³⁷ »
- Les facteurs personnels : il s'agit de « l'état de stress, de fatigue ou d'énerverment³⁸ » que présente le soignant au moment de la situation.

³³Psychologie clinique en soins infirmiers. Edition Masson. P14

³⁴Psychologie clinique en soins infirmiers. Edition Masson. P15

³⁵ Nouveaux cahiers de l'infirmière/ Sciences humaines p.123

³⁶Nouveaux cahiers de l'infirmière/ Sciences humaines p.123

³⁷Nouveaux cahiers de l'infirmière/ Sciences humaines p.123

³⁸Nouveaux cahiers de l'infirmière/ Sciences humaines p.123

Dans la pratique infirmière, « *le phénomène de transfert est constant, omniprésent dans les relations*³⁹ ». Le patient interagit avec le soignant par ce processus.

Il est également important de dire que le travail en équipe est en lien direct avec le concept de transfert et de contre transfert : « *L'infirmier n'est pas seul dans le service*⁴⁰ ». Des moments sont mis en place, tels que les réunions d'équipe pour discuter des patients et de mener à bien le soin auprès de ceux-ci.

Nous venons de voir que le concept des émotions est un large sujet où les définitions foisonnent et ne se ressemblent pas. C'est peut-être parce que celles-ci ne sont pas seulement biologiques et ne peuvent donc pas s'expliquer réellement, c'est pour cela qu'elles sont si difficiles à définir.

En tant qu'être humain, l'infirmier génère des émotions et se doit de les ressentir afin d'apprendre à les gérer en les acceptant. Mais quelques fois, malgré une envie de vouloir gérer ses propres émotions, certaines situations nous touchent plus que d'autres et peuvent provoquer ce que l'on appelle le transfert et le contre transfert.

Grâce au prochain concept abordé, nous verrons ce qu'est le travail en équipe, à quoi peut-elle servir, quelles sont ses avantages et ses limites.

D) LIEN AVEC LA SITUATION DE DEPART :

Si l'on compare ma situation de départ avec le cadre conceptuel des émotions, nous pouvons voir que ce que j'ai ressenti face à la situation était une réaction intense de mon organisme à une situation que je n'attendais pas et cela a été accompagné par un état affectif désagréable.

D'après les entretiens que j'ai pu effectuer, j'ai relevé des éléments qui, dans ma situation, ont impacté mes émotions et ma prise en charge.

Le fait que Valentin ait été âgé de 21 ans et moi de 20 ans au moment de la situation, peut expliquer que son passage à l'acte m'ait touché.

³⁹ Concepts en sciences infirmières Ed. Mallet conseil p.324

⁴⁰ Concepts en sciences infirmières ED. Mallet conseil p.325

De plus, c'était la première fois que je voyais quelqu'un vouloir se suicider de cette manière (phlébotomie).

Le « *contexte familial*⁴¹ » difficile dans lequel se trouvait le patient a également influencé ma prise en charge car cela provoquait en moi un sentiment d'injustice.

Après avoir analysé les différents mécanismes d'adaptation que mettent en place certaines fois les soignants pour essayer de canaliser leurs émotions, je me suis rendue compte que dans ma situation, je n'avais pas mis en place de mécanismes et, au contraire, je me suis laissée submerger par un trop plein d'émotions qui a eu pour effet de créer une relation transférentielle avec Valentin.

Nous avons pu voir que le fait de « *reconnaître, d'accepter et d'analyser le transfert, permet d'acquérir une position juste, de mettre les émotions à leur juste place, et d'éviter de se laisser détruire par elles*⁴² ».

Mais nous avons vu également que lorsque nous manquons d'expérience, cela peut s'avérer difficile voire impossible à reconnaître et à analyser.

Grâce à l'analyse de la notion de transfert, cela m'a permis de me rendre compte de ce qui était entré en jeu dans ma situation et de pouvoir comprendre quelle posture professionnelle j'avais pu mettre en place avec Valentin ainsi que de comprendre ce que j'avais ressenti et pourquoi sa situation m'avait autant touché.

4) CONCEPT 3 : LE TRAVAIL EN EQUIPE

A) DEFINITION :

Avant de définir ce qu'est le travail d'équipe, je pense qu'il est important de commencer par essayer de donner une définition de ce qu'est une équipe.

Une équipe peut être définie comme étant un groupe de personnes interagissant afin d'accomplir une cible commune, laquelle implique une répartition de tâches et la convergence des efforts des membres de l'équipe.

⁴¹Voir entretien infirmier en annexe 5

⁴²Psychologie clinique en soins infirmiers. Edition Masson. P14

Le terme de « *travail en équipe* » désigne « *un rassemblement de professionnel autour de buts communs et de la recherche de solutions afin d'améliorer la prise en charge du patient*⁴³ ».

Selon, le professeur en sciences humaines Roger MUCCHIELLI ; « *le travail d'équipe n'est pas inné. C'est une compétence qui s'apprend, se travaille. L'efficacité d'une équipe n'est pas seulement affaire de cohésion et d'organisation. Elle s'appuie sur des règles, une dynamique qui doivent être maîtrisées pour conclure à la réussite de l'équipe*⁴⁴ ».

La notion de travail en équipe, se bases sur l'échange, les interactions entre les différents membres. La cohésion, la communication et l'entraide semble être des points indispensables pour mener à bien une prise en charge. Il s'agit d'un « *travail en synergie*⁴⁵ ».

Nous pouvons en déduire que, pour qu'une équipe fonctionne, il faut qu'il y ai entre ses différents membres, de la cohésion ; c'est-à-dire, qu'une certaine solidarité entre les différentes personnes qui composent l'équipe soit présente.

Il est donc important de pouvoir se tourner vers ses collègues lorsque nous rencontrons des difficultés vis-à-vis de la prise en soin d'un patient ou bien pour que l'équipe puisse prendre le relais lorsque nous sommes confrontés à des situations complexes ou qui implique un trop plein d'émotions.

C'est grâce au soutien inter équipe que, d'une part, le patient est pris en charge de manière efficiente, et, d'autre part, que les professionnels peuvent travailler dans de bonnes conditions relationnelles.

Plusieurs auteurs tels que MUCCHIELLI ou François GUYTE (cité dans l'ouvrage *Projets de soins infirmiers ; Rôle infirmier, organisation du travail et interdisciplinarité*. Edition De Boeck-Estem ; page 206) ont établi des qualités ou des conditions pour que le travail en équipe soit pertinent.

⁴³ Définition du travail en équipe par la Haute Autorité de Santé
https://www.hassante.fr/portail/jcms/c_1601003/fr/travailler-en-equipe

⁴⁴ Les concepts en sciences infirmières 2^{ème} ed. Mallet conseil p 181.

⁴⁵ Les concepts en sciences infirmières, édition Mallet conseil p170.

Ces conditions sont : « *l'expression possible des désaccords et des tensions*⁴⁶ », « *l'entraide en cas de difficultés d'un membre*⁴⁷ » ou encore le fait de se respecter les uns les autres, « *se focaliser sur le but plutôt que sur ses intérêts personnels*⁴⁸ » mais le plus important pour que le travail en équipe se fasse dans les meilleures conditions, est le fait « *d'être à l'écoute des autres*⁴⁹ ».

Ces qualités montrent bien que pour réaliser un travail d'équipe efficace et dans de bonnes conditions, il faut surtout savoir faire preuve de solidarité et que la communication entre les différents membres soit présente.

Si toutes ces conditions sont respectées, cela maintiendra une certaine cohésion au sein du groupe et cela favorisera une prise en soin efficace au niveau du patient.

Le fait de travailler en équipe présente certains avantages et inconvénients que nous allons maintenant aborder.

B) AVANTAGES DU TRAVAIL EN EQUIPE :

Le fait de travailler en équipe présente ; selon Marlyne DABRION, docteur de l'université René-Descartes et cadre supérieur de santé de la fonction hospitalière ; quatre grands avantages qui sont :

- « *une meilleure prise en charge*⁵⁰ »

Ceci est justifié par le fait que travailler en équipe permet de repérer les différents besoins du patient, de pouvoir parler sur son cas et de pouvoir mettre en place une prise en charge personnalisée.

- « *le patient se sent plus écouté*⁵¹ »

⁴⁶ Les concepts en sciences infirmières, édition Mallet conseil p170

⁴⁷ Les concepts en sciences infirmières, édition Mallet conseil p170

⁴⁸ Projets de soins infirmiers ; Rôle infirmier, organisation du travail et interdisciplinarité. Edition De Boeck-Estem ; page 206

⁴⁹ Projets de soins infirmiers ; Rôle infirmier, organisation du travail et interdisciplinarité. Edition De Boeck-Estem ; page 206

⁵⁰ Projets de soins infirmiers ; Rôle infirmier, organisation du travail et interdisciplinarité. Edition De Boeck-Estem ; page 207

⁵¹ Projets de soins infirmiers ; Rôle infirmier, organisation du travail et interdisciplinarité. Edition De Boeck-Estem ; page 207

Le patient se sent plus écouté car le fait qu'une équipe est composée de plusieurs individus, cela permet au soigné de se confier à la personne avec qui il se sent le plus à l'aise.

- « *une meilleure relation soignant-soigné*⁵² »

- « *une relation privilégiée pour la famille du patient*⁵³ »

Ceci permet à la famille de poser différentes questions aux différents membres de l'équipe pluridisciplinaire. Cette relation particulière permet à la famille de comprendre et de faire face aux différentes préoccupations que les proches peuvent avoir.

Mais les avantages du travail en équipe ne s'appliquent pas seulement pour le patient, ils s'appliquent également aux soignants.

Comme nous avons pu le voir au cours de nos entretiens avec des infirmiers, le travail en équipe permet également de pouvoir « *passer le relais*⁵⁴ », « *être soutenu*⁵⁵ », et de « *pouvoir discuter de ce que l'on ressent face à certaines situations*⁵⁶ ».

Le travail en équipe permet également, lorsqu'il y a une notion de transfert ou d'éléments affectifs trop importants entre un patient et un professionnel de santé, de pouvoir en discuter car un soignant ne doit pas « *rester seul avec ses difficultés et ses souffrances*⁵⁷ ».

⁵² Projets de soins infirmiers ; Rôle infirmier, organisation du travail et interdisciplinarité. Edition De Boeck-Estem ; page 207

⁵³ Projets de soins infirmiers ; Rôle infirmier, organisation du travail et interdisciplinarité. Edition De Boeck-Estem ; page 207

⁵⁴ Voir entretien infirmier en annexe 5

⁵⁵ Voir entretien infirmier en annexe 5

⁵⁶ Voir entretien infirmier en annexe 5

⁵⁷ Psychologie clinique en soins infirmiers. Edition Masson. P16

C) LES LIMITES ET LES CONTRAINTES DU TRAVAIL EN EQUIPE :

Même si le travail en équipe présente des avantages, il peut également présenter des limites et des obstacles.

Selon Annick PERREAULT-LABELLE (cité dans l'ouvrage *Projets de soins infirmiers ; Rôle infirmier, organisation du travail et interdisciplinarité*. Edition De Boeck-Estem ; page 207), il existerait quatre comportements qui peuvent nuire au travail en équipe :

- « *les comportements de parallélismes*⁵⁸ »

Ce terme fait référence aux employés qui comptent sur leur collègue pour réaliser leurs tâches à accomplir.

- « *la survalorisation*⁵⁹ »

Cela consiste à mettre en valeur ses contributions personnelles plutôt que celles de l'équipe.

- « *l'agression*⁶⁰ »

Parfois, certaines personnes portent atteintes, consciemment ou inconsciemment, à l'intégrité psychologique et/ou physique de leurs collègues.

- « *la mauvaise utilisation des outils mis à la disposition du groupe*⁶¹ »

Le fait d'utiliser de mauvaise manière les différents outils mis en place dans un service, cela peut impacter le groupe entier en le mettant en grande difficulté.

Ces différents comportements peuvent créer des conflits au sein de l'équipe mais également une possible détresse psychologique de la part d'un ou plusieurs membres du groupe.

Ces conflits peuvent entraîner « *une dépense d'énergie intellectuelle, émotionnelle et physique*⁶² » car chaque membre de l'équipe réalise un surinvestissement personnel pour pouvoir essayer de résoudre le conflit ou du moins de le limiter.

⁵⁸ Projets de soins infirmiers ; Rôle infirmier, organisation du travail et interdisciplinarité. Edition De Boeck-Estem ; page 207

⁵⁹ Projets de soins infirmiers ; Rôle infirmier, organisation du travail et interdisciplinarité. Edition De Boeck-Estem ; page 208

⁶⁰ Projets de soins infirmiers ; Rôle infirmier, organisation du travail et interdisciplinarité. Edition De Boeck-Estem ; page 208

⁶¹ Projets de soins infirmiers ; Rôle infirmier, organisation du travail et interdisciplinarité. Edition De Boeck-Estem ; page 208

Le conflit peut également générer des émotions négatives telles que la colère, la tristesse, la frustration, etc ; car le fait de devoir travailler ensemble en présentant une « *rupture de communication et de relation*⁶³ » entraîne une rupture de la relation professionnelle et donc des relations sociales au sein du lieu de travail. N'oublions pas que nous passons plus de temps sur notre lieu de travail avec nos collègues plutôt qu'à notre domicile avec notre famille, tout ceci pour signaler que si nous sommes en conflit avec nos collègues, nous présentons un ressenti négatif à devoir aller travailler et cela augmente notre risque d'erreur.

D) LIEN AVEC LA SITUATION DE DEPART :

Concernant ma situation de départ, l'équipe m'a montrée qu'elle me faisait confiance car l'infirmière m'a laissé réaliser l'entrée de Valentin. Elle m'a donc permis d'essayer de trouver ma posture professionnelle auprès de ce type de patient.

Lorsque le patient était en situation d'urgence immédiate, le fait d'être en équipe m'a inciter à déléguer les différentes tâches qu'il pouvait y avoir dans le service, mais j'ai également pu rester avec le patient et veiller sur lui pendant que l'infirmière s'occupait de prévenir les urgences. Ceci a permis de réaliser une prise en charge rapide et efficace du patient.

Malgré cette prise en charge efficace du patient, je ne me suis pas sentie soutenue, ni écoutée par l'équipe soignante lorsque je me suis retrouvée en difficulté au niveau émotionnel.

Je pense que dans cette situation, ce que je souhaitais par-dessus tout c'était de me sentir soutenue par l'équipe et de pouvoir partager mes émotions avec les différents membres de l'équipe.

Cette réflexion me pousse à me questionner.

⁶²Projets de soins infirmiers ; Rôle infirmier, organisation du travail et interdisciplinarité. Edition De Boeck-Estem ; page 208

⁶³Projets de soins infirmiers ; Rôle infirmier, organisation du travail et interdisciplinarité. Edition De Boeck-Estem ; page 208

Peut-être ai-je vécue cette situation de cette manière car je ne me suis pas sentie intégrée dans l'équipe, ou bien parce que je n'ai pas pu exprimer ce que je ressentais par rapport à ce que je venais de vivre.

De mon point de vue, je n'ai pas pu retrouver les avantages qu'auraient dû me procurer le travail en équipe. Mais si je me place uniquement en tant que soignante, je pense que l'équipe a été très présente et efficace pour réaliser une prise en soin adaptée, de qualité et efficiente.

Si nous voulions aller plus loin, nous pourrions également nous demander quelle est la place de l'étudiant infirmier dans une équipe soignante et comment peut-il s'intégrer à celle-ci ?

VI- PROBLEMATIQUE :

La situation de départ dont découle toute la réflexion de ce travail de fin d'étude, est issue de la prise en charge d'un patient hospitalisé en psychiatrie pour tentative de suicide, ayant réalisé une récurrence de son passage à l'acte dans le service et de l'impact de cette situation sur mes émotions et ma prise en soin.

Cette situation s'est déroulée au cours de mon dernier stage de ma deuxième année de formation ; mais il s'agissait de mon tout premier stage dans un service de psychiatrie.

L'analyse de cette situation m'a apporté une réflexion qui a eu pour conséquence d'engendrer chez moi un questionnement provisoire qui fut :

« En quoi les émotions du soignant peuvent-elles interférer dans la prise en charge d'un jeune patient hospitalisé en psychiatrie pour une tentative de suicide ? »

Suite à l'étude de plusieurs articles, trois d'entre eux m'ont semblé pertinents au vu de ma situation de départ. Le premier article abordait la prise en charge des patients suicidaires en intra hospitalier dans des services de psychiatrie, le second portait sur les émotions présentes au sein de la relation soignant-soigné et le troisième traitait des émotions dans leurs généralités et de leurs impacts sur le raisonnement et dans les relations.

Grâce aux nouveaux éléments apportés par ces articles, j'ai pu créer un guide d'entretien afin de comparer l'apport théorique avec la réalité de la pratique.

La confrontation que j'ai pu effectuer entre mes résultats d'enquête et les éléments apportés par les articles de recherche, m'ont permis d'enrichir ma réflexion et d'envisager d'autres perspectives à mon questionnement.

Lors de l'analyse de ma situation, je n'avais pas vu l'importance du travail en équipe dans la gestion des émotions et dans la prise en charge du patient suicidaire. Les résultats que j'ai pu obtenir me font penser qu'il existe un lien entre ces trois concepts.

Au vu des nouveaux éléments mis en lumière, mon questionnement provisoire a évolué vers ma question de recherche définitive :

« En quoi le travail d'équipe permet-il la gestion des émotions de l'infirmier vis-à-vis d'un jeune patient hospitalisé pour tentative de suicide ? »

Les trois concepts que j'ai choisi de développer afin d'enrichir mon cadre conceptuel face à ce questionnement sont :

- Le jeune adulte hospitalisé pour tentative de suicide
- Les émotions des soignants
- Le travail d'équipe

L'étude de ces trois concepts m'a permis de réajuster mes représentations et de mettre en place une posture professionnelle plus adaptée à mes valeurs et à ma vision du métier d'infirmière.

Nous avons pu voir que prendre en charge un patient suicidant n'est pas chose facile, mais que le soignant doit être en capacité d'être attentif à certaines données telles que :

- L'expression d'idées et d'intentions suicidaires
- Les manifestations de crise psychique
- Le contexte de vulnérabilité du patient

Ces trois éléments sont des données à prendre en compte lorsqu'un soignant met en place l'observation clinique qui est un des éléments clé de la prise en charge d'un patient suicidant. L'autre élément indispensable pour une prise en charge de qualité est la communication, car c'est lors des entretiens que le patient va pouvoir exprimer ce qu'il ressent et exprimer également les idées suicidaires s'il en a.

Par la suite, mes recherches m'ont amené à parler des émotions, des mécanismes de défenses et de la notion de transfert.

Nous avons pu voir qu'une émotion pouvait se définir comme étant « *une réaction globale, intense de l'organisme à une situation inattendue, accompagnée d'un état affectif de tonalité pénible ou agréable*⁶⁴ ».

Cette définition nous a permis de montrer qu'il s'agissait de réaction inattendue face à des situations complexes. Et nous pouvons dire que la prise en charge d'un patient suicidant peut être une source de complexité.

Suite à cela nous avons pu observer que certains soignants mettaient en place des mécanismes d'adaptation pour limiter l'impact de leurs émotions sur eux-mêmes et sur leur prise en charge.

Nous pouvons rappeler quels sont les neuf mécanismes d'adaptations qui peuvent être mis en place durant une prise en soin. Il s'agit :

- Du mensonge
- De la banalisation
- De l'esquive
- De la fausse réassurance
- De la rationalisation
- De l'évitement
- De la dérision
- De la fuite en avant
- De l'identification projective

Ces mécanismes sont mis en place inconsciemment dans le but de limiter l'impact émotionnel des émotions des soignants sur eux-mêmes, mais aussi parfois, pour essayer de rassurer la personne prise en charge.

Cependant, certaines situations peuvent amener à ce que nos émotions envers une personne soignée soient trop intenses et incontrôlables, et peuvent entraîner ce que l'on appelle une relation transférentielle.

Mais nous avons pu analyser que lorsqu'un soignant est novice ou est étudiant, il est parfois difficile de repérer ce type de relation.

⁶⁴Les concepts en sciences infirmières, édition Mallet conseil p158

Pour terminer l'analyse du cadre conceptuel, nous avons abordé la notion de travail d'équipe et les avantages et limites de celui-ci.

Nous avons donc pu voir que le travail d'équipe permet une meilleure prise en soin du patient, car celui-ci se sent plus écouté, mais aussi, car la famille du patient peut interroger les différents membres de l'équipe pour obtenir des réponses à leurs interrogations.

Comme nous avons pu le voir dans le cadre conceptuel, le travail en équipe permet également de pouvoir « *passer le relais*⁶⁵ », « *être soutenu*⁶⁶ », et de « *pouvoir discuter de ce que l'on ressent face à certaines situations*⁶⁷ ».

Le travail en équipe permet également, lorsqu'il y a une notion de transfert ou d'éléments affectifs trop importants entre un patient et un professionnel de santé, de pouvoir en discuter car un soignant ne doit pas « *rester seul avec ses difficultés et ses souffrances*⁶⁸ ».

Néanmoins, le travail en équipe peut également présenter ses limites surtout si ses différents membres sont en conflit.

La confrontation de la situation de départ à l'enquête exploratoire et au cadre référentiel m'ont permis d'aboutir à une problématique et de formuler une hypothèse répondant à la question de recherche que nous allons voir par la suite.

⁶⁵ Voir entretien infirmier en annexe 5

⁶⁶ Voir entretien infirmier en annexe 5

⁶⁷ Voir entretien infirmier en annexe 5

⁶⁸ Psychologie clinique en soins infirmiers. Edition Masson. P16

VII- HYPOTHESE :

Le fait de travailler en équipe dans un service prenant en charge des patients hospitalisés pour tentative de suicide, permettrait une prise en charge personnalisée et optimale du patient.

L'équipe permettrait également une expression des émotions de l'infirmier lors de situation ressentie comme difficile émotionnellement, mais aussi un soutien pour le soignant concerné.

Ceci permettrait d'optimiser la qualité des soins infirmiers auprès du patient suicidant.

VIII- CONCLUSION :

Ces trois années de formation m'ont permis de développer mon savoir, mon savoir-être et mon savoir-faire.

La recherche de la situation d'appel m'a amené à apporter un regard critique sur ma pratique professionnelle en tant que future infirmière.

Ce travail de fin d'études m'a permis de me questionner sur mes propres émotions. La recherche d'une définition commune à ce terme a été difficile. Les représentations sont multiples et individuelles à chacun. Nous sommes tous confrontés un jour où l'autre à nos émotions et nous les appréhendons tous de manières différentes.

Ce qui m'a amené à poser ma question de départ :

« En quoi le travail d'équipe permet-il la gestion des émotions vis-à-vis d'un jeune patient hospitalisé pour tentative de suicide ? »

Les entretiens que j'ai pu effectuer auprès des infirmiers ont enrichi mon analyse et m'ont permis de modifier ma vision des choses. Le fait d'approcher de nouveaux concepts m'a aidé à apporter une vision plus précise des écarts et des difficultés que peuvent engendrer les émotions.

J'ai pris plaisir à effectuer ce travail d'initiation à la recherche. En tant que future infirmière, cela m'a permis de modifier ma posture de soignante, ainsi que ma vision personnelle.

Ce travail de recherche m'a appris que le fait de connaître et accepter nos émotions, nous permet de mieux les gérer. Elles sont indispensables à notre raisonnement car c'est un moteur d'action. Le fait de les exprimer et de les partager ne signifie pas que l'on montre une de nos faiblesses mais plutôt, que nous avons une force.

Nous sommes avant tout humains et nous travaillons avec de l'humain, nous évoluons au fil de nos expériences personnelles et professionnelles. Notre regard vers les autres varie selon l'histoire de vie de chacun.

Mais ce regard évolue... l'échange avec autrui permet de partager différentes idées et différentes expériences. Elles nourrissent nos différents savoirs.

Cela fut un travail intéressant et très enrichissant autant sur le plan personnel et professionnel. Les recherches que j'ai pu effectuer sur le travail en équipe, les émotions et sur la tentative de suicide m'ont permis d'approfondir mes connaissances et de modifier mon point de vue. Je pense que ceci montre l'intérêt d'effectuer un travail de recherche, car ce travail nous permet de grandir en tant que professionnel mais surtout en tant qu'être humain.

IX- BIBLIOGRAPHIE :

Articles de revues :

- « La prise en charge hospitalière des patients suicidaires » : Soins Psychiatrie n°279, mars/avril 2012, pages 35-38
- « Emotions de soignant, émotions de soigné » : Soins n°634, avril 1999, pages 13-16
- « Les émotions en questions » : Sciences Humaines n°171, mai 2006, pages 44-47

Documents électroniques tirés d'internet :

- <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/transfert/79100>
- <http://www.preventionsuicide.info/connaissances/definitions.php>
- https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601003/fr/travailler-en-equipe
- <https://www.infosuicide.org/reperes/epidemiologie/>
- <https://www.conduites-suicidaires.com/le-suicide/epidemiologie-du-suicide/>
-

Livres :

- FORMARIER M, JOVIC L. *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Editions Mallet Conseil, A.R.S.I., 2009. 291p
- DABRION Marlyne. *Projets de soins infirmiers ; Rôle infirmier, organisation du travail et interdisciplinarité*. Paris : Edition De Boeck-Estem, 2013. 398p

- BELZUNG Catherine. *Biologie des émotions*. Edition De Boeck, 2007. 480p
- PITARD L, PERUZZA E. *Cahier des sciences infirmières/ Soins de confort et de bien-être, relationnels, palliatifs et de fin de vie*. Edition Elsevier Masson, .247p
- REZETTE Séverine. *Psychologie clinique en soins infirmiers*. Edition Masson, 2008. 184p
- PEPLAU Hildegard. *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*. Edition InterEditions, 1995. 325p
- AUBERT L, ENYOUMA M, FALCON N, SOUBEYRAND P. *Nouveaux cahiers de l'infirmière/ Sciences humaines*. Edition Masson, 2007. 231p
- PERRY JC, GUELFY JD, DESPLAND JN, HANIN B, LAMAS C. *Mécanismes de défense : principes et échelles d'évaluation*. Edition Masson, 2009. 170p
- RUSZNIEWSKI Martine. « Les mécanismes de défense », *Manuel de soins palliatifs*. Edition Dunod, 2014, pp. 543-551. 1244p
- RUSZNIEWSKI Martine. *Face à la maladie grave*. Edition Dunod, 2014. 216p
- IONITA A, COURTET P. *Suicide et tentative de suicide*. Edition Lavoisier MSP, 2010. 350p
- BIOY A, BOURGEOIS F, NEGRE I. *La communication entre soignant et soigné*. Edition Bréal, 2013. 158p (présentation Broché)
- BIOY A, FOUQUES D. *Manuel de psychologie du soin*. Edition Bréal, 2002. 317p
- MORASZ L, DANET F. *Comprendre et soigner la crise suicidaire*. Edition Dunod, 2008. 282p

Annexe I : fiche de lecture 1

« LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE DES PATIENTS SUICIDAIRES »

Auteur :

Claude CLOËS, psychologue clinicienne et docteur en psychologie ; Gilles HAAR, cadre de santé ; Emmanuelle SAUZE, praticien hospitalier et psychiatre ; Sylvie KAUTZMANN et Pascale LIPS, infirmières de secteur psychiatrique et Stéphanie SWIERCZYNSKI, infirmière diplômée d'état.

Genre :

Article de revue

Publication :

Tiré de Soins Psychiatrie N°279 mars/avril 2012

Nombre de pages :

4 pages

Thèmes :

Soins infirmiers/pratique soignante / psychiatrie / risque suicidaire/prévention/surveillance

Contexte :

Evolution de la prise en charge des patients suicidaires dans un pavillon ouvert en psychiatrie et propositions d'outils pour pouvoir effectuer une prise en charge de qualité

Résumé de l'article :

En 2006, on a dénombré en France métropolitaine 10 423 suicides touchant en majorité des hommes (7 593). Les décès par suicides en hôpitaux psychiatriques représentent 5% des suicides totaux, 80% ayant lieu dans des unités ouvertes.

C'est à partir de cette problématique sur la prise en charge intra hospitalière et la surveillance des patients à risque suicidaire dans une unité ouverte qu'a débuté la réflexion des auteurs sur ce sujet.

La tentative de suicide est souvent redoutée par l'ensemble des soignants car elle reste difficilement prévisible ; et ceci entraîne un paradoxe pour l'institution psychiatrique car elle se doit d'accueillir des patients suicidaires afin de leur proposer des soins et une protection tout en sachant que maîtriser ce risque se révèle impossible.

Chaque soignant a déjà rencontré des patients laissant supposer une issue fatale malgré les soins et l'accompagnement. Dans ce genre de cas, le caractère de prévisibilité peut préserver du traumatisme ressenti par l'équipe soignante lors de la survenue d'une tentative de suicide ou d'un suicide.

Cet évènement entraîne généralement de la culpabilité de la part de l'équipe soignante si ce passage à l'acte était inattendu car il vient mettre en échec le rôle soignant.

En interrogeant les équipes soignantes, les auteurs ont pu relever des moments où le risque de passage à l'acte est plus élevé comme par exemple les transferts d'unités, les changements de chambre, la première semaine d'hospitalisation, ...

Après avoir fait ces constats, les auteurs ont réalisé une liste d'actions semblant être de « bonnes pratiques professionnelles » pour pouvoir prendre en charge des patients suicidaires :

- Créer un environnement non dangereux en retirant les objets dangereux
- Installer le patient au plus près de la salle de soin quand cela est possible
- Vérifier le verrouillage des fenêtres
- Effectuer des entretiens infirmiers pour évaluer le risque suicidaire
- Instaurer une surveillance visuelle régulière
- Orienter vers le médecin psychiatre si l'état psychique le nécessite
- Administrer le traitement pour diminuer la souffrance et ainsi diminuer le risque de passage à l'acte
- Surveiller la prise du traitement

- Observer le comportement du patient
- Solliciter et stimuler le patient pour éviter le repli sur soi
- Prendre au sérieux les manifestations verbales ou comportementales.

Mais cette liste n'est pas exhaustive car il y a également des temps institutionnels prévus pour pouvoir limiter le risque de passage à l'acte tels que les temps d'entretiens formels et informels ; les temps de sorties ; les temps de repas ;...

En conclusion, les auteurs nous rappellent que nous travaillons avec des êtres humains et que la vie elle-même est en soit un risque et donc que prévenir tout trouble du comportement paraît utopique. Mais malgré cela, ils continuent à se questionner sur le rôle soignant auprès de ces patients ; le climat de transfert et de contre transfert mais aussi sur la protocolisation des temps de rencontre avec le patient ce qui va permettre de continuer à trouver de possibles actions à mettre en place pour améliorer la prise en charge des patients suicidaires par les équipes soignantes.

Annexe 2 : fiche de lecture 2

« EMOTIONS DE SOIGNANT, EMOTIONS DE SOIGNE »

Auteur :

Jean-Jacques PRAHIN, docteur en médecine et psychothérapeute.

Genre :

Article de revue

Publication :

Tiré de Soins N°634 avril 1999

Nombre de pages :

4 pages

Thèmes :

Relation soignant-soigné/émotions/sentiment/sensation

Contexte :

Cet article essaye de mettre en évidence la place des émotions au sein de la relation soignant-soigné en commençant par définir dans sa généralité ce qu'est une émotion.

Résumé de l'article :

Dans cet article, l'auteur s'interroge sur la place des émotions dans la relation soignant-soigné.

Pour introduire le document, Jean-Jacques Prahin définit ce qu'est une émotion en rapportant qu'il s'agit d'une recherche de contact avec ce qui nous entoure mais également d'une réponse à un événement vécu ou ressenti par un individu. Cet événement peut être externe (bruit/lumière) ou interne (faim/sommeil) ; il peut être agréable ou désagréable.

Après cela, il dénombre quatre composantes des émotions :

- Les réactions neurophysiologiques : comme par exemple, les sensations que nous pouvons ressentir lorsque nous nous apprêtons à passer un examen : bouche sèche, mains moites, douleurs abdominales,...
- Les expressions motrices comme les gestes et la voix car chaque émotion à son expression spécifique.
- L'évaluation cognitive qui permettra d'adapter son comportement face à l'émotion ressentie. Cette adaptation se fera en faisant appel aux expériences que nous avons déjà vécues.
- La préparation à l'action : après avoir adapté son comportement, notre corps va inconsciemment préparer les muscles à agir (ex : fuite, attaque, repli, ...)

Pour continuer cet article, l'auteur cite les 6 émotions fondamentales établies par Paul Ekman, qui sont : la colère, la joie, la tristesse, la surprise, le dégoût et la peur.

En précisant que chacune d'entre elle se manifeste de manière spécifique mais elles ont l'avantage d'être reconnaissable par tous les êtres humains.

Ainsi, le fait qu'elles soient perceptibles par tout le monde est une bonne chose et donc, les émotions sont utiles et nécessaires pour entrer en relation avec les autres individus.

Malgré ce constat, nous avons développé une méfiance à l'égard de nos émotions, ce que l'auteur essaye d'expliquer par le fait que lorsque nous étions enfants, nos émotions ont pu être mal interprétées, pas acceptées ou peut-être même réprimées car elles ont pu être exprimées de manière trop intense.

De ce fait, en nous développant, nous avons pu substituer, amplifier, ou cacher nos émotions et ceci de manière inconsciente de peur qu'elles ne soient pas acceptées.

Néanmoins, lorsque celles-ci sont contenues trop longtemps, elles peuvent « exploser » et modifier de manière excessive nos réactions face à une situation. Lorsqu'un événement ramène à un autre plus ancien, cela peut également amplifier nos émotions et par conséquent, modifier nos réactions.

Après avoir rapporté des éléments pouvant expliquer pourquoi nous avons une méfiance concernant nos émotions,

Jean-Jacques Prahin explique quelle est la responsabilité des émotions dans la relation soignant-soigné en différenciant les responsabilités émotionnelles des soignants et celles des patients.

Lorsqu'un soignant doit prendre en soin une personne, il doit avant tout tenir compte de ses émotions ainsi que celles de la personne prise en charge ; mais il doit également avoir à l'esprit que les émotions font parties de nous au même titre que les connaissances, les croyances et les convictions.

Ainsi, dans son activité professionnelle comme dans sa vie privée, une personne soignante a le droit de ressentir ce qu'il ressent : la colère à l'égard d'un patient désagréable, la tristesse face à un patient en détresse ou en fin de vie, la joie lorsqu'un patient est en rémission de sa maladie.

Prendre la responsabilité de ses émotions, c'est exprimer ses choix et son autonomie.

En ce qui concerne le patient, il a également le droit d'exprimer ses émotions ; et le soignant doit l'accepter, mais cela ne veut pas dire que ce dernier ne doit pas réagir face aux réactions du soigné. L'acceptation des émotions de l'autre doit être réciproque et faite avec respect.

Cette intégration des émotions dans la relation de soin permet d'établir une relation de confiance entre le soignant et le patient.

En conclusion, l'auteur nous engage à faire de nos émotions nos alliées lors de la relation de soins et de ne pas avoir peur de les exprimer car c'est elles qui nous permettent d'être authentiques dans nos relations.

Annexe 3 : fiche de lecture 3

« LES EMOTIONS EN QUESTIONS »

Auteur :

Jean-François DORTIER, sociologue et fondateur du magazine Sciences Humaines

Genre :

Article de revue

Publication :

Tiré de Sciences Humaines N°171 mai 2006

Nombre de pages :

4 pages

Thèmes :

Emotion/sentiment/raison

Contexte :

Cet article a pour but de présenter ce qu'est une émotion et de montrer que celle-ci n'est pas en contradiction avec la raison.

Résumé de l'article :

Pour introduire l'article, l'auteur nous rappelle les 6 émotions de base que l'anthropologue Paul Ekman a fait ressortir lors de ses différents voyages, et qu'il décrit comme « reconnaissables universellement » grâce à leurs caractéristiques spécifiques.

Ces émotions sont :

- La colère
- La peur
- Le dégoût
- La joie
- La tristesse
- La surprise

Cette liste a, par la suite, été contestée par le psychologue James R. Averill pour qui, la gamme des émotions est beaucoup plus étendue car elle comprend notamment la honte, la culpabilité, l'envie, la fierté ou encore le regret.

Malgré cela, la plupart des psychologues s'accordent sur le fait qu'une émotion se manifeste d'au moins trois manières différentes :

- Une réaction physiologique : la joie s'exprime par le sourire et le plissement des yeux par exemple.
- Une manifestation comportementale : la colère prépare l'agression comme la peur prépare la fuite.
- Une manifestation subjective : c'est le ressenti subjectif de plaisir ou de déplaisir qui accompagne l'émotion.

Par la suite, Jean-François Dortier différencie le sentiment de l'émotion en énonçant une loi algébrique des sentiments : plus le sentiment est fort moins cela dure. La durée est donc le premier critère de démarcation entre l'émotion et les sentiments.

Un des autres éléments de distinction est l'intention, car selon Nico Frijda, une émotion est toujours « intentionnelle » dans le sens où elle est tournée vers un objet précis ou une personne ; alors que par exemple, l'anxiété est un sentiment diffus, pas nécessairement orienté vers une situation ou un objet précis.

A la suite de l'article, l'auteur se demande si l'émotion est contraire à la raison.

Pour René Descartes, l'émotion est de l'ordre de l'affectif, elle est donc contraire à la raison ; ce raisonnement étant conforté par les propos de Blaise Pascal : « le cœur a ses raisons que la raison ignore ».

Mais pour apporter un démenti, Antonio Damasio part de l'observation de patients lésés au niveau frontal dont chez certains, les lésions ont provoqué une perturbation au niveau des émotions et du raisonnement malgré que les facultés intellectuelles soient restées intactes. A. Damasio a donc émis l'hypothèse que si les émotions et les capacités stratégiques sont perturbées en même temps, c'est qu'il existe donc un lien entre émotion et raison.

Pour conclure, l'auteur se base sur les propos de différents psychologues pour rapporter que les émotions traduisent une évaluation des choses, d'une personne ou d'une situation et donc que celles-ci sont bénéfiques pour réagir dans certaines situations.

Guide d'entretien

Etudiante infirmière en troisième année, je réalise un Travail de Fin d'Etudes dont le thème est « les émotions des soignants face à une tentative de suicide », l'objectif de cette enquête étant de connaître les émotions ressenties par les soignants devant cette situation particulière.

Je tiens à rappeler que tout ce qui sera dit durant cet entretien restera anonyme. Je souhaiterais donc savoir si vous m'autorisez à enregistrer notre entretien dans le but de réaliser une retranscription fidèle des propos qui seront dit.

QUESTION DE PRESENTATION

Bonjour, pour commencer, pouvez-vous vous présenter :

Quel âge avez-vous ?

Depuis quand êtes-vous diplômé ?

Quel est votre parcours professionnel ?

Depuis quand êtes-vous dans ce service et qu'est-ce qui vous a motivé pour travailler dans le domaine de la psychiatrie ?

Avez-vous reçu des formations, des diplômes ou des spécialisations en lien avec le thème ?

RELATION : objectif : Identifier la place de la relation dans la prise en charge

Question 1 :

Pouvez-vous me faire part de votre rôle infirmier auprès d'un jeune patient qui vient se faire hospitaliser pour tentative de suicide ?

- Et quelle est la place de la relation ?

Question 2 :

Avez-vous identifié des éléments qui peuvent influencer la relation soignant-soigné dans le contexte de passage à l'acte ?

- Pourriez-vous me dire pourquoi ces éléments l'influence ?

TRAVAIL D'EQUIPE : *objectif : Identifier la place de l'équipe soignante dans la prise en charge*

Question 3 :

Que vous apporte le travail d'équipe dans ce service ? Et dans le contexte de passage à l'acte ?

Question 4 :

Faites-vous part de vos émotions au sein de l'équipe ?

- Si oui, y a-t-il un contexte favorable à cela ou des moments prévus ? (environnement, temps inter-équipe, des disponibilités ?)

EMOTIONS : *objectif : Identifier la place des émotions dans la relation soignant-soigné*

Question 5 :

Pouvez-vous me faire part d'une situation se situant dans ce contexte (tentative de suicide) qui vous a interpellée émotionnellement ?

- Quel impact ont eu ces émotions sur votre prise en soin ? et sur vous ?

Annexe 5 : tableau comparatif des entretiens

<u>Questions du guide d'entretien</u>	<u>IDE 1</u> <u>(homme)</u>	<u>IDE 2</u> <u>(femme)</u>
<p><u>Question de présentation :</u></p> <p>Quel âge avez-vous ? Depuis quand êtes-vous diplômé ? Quel est votre parcours professionnel ? Depuis quand êtes-vous dans ce service et qu'est-ce qui vous a motivé pour travailler dans le domaine de la psychiatrie ? Avez-vous reçu des formations, des diplômes ou des spécialisations en lien avec le thème ?</p>	<p>52 ans Diplômé depuis 2006 (12 ans) Uniquement service de psychiatrie Dans ce service depuis 11 ans Intérêt pour la pathologie psychiatrique Pas de formation sur les émotions mais une conférence sur le suicide chez les jeunes</p>	<p>48 ans Diplômée depuis 1993 (25 ans) - 3 ans en oncologie - 18 ans en libéral - 4 ans en psychiatrie Depuis 2 ans dans ce service A choisi la psychiatrie pour le côté relationnel avec le patient Formation continue sur la gestion des émotions des soignants</p>
<p><u>Question 1 :</u></p> <p>Pouvez-vous me faire part de votre rôle infirmier auprès d'un jeune patient qui vient se faire hospitaliser pour tentative de suicide ?</p> <p><u>Question de relance :</u></p> <p>Et quelle est la place de la relation ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre le patient en chambre double pour limiter le risque de récurrence - Surveillance +++ : rondes multiples à heures variées - Mettre en confiance - Se montrer disponible <p>La relation est très importante pour pouvoir mettre en place une prise en charge de qualité</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en avant la relation - Connaitre les causes de son passage à l'acte - Surveillance +++ - Etre à l'écoute <p>Essentielle car si pas de relation pas de mise en confiance et risque de récurrence</p>

<p><u>Question 2 :</u></p> <p>Avez-vous identifié des éléments qui peuvent influencer la relation soignant-soigné dans le contexte de passage à l'acte ?</p> <p><u>Question de relance :</u></p> <p>Pourriez-vous me dire pourquoi ces éléments l'influence ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Age du patient - Enfant du même âge - Patient ayant le même âge que le soignant - La cause du passage à l'acte (rupture, perte d'un proche, contexte familial difficile) <p>Influence de ces éléments car suivant le contexte on appréhende différemment la situation.</p> <p>Exemple : incompréhension si passage à l'acte suite à une rupture sentimentale mais empathie +++ si dû à des violences au sein de la famille, perte d'un proche, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Age du patient - Enfant ou membre de la famille proche du même âge - Les causes du passage à l'acte - Le contexte familial du patient et son histoire de vie - Le temps d'hospitalisation du patient <p>Ces éléments peuvent rappeler des éléments de notre vie donc risque de « transfert » Patients qui peuvent rester hospitalisé durant un moment donc risque d'attachement</p>
<p><u>Question 3 :</u></p> <p>Que vous apporte le travail d'équipe dans ce service ?</p> <p><u>Question de relance :</u></p> <p>Et dans le contexte de passage à l'acte ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien moral - Passer le relais - Ne pas se sentir seul dans la prise en charge du patient <p>L'équipe permet de pouvoir être plusieurs à observer le patient et donc de pouvoir déceler le risque de passage à l'acte plus rapidement</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Passer le relais - Soutien - De discuter - Entraide <p>Plusieurs observateurs donc meilleure prise en charge du patient présentant un risque suicidaire Cela permet, si on ne ressent pas d'affinités avec le patient de pouvoir demander au collègue de prendre le relais.</p>

<p><u>Question 4 :</u></p> <p>Faites-vous part de vos émotions au sein de l'équipe ?</p> <p><u>Question de relance :</u></p> <p>Si oui, y a-t-il un contexte favorable à cela ou des moments prévus ? (environnement, temps inter-équipe, des disponibilités ?)</p>	<p>Oui</p> <p>Car « on travaille avec de l'humain et donc cela implique forcément des émotions »</p> <p>Pendant la pause, durant les réunions inter disciplinaire, lors des transmissions</p> <p>Mais pas de groupes de paroles ou temps de paroles prévus à cet effet.</p>	<p>Oui</p> <p>Pour éviter de garder un « trop plein » d'émotions, d'être trop impliquée psychologiquement</p> <p>Dans la salle de repos, pendant les transmissions, durant les staffs</p>
<p><u>Question 5 :</u></p> <p>Pouvez-vous me faire part d'une situation se situant dans ce contexte (tentative de suicide) qui vous a interpellé émotionnellement ?</p> <p><u>Question de relance :</u></p> <p>Quel impact ont eu ces émotions sur votre prise en soin ? et sur vous ?</p>	<p>Au début de ma carrière, nous avons eu un jeune homme de 26 ans qui s'est fait hospitaliser car il ne supportait pas d'être un homme et durant son hospitalisation il a essayé de se pendre à la fenêtre de sa chambre et je l'ai détaché à temps.</p> <p>Cette situation ma particulièrement touché de par son âge et de par sa sensibilité à fleur de peau.</p> <p>Cette situation a modifié ma prise en charge car je me rendais plus disponible pour lui, presque dans l'immédiateté ; et ma surveillance vis-à-vis de ce patient a augmentée pour limiter le risque de récurrence.</p> <p>Comme j'ai réussi à lui sauver la vie je n'ai</p>	<p>Pendant mes études, j'avais 22 ans ; un patient de 23 ans ayant un déficit mental a été hospitalisé en soins psychiatrique d'office pour avoir, suite à une fête de village alcoolisé, mordu le genou d'un gendarme jusqu'à ce que le genou soit fracturé et ceci dans le but de défendre son frère.</p> <p>Ce patient, au vu de son handicap et du fait de l'hospitalisation, avait tenté de mettre fin à ses jours en essayant de s'étrangler avec les draps.</p> <p>Du fait de son handicap, une surprotection de la part de l'équipe s'est instauré et donc un surinvestissement personnel.</p> <p>Du coup, lorsqu'il a réalisé son passage à l'acte, un sentiment de culpabilité de la part de l'équipe c'est fait ressentir.</p>

	<p>pas eu le sentiment de culpabilité que j'aurais certainement eu si j'étais arrivé trop tard.</p>	<p>« Il ne s'agissait plus d'une relation soignant – soigné mais plutôt d'une relation frère sœur. »</p> <p>Cette situation m'a impactée dans le sens où à la suite de cela, j'étais beaucoup plus investie avec ce patient, je me sentais coupable de ne pas avoir pu déceler les signes annonciateurs de son passage à l'acte, j'étais déçue et je me questionnais tout le temps sur ce que j'aurais pu faire de mieux.</p> <p>J'avais la sensation d'être une mauvaise soignante et de ne pas être à la hauteur.</p>
--	---	---