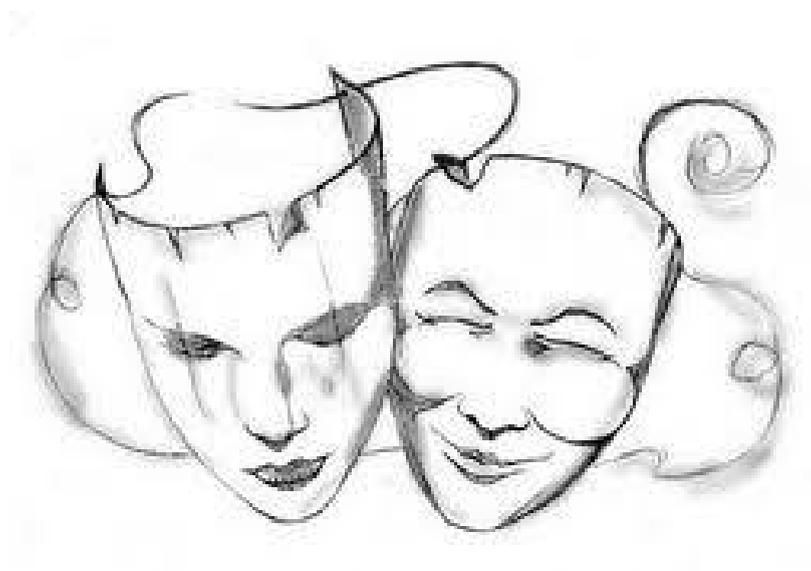




Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

Les émotions au sein de la relation d'aide dans les soins infirmiers



Formateur référent mémoire :
Mme GUY Dominique

GOISET Laura
Formation infirmière
Promotion 2018 - 2021

Date : 10 mai 2021



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat Infirmier

Travaux de fin d'études :

En quoi l'identification des émotions par le soignant dans la relation de soin participe à la mise en place de la relation d'aide auprès du patient ?

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat Infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 14/04/2021

Identité et signature de l'étudiant : Laura Golset

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier ma référente de mémoire, Madame Dominique Guy, pour m'avoir accompagnée tout au long de ce travail. Je la remercie pour sa patience, sa disponibilité et ses conseils formateurs.

Je souhaite également remercier les professionnels de santé et les formateurs que j'ai rencontrés pendant les trois années de formation que ce soit à l'école ou lors des périodes de stage, les soignants que j'ai interviewés pour l'élaboration de ce mémoire pour le temps qu'ils m'ont accordé.

Je suis reconnaissante envers mes parents, mon frère et ma sœur pour leur soutien constant et leurs encouragements tout au long de ces trois années d'étude, ils m'ont permis de toujours persévérer.

Je remercie tous mes amis qui ont su me donner des instants d'évasion pendant la rédaction du mémoire, qui m'ont apporté un soutien si précieux et qui m'ont accompagné jusqu'à la relecture du mémoire.

Je tiens à témoigner toute ma gratitude à Morgane et Flavie pour leur soutien durant la rédaction du mémoire et tout au long des trois années de formation.

Enfin, merci à mon fils Ewen, sa joie de vivre, il m'a aidé à aller au bout de mes objectifs.

SOMMAIRE

Introduction	1
1. Des situations d'appel à la question de départ	2
1.1. Description des situations d'appel	2
1.2. Analyse des situations	4
1.3. La question de départ	5
2. Cadre conceptuel	6
2.1. Les émotions	6
2.1.1. Définitions	6
2.1.2. Description des émotions	8
2.1.3. Fonction et régulation des émotions	9
2.2. La relation d'aide en soins infirmiers	11
2.2.1. La relation soignant-soigné	11
2.2.2. La relation d'aide en soins infirmiers	11
2.3. Place des émotions dans la pratique infirmière	16
2.3.1. La rencontre avec les émotions lors des soins : accueil et considération	16
2.3.2. Mécanismes de défense chez le soigné et le soignant	16
2.3.3. La gestion des émotions au sein de la relation d'aide	17
3. Méthodologie	19
3.1. Présentation du travail de la phase empirique	19
3.2. Analyse descriptive des entretiens	21
4. Analyse interprétative et discussion	25
4.1. La relation d'aide	25
4.2. Quand les émotions s'en mêlent...	27
4.3. Parce que nous sommes humains ...	30
4.4. Posture réflexive et travail d'introspection dans la profession infirmière	31
4.5. Crise sanitaire et impact sur la relation soignant soigné	31
5. Réponse à la problématique	32
Conclusion	33
Bibliographie	34

Annexe I : Guide d'entretien réalisé auprès de deux infirmières

Annexe II : Retranscription de l'entretien réalisé avec Mme A., IDE 1

Annexe III : Retranscription de l'entretien réalisé avec Mme N., IDE 2

Annexe IV : Tableaux d'analyse des entretiens réalisés auprès de deux infirmières

Citation

*“Une émotion renvoie à ce qu’elle signifie. Et ce qu’elle signifie, c’est la totalité des rapports de la réalité humaine au monde. Le passage à l’émotion est une modification totale de “l’être-dans-le-monde””*¹

D’après Jean-Paul Sartre (1939).

¹ Sartre, J-P. (1939). *Esquisse d'une théorie des émotions*. Éditions Herman Paris

Introduction

Le travail dans le cadre de la rédaction du Mémoire d'Initiation à la Recherche sur les Soins Infirmiers est réalisé lors de la troisième année d'études infirmières et constitue un des objectifs finaux avant l'obtention du diplôme d'état infirmier. L'étudiant infirmier doit travailler sur un thème qu'il aura préalablement choisi. Ma réflexion a débuté en fin de deuxième année d'études, je me suis questionnée sur des situations que j'avais rencontrées lors de mes expériences professionnelles passées, et plus particulièrement sur le sujet qui m'a amené vers une démarche de remise en question dans ma pratique professionnelle infirmière.

Lorsque j'ai réalisé un retour sur mes expériences antérieures en tant que future soignante, un thème précis revenait régulièrement. Celui-ci m'a mis dans une posture où je n'étais pas toujours à l'aise et il a, selon moi, une place primordiale dans l'exercice de notre profession : *les émotions au sein de la relation soignant-soigné*. Pendant mes stages et suite à certaines situations rencontrées, je me suis questionnée sur ce sujet et j'ai remis en question ma pratique professionnelle. La communication dans notre métier est essentielle, elle permet entre autres l'élaboration de la relation d'aide avec le patient. Cette relation qui s'établit entre le soignant et le soigné évolue en raison de la présence de différents facteurs. Elle implique d'engager un travail centré sur les émotions, composantes innées et inconscientes présentes chez tout individu. Ces variabilités individuelles et contextuelles ne permettent pas toujours aux professionnels de santé d'instaurer facilement une relation d'aide. Il me paraissait donc essentiel d'engager un travail qui est le fruit d'une réflexion personnelle et professionnelle, dans l'objectif de prendre du recul, d'analyser des faits passés, d'évoluer et ainsi me donner des "armes" lors de ma future prise de poste en tant qu'infirmière. J'ai donc décidé de réaliser mes recherches sur le thème de la place des émotions dans le cadre de l'élaboration de la relation d'aide entre le patient et le soignant.

Dans un premier temps, je décrirai certaines des situations que j'ai pu rencontrer ainsi que les questionnements que j'y ai associés afin d'exposer comment mes réflexions m'ont amené à la question de départ. Dans un second temps, des notions théoriques seront présentées : les émotions, la relation d'aide et la place des émotions au sein de cette relation. Puis j'indiquerai comment j'ai réalisé un recueil de données sur le terrain et réalisé les entretiens avec les soignants. Ensuite, une analyse de ce travail ainsi qu'une discussion permettront de confronter les notions abordées dans le cadre théorique, les éléments mis en évidence dans l'analyse des entretiens et ma propre réflexion sur ce thème. Je clôturerai ce travail par une conclusion reprenant les idées principales et ce que cette réflexion m'a apporté pour l'exercice de ma future profession d'infirmière.

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

1.1. Description des situations d'appel

Situation a :

Une des situations d'appel qui a guidé mon cheminement vers cette thématique s'est déroulée lors de mon stage dans un service de soins de suite et réadaptation d'un établissement hospitalier privé au semestre 4.

En milieu de matinée une patiente Mme I., 74 ans, hospitalisée depuis une semaine pour rééducation après mise en place d'une prothèse de genou gauche, sonne, je me dirige vers sa chambre, je frappe à la porte, elle m'indique d'entrer. Lorsque j'arrive, Mme I. est assise dans son lit et je lis sur son visage une expression de colère et de tristesse. C'est une patiente habituellement souriante. Je lui dis « Mme I., vous avez sonné? ». Elle me dit avec une voix tremblante qu'elle souhaite avoir le bassin et se met à pleurer. Je m'approche d'elle et lui dis « Je vois que vous n'êtes pas bien, souhaitez-vous en parler ? ». Elle m'indique que cela fait au moins 40 minutes qu'elle attend depuis l'instant où elle a sonné, que ce n'est pas la première fois qu'elle est confrontée à cette situation et qu'elle est à présent gênée de demander le bassin. Je me rapproche d'elle en restant debout, je la laisse parler. Elle m'expose la situation de la nuit précédente et son regard est fuyant : le personnel soignant a mis du temps à venir la voir, elle a tellement attendu qu'elle était sur le point d'uriner dans le lit.

Elle m'informe que l'aide-soignante n'avait pas eu un comportement agréable vis-à-vis d'elle en lui indiquant qu'elle n'était pas seule dans le service et qu'elle pouvait bien attendre. Mme I. me fait part du fait que cette soignante a mis le bassin rapidement et a claqué la porte en sortant. Cette patiente a récemment eu une infection urinaire qui a été traitée par antibiotiques, aussi le médecin lui a dit qu'il ne fallait surtout pas qu'elle se retienne lorsqu'elle avait envie. Elle répète plusieurs fois les mots « angoisse » et « gêne ». Mme I. ajoute que ce n'est pas évident de se retrouver dans cette situation où elle a perdu en autonomie et que ces attentes répétées lorsqu'elle a certains besoins lui rappellent encore plus cette situation qu'elle a du mal à supporter.

Lorsque la patiente s'arrête de parler, je lui dis que j'entends ce qu'elle me dit, qu'elle ne doit pas être gênée lorsqu'elle nous appelle, que nous sommes là pour cela. Je lui explique également qu'il est vrai qu'il peut y avoir un temps d'attente le matin lorsque les aides-soignants sont dans une autre chambre mais nous mettons tout en œuvre pour que ce ne soit pas le cas. Je l'informe aussi que je transmettrai ce qu'elle m'a dit à l'équipe afin d'éviter que cela se reproduise. Je lui indique que je

reste à sa disposition si elle a besoin de parler. Je lui place le bassin et lui demande comment elle se sent avant de quitter la chambre et me dit qu'elle se sent soulagée d'avoir pu échanger avec moi. Elle me remercie de l'avoir écoutée et ajoute qu'elle apprécie ma gentillesse.

Situation b :

La seconde situation s'est déroulée lors d'un remplacement en tant qu'aide-soignante réalisé pendant le mois de juillet 2020 dans un service de médecine. C'était un week-end où le service n'était pas complet. Je me dirige vers la chambre de Mr P. qui est hospitalisé depuis deux semaines en soins palliatifs. Mr P. est atteint d'un cancer pulmonaire métastasé, il est sous oxygène, il se déplace de façon autonome dans sa chambre mais se fatigue rapidement et est une personne très communicante ayant beaucoup d'humour. Il est prévu un retour à domicile prochainement, le patient souhaite être auprès de sa famille pour ses derniers moments. C'est le début de matinée, je me dirige vers la chambre de Mr P. pour l'accompagner dans la réalisation de sa toilette. Je frappe à la porte et dis bonjour à Mr P. qui m'a déjà vu les jours précédents, il me salue et est très souriant. Il est très expressif et je ressens sa satisfaction de pouvoir échanger avec quelqu'un. Je lui demande comment s'est passée sa nuit et comment il se sent ce matin. Il me dit qu'il va bien, qu'il est heureux de pouvoir bientôt rentrer à son domicile auprès de ses proches. Je lui demande s'il veut que je l'aide pour sa toilette ce matin, il me prend la main et me dit "Vous savez Laura ce qui me ferait extrêmement plaisir, ce serait de pouvoir avoir une douche ce matin". Je lui réponds "oui, bien sûr, je vais récupérer les affaires dans le couloir". Je reviens dans la chambre et accompagne Mr P. dans la salle de bain pour lui apporter de l'aide dans la réalisation de certains gestes car le patient s'essouffle rapidement et fatigue vite. Nous avons un échange agréable, Mr P. évoque des anecdotes de sa vie antérieure. Quelques instants plus tard, je quitte la chambre car Mr P. m'indique qu'il va terminer par se raser, je lui indique que je repasserai plus tard. Vingt minutes plus tard, je retourne voir le patient qui est prêt, il est assis et est en train de lire. Il me remercie vivement de lui avoir permis d'avoir une douche ce matin. Il m'indique que je n'aurai pas pu lui faire plus plaisir, je ressens une entière satisfaction dans ses paroles. Il paraît bien et je repars en étant satisfaite d'avoir apporté quelque chose de positif dans la journée de Mr P. et de voir sur son visage de la joie.

1.2. Analyse des situations

Situation a :

Durant les confessions de la patiente, j'étais positionnée auprès d'elle et je lui ai répété plusieurs fois « j'entends ce que vous me dites ». Mais pendant qu'elle se livrait, je me suis posée certaines questions : « que vais-je pouvoir lui dire ? Comment vais-je pouvoir la rassurer ? ». J'avais une appréhension, celle de ne pas trouver les mots justes afin de lui permettre de retrouver de la sérénité et un bien-être. Je l'ai écoutée et en même temps je me suis sentie démunie. J'ai été envahie par diverses émotions, notamment la tristesse, de voir la patiente dans cette détresse, cela m'a décontenancée. Je pense avoir instauré une relation d'aide avec la patiente mais j'ai le sentiment qu'elle n'a pas été efficace même si elle m'a remercié avant de quitter la chambre. J'ai pris conscience que la relation d'aide entre le patient et le soignant pouvait être impactée par les émotions des deux personnes et que cela pouvait faire évoluer la relation. Je me suis également interrogée sur le fait que j'avais peut-être mis en place inconsciemment un mécanisme de défense face à la tristesse et la colère de Mme I. et que celui-ci m'a peut-être empêché d'être confortable dans la communication avec la patiente.

Diverses questions se sont posées suite à cette expérience professionnelle :

Existe-t-il une contagion émotionnelle entre le patient et le soignant ? Est-ce-que les émotions peuvent s'influencer ? Comment le soignant gère-t-il ses émotions ? Comment la connaissance de ses propres limites en tant que soignant influence-t-elle la relation d'aide ? Quels sont les facteurs qui participent à construire une relation soignant-soigné ? Comment s'adapter aux patients afin de mieux communiquer ? Comment appréhender la complexité de la relation entre le patient et le soignant sachant qu'elle est en perpétuelle évolution et qu'elle peut varier à tout moment ?

Situation b :

Concernant cette situation, je me suis demandée comment la relation d'aide que j'avais établie avec le patient s'était construite au fil des échanges. Nous avons eu de nombreux échanges, la communication était fluide. J'ai ressenti des émotions très positives exprimées par le patient car il était très souriant, il semblait satisfait. Je pense que l'accompagnement que j'ai réalisé auprès de Mr P. lui a été bénéfique de part ma présence, mon écoute et ma bienveillance. Je me suis également questionnée sur la demande du patient à cet instant donné, c'est un patient que j'avais déjà accompagné les jours précédents et nous avons pu établir une communication : alors est-ce-que les

émotions positives présentes dans notre communication les jours précédents lui ont permis de se sentir en confiance et confortable ?

Voici les questions qui ont suivi ma réflexion suite à la situation :

Comment la communication entre le soignant et le patient s'opère-t-elle? Comment la relation d'aide s'est établie au fil des échanges ? A partir de quel instant les personnes entrent-elles dans une relation d'aide ? Les émotions du patient ont-elles une influence sur le soignant ?

J'ai fait le choix de mettre en avant et d'analyser ces deux situations car dans les deux cas une relation d'aide entre le patient et moi-même s'est établie et que des émotions s'y sont intégrées, de la tristesse et de la colère pour l'une et de la joie pour l'autre.

1.3. La question de départ

Les soins infirmiers rassemblent plusieurs compétences, il peut s'agir de connaissances théoriques ou techniques pour tout type de soins. Mais ils se fondent également sur une relation soignant-soigné particulière et propre à chaque situation. C'est un sujet auquel j'ai toujours été sensible depuis le début de ma formation. En effet, communiquer n'est pas une compétence innée et il est intéressant d'explorer le fait que tout individu est unique et qu'il faut s'adapter. A plusieurs reprises, j'ai été confrontée à des situations qui m'ont interpellées quant à l'aspect relationnel entre le patient et le soignant. Je me suis rendue compte que la relation d'aide n'est pas simplement basée sur une communication ordinaire mais qu'elle est fortement impactée par les émotions des personnes. Celles-ci interfèrent entre elles, peuvent perturber les individus, et ainsi modifier la relation entre le patient et le soignant. J'ai pris conscience que la relation d'aide entre le patient et le soignant ne reposait pas sur de simples échanges mais qu'elle reposait sur différents principes : la présence, l'écoute, l'acceptation, l'empathie. Et dans tout cet ensemble, les émotions se mêlent et font évoluer la relation. Des mécanismes de défense peuvent également interférer dans cette relation. Le fruit du travail de réflexion et d'analyse que je vais mener ici va me permettre de comprendre certaines situations auxquelles j'ai pu être confrontées, de faire évoluer mon raisonnement et ainsi m'aider dans l'exercice de ma future profession.

Les situations décrites précédemment impliquant les émotions dans la relation d'aide lors de mon parcours de formation et l'intérêt que je porte à cette thématique m'ont amené à réfléchir sur la question ci-dessous : **En quoi l'identification des émotions par le soignant dans le relation de soin participe à la mise en place de la relation d'aide auprès du patient ?**

Dans un premier temps, le terme émotion sera décrit de façon générale, puis nous nous intéresserons à la relation entre le soignant et le patient et plus particulièrement la relation d'aide, enfin nous finirons par décrire la place des émotions au sein de cette relation et les phénomènes qui peuvent avoir lieu.

2. Cadre conceptuel

2.1. Les émotions

2.1.1. Définitions

Les émotions font partie intégrante du vaste champ affectif de la vie quotidienne pour tout être humain. Une émotion est une réaction physique et psychologique, un ensemble de ressentis en réponse à une stimulation sensorielle ou une modification de l'environnement. Selon le dictionnaire Larousse, une émotion est une *“réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement”*.

Émotion vient du latin *emovere*, ce qui signifie “ôter d'un lieu, déplacer, remuer, ébranler” au sens propre, “émouvoir” au sens figuré. Il faut alors comprendre que “émouvoir, mouvoir hors de” c'est l'action de sortir quelqu'un d'un état (calme, tranquillité de l'humeur) pour l'amener à un autre (agitation, trouble) : l'émotion met alors l'individu en mouvement. L'émotion est une réaction à un stimulus sensoriel provenant de l'environnement et qui peut se traduire par des manifestations physiques ou psychologiques qui varient selon la situation. L'émotion a un rôle central dans toute analyse comportementale car elle a un rapport étroit et permanent avec nos décisions et nos actions. L'émotion permet d'exprimer des ressentis, elle permet d'établir une communication interindividuelle immédiate en dehors de toute relation intellectuelle.

Quelle différence existe-t-il entre les termes affect, sentiment et émotion ?

L'émotion est la transmission directe d'une intériorité unique, immédiatement saisissable et elle initie la naissance de sentiments ou de sensations physiques, avec pour réponse l'adaptation à l'autre et à l'environnement. Elle n'est pas toujours consciente. Elle permet à chaque individu d'être compris et de comprendre les autres, c'est un partage universel. Le sentiment ne présente pas de manifestation réactionnelle et dure plus longtemps qu'une émotion, c'est un état affectif complexe, durable, personnel lié à certaines émotions ou représentations comme par exemple la jalousie, l'envie ou bien la honte. A noter cependant que l'accumulation des sentiments peut créer des états émotionnels.

SIGMUND FREUD, neurologue autrichien et fondateur de la psychanalyse considérait l'affect comme une représentation de la pulsion. Selon ALEXANDRE MANOUKIAN, l'affect est *“un élément émotionnel pénible ou agréable provenant d'une stimulation interne ou externe”* (La relation soignant-soigné, 2014). Les affects, les émotions et les sentiments sont des composantes qui ont des points communs : ils s'investissent mutuellement dans le développement de l'activité humaine en la rythmant et en la régulant. L'étude de différents articles montre que l'émotion serait le signe extérieur de l'affect.

Un peu d'histoire

PLATON, philosophe antique de la Grèce classique, considérait les émotions comme des réactions aux valeurs du bien, du beau, du juste, véhiculées dans l'action. Quant à DARWIN qui a réalisé des travaux sur l'évolution des espèces vivantes et qui a rédigé l'ouvrage *“L'expression des émotions chez l'homme et les animaux”* (1872), il estime que les expressions émotionnelles de l'adulte sont, selon lui, *“le reflet de la continuité de systèmes comportementaux complexes dérivés des autres espèces animales”*, elles auraient ainsi évolué au fil de l'évolution des espèces. Selon lui, les émotions remplissent une fonction adaptative par rapport à l'environnement. Selon le neurobiologiste DANTZER, l'émotion est *“une expérience consciente qui reste avant tout personnelle. Elle peut être estimée par ses aspects subjectifs, tels qu'ils sont exprimés par le sujet, ou par des manifestations objectives somatiques (mimique, posture ou comportement) ou viscérales (réponses physiologiques, réactions hormonales) mesurables par un observateur externe. Chacun de ces aspects n'est pas l'émotion mais, au mieux, un indicateur de celle-ci”* (Les émotions, 2002). ALEXANDRE MANOUKIAN dit que *“Dans l'intimité d'une chambre d'hôpital, toutes les émotions sont potentiellement présentes”* et qu'une émotion est *“une réaction psychologique à une situation donnée, qui touche des zones lointaines et profondes comme des zones plus superficielles du moi intime et du moi professionnel”* (La relation soignant-soigné, 2014). PAUL EKMAN, professeur de psychologie au Département de psychiatrie de l'université de Californie est un des pionniers à s'être intéressé aux mécanismes par lesquels se traduisent les émotions qu'il définit comme *“état de conscience, agréable ou pénible, concomitant à des modifications organiques brusques d'origine interne ou externe”*. Finalement il n'existe pas de définition unique pour le terme *émotion* et de nombreuses recherches ont été réalisées, il en ressort qu'une émotion engendre une réaction chez toute personne et de façon individuelle.

2.1.2. Description des émotions

Où naissent les émotions ?

Les émotions naissent dans le cerveau au sein du cortex dans le système limbique avant même que l'individu ait conscience de ce qu'il se passe. Le système limbique est le nom donné à un groupe de structures du cerveau jouant un rôle très important dans le comportement, les émotions ainsi que la formation de la mémoire. Les principales composantes de ce système sont : l'hippocampe, les amygdales, l'hypothalamus.

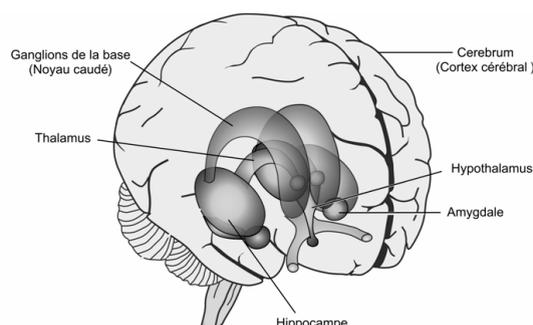


Figure 1 : Structure interne du cerveau humain avec le système limbique

L'information issue de nos sens arrive tout d'abord au niveau du thalamus, puis elle bascule parallèlement sur les différentes zones du cortex liées à nos sens et sur les amygdales (il y en a une par hémisphère, elles détectent les éléments nouveaux). L'amygdale se situe au niveau de l'hippocampe qui est le siège de la mémoire (un événement associé à une émotion est d'ailleurs plus facilement mémorisé). C'est à ce niveau qu'apparaissent les émotions. Les données parviennent ensuite à l'hypothalamus qui contrôle le système nerveux autonome (les réflexes vitaux, les battements du cœur, la respiration...). L'hypothalamus retranscrit les effets des émotions sur l'organisme en accélérant ou ralentissant le système nerveux, ce sont les différentes réactions visibles sur l'organisme : sueur, accélération de la respiration par exemple.

Description, expression et extériorisation des émotions

Comme évoqué précédemment, une émotion a d'abord une manifestation interne et elle génère ensuite une manifestation extérieure, elle est provoquée par la rencontre d'une situation et elle dépend ensuite de l'interprétation que l'on fait de la réalité, sa durée peut varier. Lorsqu'une émotion est ressentie, trois états sont susceptibles d'être rencontrés : l'état d'être actuel (ce que l'individu ressent à ce moment précis), l'état général (ce que l'individu ressent la grande majorité du temps), et la personnalité de l'individu (ses traits émotionnels, ses particularités).

Selon DARWIN, les émotions visibles d'autrui sont des réactions inconscientes suite à un événement externe. Il indique également qu'une émotion possède une caractéristique somatique et physique qui est propre à chacun suite à l'empreinte unique de notre passé. Il décrit six émotions primaires qu'ils qualifient de fondamentales, universelles, innées, inconscientes et réflexes : la joie, la colère, la peur, la tristesse, le dégoût, la surprise. Des émotions secondaires seraient un mélange d'émotions primaires (la honte, la gratitude, la fierté ...). L'individu apprendrait donc à reconnaître chacune des émotions qu'il peut ressentir, à la fois chez lui-même mais aussi chez les autres depuis le jeune âge.

En 1972, PAUL EKMAN établit une liste contenant six émotions de base identiques à celles décrites par DARWIN à partir de recherches transculturelles réalisées sur une tribu de Papouasie-Nouvelle-Guinée. Il leur a présenté des personnes sur des photographies et en a conclu que des personnes isolées du monde, n'ayant pas d'ouverture sur le monde extérieur, pouvaient identifier les expressions de l'émotion. Il affirme que les expressions du visage ne sont pas déterminées par la culture, mais qu'elles sont universelles et biologiquement déterminées.

Une émotion implique quatre réactions chez l'homme :

- un réflexe verbal et/ou non verbal : les expressions du visage, l'intonation de la voix,... De nombreuses choses ne passent pas par les mots mais par des gestes, des attitudes.
- un réflexe physiologique : la sudation, l'augmentation des pulsations cardiaques...
- un réflexe en acte (peut être un mécanisme de défense de la personnalité),
- un réflexe cognitif : la pensée, les sentiments.

Il existe différents paliers au sein des émotions qui sont fonction de l'intensité émotionnelle et de la façon individuelle de l'exprimer. La peur peut commencer par une sensation d'angoisse et se terminer en panique, ou la joie qui va s'exprimer par de la gaieté allant jusqu'à un état euphorique.

2.1.3. Fonction et régulation des émotions

L'émotion a un rôle central dans l'analyse comportementale, elle a un rapport étroit et permanent avec nos décisions et nos actions, elles font partie intégrante de la vie pour tout être humain. Les émotions sont déclenchées automatiquement, mais leur régulation ainsi que leur temporisation appartiennent à chaque personne. L'individu apprend à les gérer, à les contenir et cela lors de la socialisation dès le plus jeune âge, c'est un processus non définitif qui peut évoluer tout au long de la vie personnelle ou professionnelle.

L'émotion est un langage du corps universel et son expression dépend aussi beaucoup de la culture de l'individu (exemple : la colère et la tristesse sont intériorisés au Japon). DANTZER dit *“qu'il s'agit de processus mentaux complexes comprenant plusieurs composantes, une expérience subjective, le sentiment de peine pour la tristesse par exemple, une expression communicative (la mimique faciale de tristesse, les pleurs et le peu d'intérêt accordé à l'environnement) et des modifications physiologiques”* (Les émotions, 2002). L'émotion a ainsi une double fonction biologique : réguler l'état interne de l'organisme et produire une réaction adaptée à la situation permettant à l'individu de se protéger face aux situations. Si les émotions naissent dans le cerveau, c'est l'organisme qui s'adapte par la suite. Si l'exemple de la peur est étudiée : une image parvient au thalamus, l'information circule vers le cortex visuel, parallèlement les données sont transmises aux amygdales qui analysent la situation. Le cerveau traite une information nouvelle, il faut donc avoir peur. Les données sont alors directement transmises à l'hypothalamus, ce qui va engendrer une accélération du système nerveux autonome. Les glandes surrénales envoient dans le sang de l'adrénaline, sous l'effet de cette substance, l'organisme réagit et se prépare à fuir le danger (respiration accélérée, pouls accéléré, regard...). La gestion émotionnelle est donc un processus appartenant à chaque individu, elle entraîne certaines réactions afin que l'individu puisse s'adapter. En effet, elle survient lors d'une situation importante pour la personne, et l'importance qui y est donnée par chacun peut être différente, tout comme la réponse émotionnelle qui en découle.

Concernant l'accueil des émotions par un individu, il est important de noter que lui seul peut influencer sur son état émotionnel. Reconnaître et accepter ses émotions permet de développer la confiance en soi pour vivre en accord avec sa réalité intérieure. Les émotions sont des indicateurs de la perception inconsciente, des limites personnelles, aussi elles peuvent guider certains des choix. Une personne peut recevoir ses émotions mais peut faire le choix de les déguiser.

Au sein de la vie personnelle ou professionnelle, les individus sont amenés à expérimenter différents états émotionnels. La partie développée ci-dessus montre qu'elles sont utiles car elles servent de moteur aux comportements humains, que ce soit au niveau de la satisfaction des besoins ou encore du degré de réalisation des idéaux. Aussi, l'intensité de leur expression reflète l'importance que nous leur accordons. Les émotions ont un caractère universel et intemporel, les professionnels de santé y sont continuellement confrontés dans la relation de soin avec le patient. Le sujet de ce mémoire est centré sur le contexte de la relation d'aide qui s'établit entre le patient et le soignant. C'est pourquoi, après avoir défini la relation d'aide, il paraît essentiel d'aborder la place des émotions prennent au sein de celle-ci.

2.2. La relation d'aide en soins infirmiers

2.2.1. La relation soignant-soigné

Selon le dictionnaire Larousse, la relation est définie comme *“l'ensemble des rapports et des liens existant entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles”*. La relation est une rencontre singulière et unique, elle relève de la prise de conscience de l'existence de la présence d'un autre être . Tous les soins infirmiers, parce qu'ils s'adressent à une personne ou à un groupe, comprennent une dimension rationnelle qui peut s'exprimer sous différents aspects de la relation. Comme vu dans le cours de Mme Le Bihan de l'Unité d'Enseignement 4.2 *“Soins relationnels”*, il existe différents niveaux de relation entre le soignant et le soigné : la relation de civilité, la relation fonctionnelle, la relation de soutien/de compréhension/de réassurance ou de relation d'aide et enfin la relation thérapeutique.

2.2.2. La relation d'aide en soins infirmiers

La relation d'aide est une relation de soutien qui s'instaure spontanément en réponse à un besoin d'écoute d'une personne soignée ou de son entourage. Elle nécessite la capacité du soignant à accueillir les émotions et à mettre en place une attitude ajustée à ce que vit la personne. Dans la relation aidante, qu'elle soit verbale ou non et quel que soit le soin prodigué, l'attitude du soignant doit être source de réconfort et de soutien. Elle répond au besoin de sécurité du patient qui se sent accepté tel qu'il est. Dans les soins infirmiers, une personne en besoin d'aide est une personne qui se trouve dans l'incapacité de s'adapter à une situation parce qu'il lui manque des données, parce qu'elle ne gère pas ses ressentis, parce qu'elle n'arrive pas à faire des choix ou bien, car elle se sent incompétente pour agir, en résumé une personne en besoin d'aide est une personne en déséquilibre.

Cadre législatif et définitions

L'article R. 4311-2 du code de la Santé Publique relatif à la profession infirmière indique que *“Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade”*. L'article R. 4311-3 dit que *“Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5, R. 4311-5-1 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue”*. L'infirmier doit identifier les besoins précis

du patient à un moment donné et ainsi mettre en œuvre les actions adaptées à la situation rencontrée. Les soins relationnels font partie intégrante du rôle propre de l'infirmier, ils sont, selon le Dictionnaire des soins infirmiers, *“des interventions verbales et/ou non verbales visant à établir une communication en vue d'apporter une aide et un soutien psychologique à une personne ou un groupe de personnes”*. L'élaboration de la relation d'aide fait partie du rôle propre de l'infirmier, en apportant l'aide et le soutien psychologique aux patients, il s'assure que les soins seront réalisés dans de bonnes conditions. La relation d'aide est centrée sur une personne et est un moyen d'accompagner la personne soignée à vivre avec sa maladie et ses conséquences sur sa vie personnelle, familiale, sociale et professionnelle. L'aidant doit faire preuve de non-jugement et de non-directivité. Toutefois toute relation qui s'engage dans le cadre d'un soin ne constitue pas toujours une relation d'aide.

Les fondements théoriques

L'étude de différents ouvrages met en relief différents aspects de la relation d'aide. Selon JACQUES CHALIFOUR *“la relation d'aide consiste en une interaction particulière entre deux personnes, chacune contribuant personnellement à la recherche et à la satisfaction d'un besoin d'aide présent chez ce dernier”* (La relation d'aide en soins infirmiers, une perspective holistique-humaniste, 1989), il évoque ainsi la notion de *“trépied”* en indiquant que la relation d'aide repose sur les habiletés techniques, la vision humaniste et la connaissance de soi du soignant.

Pour CARL ROGERS, c'est une situation dans laquelle l'un des participants cherche à favoriser une appréciation plus grande des ressources latentes internes de l'individu, ainsi qu'une plus grande possibilité d'expression et un meilleur usage fonctionnel de ses ressources. C'est une relation dans laquelle l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une meilleure capacité d'affronter la vie. CARL ROGERS évoque le postulat : *“tout individu possède un potentiel suffisant pour gérer tous les aspects de sa vie”* (L'approche centrée sur la personne, 2001). Il a une approche positive de l'homme, il pense que l'individu est capable de se diriger lui-même. Pour lui, les personnes soignées qui ne peuvent pas y arriver ne savent pas qu'ils en ont la capacité ou sont sous le poids de la maladie et n'arrivent pas à trouver leur capacité. Le rôle du soignant est de les aider en se centrant sur le potentiel de l'individu et en faisant émerger une capacité existante.

Pour la psychologie humaniste, la relation d'aide est fondée sur le maintien de l'espoir, afin que cette pratique puisse être utilisée par tous ceux qui sont aux prises avec des difficultés de la vie, mais dont la perte de soi n'est pas encore devenue assez grave, pour requérir les soins d'une thérapie à long terme. La relation d'aide du modèle humaniste n'a donc pas pour but de traiter des problèmes graves de pertes de contact avec soi, mais des problèmes reliés à la vie en société.

Le psychologue américain ABRAHAM MASLOW a défini une hiérarchie des besoins humains sous la forme d'une pyramide, selon lui la satisfaction d'un besoin ne peut se réaliser que si les besoins de niveau inférieur sont satisfaits. La relation d'aide se situe au niveau des besoins d'appartenance, d'estime de soi et d'accomplissement personnel.

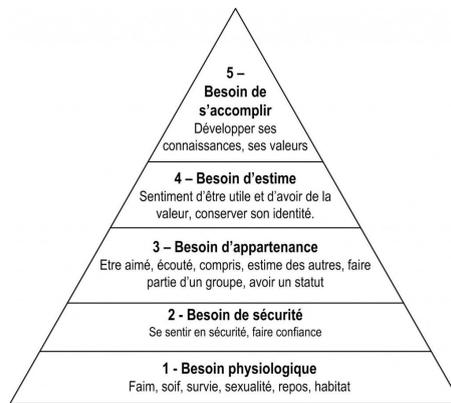


Figure 2 : La hiérarchie des besoins selon la pyramide de Maslow

Objectif de la relation d’aide

La relation d’aide s’insère dans le contexte des soins infirmiers avec pour objectif de prendre soin de la personne et lui permettre de trouver des stratégies d’adaptation pour faire face à sa problématique. Elle a pour objectif d’aider la personne à traverser une épreuve, de lui permettre d’exprimer son vécu, d’obtenir un soulagement émotionnel, de lui faire reconnaître ses difficultés et ses ressources, de lui permettre de comprendre ce qui lui arrive et éventuellement de réorienter un projet de vie. Les diagnostics infirmiers prévalents qui peuvent être rencontrés dans ce cadre sont par exemple la douleur, la fatigue, l’anxiété, le sentiment d’impuissance,...

Les conditions de la relation d’aide

Selon CARL ROGERS, les conditions de la relation d’aide passent par l’acceptation inconditionnelle positive avec comme postulat *“Tout individu est unique et en évolution”*, la congruence et l’authenticité : en étant soi-même pour établir une relation vraie avec l’autre et une compréhension empathique. CHALIFOUR indique que c’est un *“état d’accord interne entre ce qu’une personne est réellement, ce qu’elle perçoit, pense, ressent d’elle et ce qu’elle communique”* (La relation d’aide en soins infirmiers, une perspective holistique-humaniste, 1989).

La relation d'aide fait donc appel à certaines attitudes et habiletés de la part du soignant, dont voici certaines caractéristiques. Elle est basée sur l'écoute active, habileté primordiale du soignant dans le cadre de la relation d'aide dans l'objectif de comprendre la personne, de lui permettre de comprendre sa situation, de partager avec elle sa compréhension et enfin de lui permettre d'agir. Le soignant doit saisir ce que le message signifie dans son contenu (paroles et messages implicites). Pour que cette écoute soit efficace, le soignant doit être dans des conditions qui soient propices à cette relation, il doit se rendre disponible, être attentif et accorder de l'intérêt à la personne. La relation d'aide doit se centrer sur la personne et non sur le problème. Pour être dans l'écoute active, le soignant doit se décentrer de lui-même, être disponible mentalement, trouver la bonne distance et accepter les silences.

THOMAS GORDON, autre pionnier de la psychologie humaniste, constate tout comme ROGERS que l'écoute attentive et bienveillante qu'il porte à ses patients leur permet de modifier leur façon d'être et de communiquer. Ils parviennent alors à établir des relations plus fluides avec leurs proches. Il a développé une méthode de communication destinée aux personnes afin de les aider à résoudre eux-mêmes leurs problématiques en centrant sa méthode sur deux types d'écoute : l'écoute silencieuse et l'écoute active. L'écoute silencieuse se manifeste par des manifestations non verbales : l'expression du visage, le regard, le langage corporel. Le silence doit être considéré comme primordial, c'est un espace de réflexion qui permet d'exprimer ses ressentis et se libérer du poids des émotions. L'écoute active est nécessaire pour mettre l'autre en confiance car il a besoin de s'assurer qu'il a bien été compris pour continuer à se confier. Ce type d'écoute consiste à se centrer sur l'autre en accueillant ce qu'il dit, en l'aidant à mettre des mots sur ses ressentis, en définissant ce dont il a besoin, le rassurer, le conseiller, sans le juger.

La reformulation est une intervention de l'infirmier qui consiste à dire en d'autres termes, d'une manière plus explicite et plus concise, ce que la personne vient d'exprimer et obtenir ainsi sa validation. L'aidant va pouvoir utiliser cette méthode afin d'atteindre une meilleure compréhension de la situation, en s'assurant d'avoir compris les propos du patient, en recentrant l'entretien sur un thème particulier sur lequel il est nécessaire d'avoir plus d'informations, en montrant au patient son attention particulière. Selon ROGERS, il existe cinq types de reformulation : le reflet, le miroir, la clarification, la synthèse et le renversement.

L'empathie est une attitude de compréhension où la personne s'ouvre à l'autre afin de le comprendre lui et sa situation, sans se mettre à sa place. C'est l'aptitude à pénétrer dans l'univers d'autrui, à le comprendre et à lui communiquer cette compréhension. Éprouver de l'empathie, c'est partager les

émotions d'autrui. Enfin l'authenticité est une des attitudes primordiales de la relation d'aide, c'est la faculté du soignant à être en accord avec ce qu'il pense, ressent et exprime.

La communication en soins infirmiers

Entrer dans une relation de soin avec autrui nécessite d'établir une connexion avec la personne par la communication. Pour l'infirmière MARGOT PHANEUF, la communication est la *"pierre angulaire de la relation avec la personne soignée"*, elle est un fondement dans la relation. La communication, qu'elle soit verbale ou non verbale, est au centre des relations humaines. Elle indique que *"La communication est un outil de base pour l'instauration de la relation d'aide, modalité importante d'intervention en soins infirmiers"* (La relation soignant-soigné : rencontre et accompagnement, vers l'utilisation thérapeutique de soi, 2011). Le patient se basera sur tout le contexte de la communication pour établir une relation de confiance avec les soignants. La communication est un outil de compréhension tel que l'exprime MARGOT PHANEUF : *"La compréhension du client pour son traitement en dépend, de même que sa fidélité à le poursuivre dans bien des cas"*. Le soignant doit être en mesure d'utiliser la communication de façon optimale pour une meilleure continuité des soins.

Quelles sont les limites dans la relation d'aide ?

Il existe des limites contextuelles pouvant être liées à la diminution de la durée moyenne de séjour en institution, l'augmentation de la charge de travail, le manque de temps, le manque de reconnaissance, le manque d'espace intime. Ces facteurs peuvent être un frein pour la mise en place d'une écoute de qualité. Puis des limites liées au soignant peuvent s'intégrer : une relation d'aide efficace vient aussi du fait que le soignant a conscience de ses propres limites. En effet, prendre soin de l'autre c'est aussi prendre soin de soi afin de ne pas s'épuiser mentalement. L'implication et l'engagement du soignant sont nécessaires pour entrer en relation et aller à la rencontre de l'autre. Le manque d'engagement peut être causé par diverses raisons : un trop plein d'investissement relationnel, un suivi difficile et éprouvant. A l'inverse, certains aidants ont parfois des difficultés à trouver la "juste limite" entre le côté professionnel et personnel. Ils peuvent être surinvestis dans la relation avec un risque d'épuisement professionnel. Le manque de formation ou d'expériences peuvent être des freins à l'élaboration de la relation d'aide, de part des limites liées à leur propre vécu (l'histoire du patient peut renvoyer à leur propre expérience, résonance émotionnelle). Enfin il est possible de rencontrer des limites liées à la personne aidée qui peut faire un "transfert" de sentiments positifs ou négatifs sur l'aidant, pouvant donner un rôle au soignant qui n'est pas le sien ou bien mettre à mal la relation de confiance entre les deux individus.

Pour conclure, toute relation dans le soin n'est pas une relation d'aide. La relation d'aide est spécifique, elle vise à développer le potentiel d'évolution de la personne et s'appuie sur une réflexion clinique et une éthique infirmière. Elle nécessite de la part de l'infirmier respect, congruence, empathie, écoute active et une connaissance de soi et de ses propres limites.

2.3. Place des émotions dans la pratique infirmière

Dans ses rencontres, le soignant peut être déstabilisé par ses propres émotions, mais aussi par ce qu'il reçoit de l'autre : angoisse, peur, agressivité par exemple. Comment interagissent les émotions ?

2.3.1. La rencontre avec les émotions lors des soins : accueil et considération

Le domaine de la santé est un milieu émotionnellement fort. Dans la profession infirmière, des situations de différents niveaux émotionnels peuvent être rencontrées, elles peuvent, dans certains cas, apporter de la satisfaction mais elles peuvent également, dans d'autres cas, être éprouvantes. En effet, le fait de travailler avec l'humain engendre nécessairement des émotions. Les émotions des patients sont à prendre en considération, 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. Dans la relation avec le patient, le soignant doit être en mesure d'accueillir ses émotions afin de percevoir ce qu'il vit, qu'il le comprenne et reconnaisse ce qui est en jeu, ceci afin d'adapter sa façon de communiquer, sa façon d'agir que ce soit positif ou négatif. Accueillir les émotions de l'autre, c'est éprouver de l'empathie envers l'autre, essayer de le comprendre, c'est finalement considérer la personne comme un être unique et à part entière qui a besoin de soutien.

2.3.2. Mécanismes de défense chez le soigné et le soignant

Les mécanismes de défense mis en place par les soignants dans un contexte de soin, qu'il soit technique ou relationnel, sont des processus inconscients auxquels le soignant a recours pour faire face à de l'anxiété et/ou maîtriser ses émotions. Dans certains contextes, les professionnels de santé ainsi que les personnes soignées peuvent être submergés par un trop plein de tensions émotionnelles inexprimées et peuvent donc mettre en place certains mécanismes pour se protéger psychologiquement. Selon la psychanalyste MARTINE RUSZNIEWSKI, sont considérés comme processus de défense pour le soignant : la banalisation, la dérision, l'esquive, l'évitement, la fausse réassurance, l'identification projective, le mensonge ou encore la rationalisation. Les caractéristiques de ces mécanismes de défense peuvent avoir des conséquences sur la personne soignée. Lors de l'évitement par exemple, le soignant adopte un comportement de fuite pour ne pas faire face à une situation difficile, la personne soignée peut alors éprouver un sentiment d'exclusion ou de solitude.

Quant à l'identification projective qui se manifeste par une distance professionnelle amoindrie par le soignant, pouvant se substituer alors au patient, il peut ainsi croire qu'il est le seul à savoir ce qui est bien pour lui. Il se met à la place du patient et son investissement affectif et émotionnel est alors exacerbé (résonance émotionnelle, transfert). Toujours selon MARTINE RUSZNIEWSKI, il existe également des mécanismes de défense chez les personnes soignées car en fonction de leur environnement leurs réactions peuvent être fluctuantes et imprévisibles. Il est alors possible de rencontrer la dénégation, la sublimation et la combativité, le déplacement ou bien encore les rites obsessionnels. Ces mécanismes de défenses chez le soignant et le patient, nous montre que des liens complexes peuvent se créer au sein d'une relation d'aide. Lorsque le soignant se connaît, comprend certaines de ses réactions, alors il est plus à même d'apporter de l'aide, du soutien au patient en l'écoutant.

2.3.3. La gestion des émotions au sein de la relation d'aide

Comme démontré ci-dessus, la gestion des émotions dans la profession infirmière est essentielle. Cette gestion consiste à contrôler, orienter, utiliser les émotions sans les masquer totalement. Il est courant pour un soignant ou un soigné de chercher à minimiser ses émotions de peur de se laisser dépasser par elles. L'objectif dans une relation d'aide, c'est d'accepter les émotions ressenties, sans jugement de valeur pour les analyser, les comprendre et pouvoir les contrôler.

La juste distance

Elle permet au soignant et au patient de vivre la relation sans qu'elle ne porte atteinte à leur équilibre émotionnel, en conservant une proximité qui sera nécessaire à l'élaboration d'une relation de confiance et donc à une prise en charge optimale. Elle n'est pas toujours facile à mettre en place car le soignant entre dans la sphère intime du patient et en mettant trop de distance, le risque est de déshumaniser la relation avec autrui. Une distance relationnelle doit être respectée si le soignant ne veut pas être affecté par les émotions du patient mais également s'il ne veut pas faire ressentir ses propres émotions au soigné. Cette distance ne doit pas non plus être synonyme d'insensibilité envers la personne soignée (prise en charge moins efficace) ou à l'inverse trop de proximité entre les deux personnes peut amener un surinvestissement de la part du professionnel de santé et cela peut avoir des conséquences sur le soigné et le soignant. Pour cela, il est nécessaire d'adapter son attitude face aux différentes situations rencontrées, en effet, la relation d'aide dépend de certains facteurs : le vécu des protagonistes, leur sensibilité, leur limite, le contexte de prise en charge. Il est donc essentiel d'instaurer un climat de confiance, d'apprendre à gérer ses émotions. Si le soignant ressent un déséquilibre ou s'il a atteint une limite personnelle à un moment de sa prise en charge, il peut

être opportun pour lui de passer le relais à un collègue afin que cela n'impacte pas trop sur son état émotionnel et celui de la personne soignée. Le travail en équipe prend tout son sens dans le domaine de la santé, la cohésion entre professionnels permet d'affronter certaines situations émotionnellement fortes. Enfin, le soignant doit faire preuve d'empathie sans pour autant s'identifier ou instaurer une relation amicale et doit respecter les limites du cadre professionnel et prendre en compte les besoins psychoaffectifs et sociaux de la personne soignée.

La contagion émotionnelle, l'intériorisation et l'extériorisation des émotions

Selon CHRISTOPHE HAAG, chercheur en psychologie sociale, la contagion émotionnelle est *“un transfert d'émotions d'un individu à l'autre, une sorte d'onde qui peut, de proche en proche, toucher l'humanité entière”* (article d'Elena Sender, Sciences et Avenir, 2019). Il explique que lors d'une rencontre avec une personne, l'être humain aurait tendance à adopter automatiquement ses expressions ou ses comportements (faciès, posture...). Ce mimétisme est inconscient et automatique et constitue une composante fondamentale des rapports humains. Selon la chercheuse ELAINE HATFIELD, professeure de psychologie de l'université de Hawaï, la contagion émotionnelle *“primitive”* a un rôle *“adaptatif et fonctionnel”* qui favorise la proximité sociale dans l'espèce humaine (article d'Elena Sender, Sciences et Avenir, 2019). Ce phénomène de contagion émotionnelle permettrait de favoriser la socialisation entre les individus en leur apportant sécurité et cohésion. Au sein de la relation d'aide le personnel soignant ou le soigné doivent composer avec ce phénomène pouvant être perturbateur au sein de leur relation.

Il semble difficile pour un individu d'intérioriser en permanence ses émotions, lorsque le niveau émotionnel atteint correspond aux limites de la personne, alors son comportement pourra être modifié et son entourage pourra alors ressentir ses émotions à travers son expression, son mode de communication. L'intériorisation émotionnelle peut avoir différentes raisons : l'éducation reçue, l'histoire familiale, la culture... L'intériorisation peut amener à la submersion, il s'agit de l'accumulation de sentiments et d'émotions qui requiert l'aide d'une personne extérieure (psychologue par exemple) pour parler et comprendre les raisons qui ont mené à cette situation.

Pour pallier cela, il est primordial d'extérioriser ses émotions et cela peut être réalisé dans différents contextes : activités, loisirs, entourage personnel, entourage professionnel. Il semble primordial de pouvoir partager ses ressentis entre professionnels que ce soit au sein d'un groupe de parole, en analyse de pratique, en réunion de service (avec la possible présence du psychologue du service ou

de la structure). L'équipe est vraiment un pilier dans ce contexte car le vécu d'une situation est partagé par différentes personnes qui sont ensuite à même de s'entraider.

L'intelligence émotionnelle

Comme vu précédemment, l'émotion, langage universel du corps, permet à tout individu d'être compris et de comprendre les autres. En effet, elle représente le reflet de notre intériorité et elle initie la naissance des sentiments, avec pour réponse l'adaptation à l'autre et à l'environnement. L'intelligence émotionnelle est donc essentielle dans la relation de soins.

L'intelligence émotionnelle désigne selon MAYER et SALOVEY *"l'habileté à percevoir et à exprimer les émotions, à les intégrer pour faciliter la pensée, à comprendre et à raisonner avec les émotions, ainsi qu'à réguler les émotions chez soi et chez les autres"* (Emotional intelligence, 1997). Selon MARGOT PHANEUF, *"l'intelligence émotionnelle est primordiale pour la relation soignante car elle humanise les soins"* (Intelligence émotionnelle, outil du soin, 2013). Elle repose sur un ensemble de compétences qui permettent au soignant d'identifier ses propres émotions, cela suppose une bonne gestion et une bonne connaissance de soi, mais cela implique également d'identifier les émotions d'autrui, de l'aider à les exprimer correctement, à les comprendre et à les gérer, le soignant pourra alors s'adapter et communiquer harmonieusement. Il est également intéressant de parler du bouclier émotionnel et cognitif, communément appelé "blindage". Certains soignants, parce qu'ils ne veulent rien laisser transparaître, ne laissent aucune émotion s'exprimer, ceci est en fait un mécanisme de défense. Banaliser certaines situations de soin, c'est en quelque sorte se fermer aux affects des personnes.

Après avoir exposé différentes notions dans le cadre conceptuel, le travail de recherche va se poursuivre avec la phase empirique avec le recueil, l'analyse et le classement des données récoltées sur le terrain. Ensuite, la partie discussion abordera différents thèmes émergents.

3. Méthodologie

3.1. Présentation du travail de la phase empirique

Démarches et choix réalisés

Afin de recueillir des données sur le terrain, le choix a été fait de réaliser des entretiens semi-directifs auprès de soignants. C'est une technique qualitative de recueil d'informations permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement et consignés dans un guide d'entretien. Ce type d'entretien laisse la possibilité aux personnes interrogées de s'exprimer librement sur des ressentis et des visions. Le guide d'entretien a été élaboré autour de plusieurs

questions, celui-ci ainsi que les objectifs attendus se trouvent en annexe I. Sa construction s'est faite autour des deux grandes notions de la problématique : la relation d'aide et les émotions, le but étant d'explorer les perceptions, de comprendre certaines expériences des soignantes interrogées.

Afin de débiter mon travail de recueil d'expériences j'ai pris contact avec des infirmières avec qui j'ai eu l'occasion de travailler durant mes stages. Après réflexion, j'ai fait le choix d'interroger deux personnes qui n'ont pas le même nombre d'années d'expérience, en effet je pense que la temporalité dans l'approche relationnelle et émotionnelle peut avoir un rôle à jouer. Je leur ai présenté mon travail de mémoire et mes attentes, je leur ai indiqué à quelle étape je me trouvais. Je leur ai également précisé que cet entretien serait confidentiel. Les deux personnes avec qui j'ai échangées ont accepté de réaliser l'entretien car elles étaient intéressées par le thème abordé. Nous avons fixé une date pour réaliser l'entretien. Le contexte sanitaire actuel ne nous a pas permis de réaliser l'entretien physiquement, nous avons échangé par téléphone et j'ai demandé leur accord pour les enregistrer.

Le premier entretien a été réalisé auprès de Mme A. que nous nommerons pour la suite de l'analyse IDE 1 (annexe II). L'IDE 1 est une infirmière de 31 ans, diplômée depuis 2012, depuis l'obtention de son diplôme elle exerce dans trois services d'un établissement privé : Soins de Suite et de Réadaptation, État Végétatif Chronique et Médecine (accueillant des personnes en soins palliatifs). Le second entretien a été fait auprès de Mme N. que nous appellerons IDE 2 (propos apparaissant en annexe III). Mme N. est une infirmière qui a obtenu son diplôme en 1999. Elle travaille depuis 2016 dans un service de gynécologie et chirurgie plastique. Elle a eu la possibilité avant cela d'exercer dans différents services : long séjour, bloc opératoire, salle de réveil, soins de suite et réadaptation, chirurgie digestive, cancérologie, diabétologie. Les deux entretiens ont duré environ 30 minutes.

Retranscription et analyse des entretiens

Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des infirmières. L'écoute des entretiens pour la retranscription écrite a permis d'identifier des thèmes émergents et cela en élaborant des tableaux de synthèse (annexe IV) comportant des thèmes, des sous-thèmes et items. Le choix d'un code couleur a facilité l'analyse : l'entretien avec l'infirmière IDE 1 apparaît en noir et celui avec l'infirmière IDE 2 est en bleu. La réécoute m'a aussi permis de me rendre compte que j'ai, à certains moments, utilisé certaines reformulations "maladroites", et que cela pouvait orienter la réponse des participantes. J'ai pris conscience que le travail d'entretien semi-directif n'est pas toujours aisé et que chaque mot utilisé a un sens et une valeur particulière.

Les limites de la recherche

Tout d'abord le fait d'avoir réalisé les entretiens au téléphone ne m'a pas permis de voir les expressions du visage des participantes lorsque nous abordions les différentes questions et lorsque les infirmières évoquaient certaines situations. Or je pense que cet aspect aurait été intéressant à aborder. Les émotions, et ce à quoi elles nous ramènent, peuvent aussi transparaître sur notre visage et apporter des ressentis. Ensuite, la taille de l'échantillon avec deux infirmières interrogées ne permet pas de généraliser les données sur le sujet, il serait intéressant d'élargir le nombre de participants afin d'avoir des éclairages complémentaires. Enfin, je pense qu'il aurait été enrichissant d'aborder les questions du guide d'entretien avec les étudiants de l'IFSI, en effet lors des trois années de formation, nous évoluons dans notre façon de communiquer avec les patients et nous avons tous été confrontés à des situations particulières lors des stages pouvant mettre à contribution certaines de nos émotions et ainsi parfois nous déstabiliser. Je pense que la gestion émotionnelle lors des trois années d'apprentissage est un point fondamental à aborder et elle fait partie intégrante de notre construction personnelle et professionnelle.

3.2. Analyse descriptive des entretiens

La relation d'aide

Dans un premier temps, l'analyse va être centrée sur la relation d'aide avec pour objectif d'identifier comment elle est appréhendée par les infirmières interrogées, d'aborder les finalités de la relation d'aide et de comprendre ce que l'expérience professionnelle peut apporter dans l'élaboration de cette relation. Le tableau d'analyse se trouve en annexe IV.

Tout d'abord, l'IDE 1 intègre la relation d'aide dans la relation soignant-soigné et précise qu'elle la voit dans un schéma relationnel triangulaire soignant-patient-famille. Elle souligne le fait qu'un soin n'est pas qu'un acte technique et que la mise en place de la relation d'aide est d'autant plus importante lorsque la durée d'hospitalisation est longue. C'est pour elle une *"prise en soin globale du patient et de sa famille"*, *"pas forcément réfléchi"*. Elle précise qu'il faut comprendre ce que ressentent les patients tout en s'adaptant. L'IDE 2 évoque les termes *"aider le patient"* en lui apportant *"quelque chose de positif"* afin qu'il soit dans un bien-être et dans la compréhension de sa situation. Selon l'IDE 2, le soignant est *"toujours dans une relation d'aide"* quoiqu'il fasse et qu'il est difficile de la différer. Elle met également en avant le fait que son attitude change en fonction du patient qu'elle prend en soin. Elles accordent une place primordiale à la relation d'aide auprès du

patient en mentionnant qu'il y a une notion de continuité et que celle-ci s'effectue au quotidien et de façon naturelle, l'IDE 2 indique *"je ne planifie pas, ça va être sur le moment"*.

Les propos des infirmières montrent que la relation d'aide est une démarche intégrée dans le rôle infirmier et dans la relation de soin auprès du patient et qu'elle constitue une activité primordiale récurrente. Que ce soit pour l'IDE 1 ou l'IDE 2, elle est omniprésente et spontanée dans l'exercice de leur fonction. Il y a dans leur vision l'aide auprès du patient, une compréhension de leur ressenti, une bienveillance quant à leur bien-être et à leur compréhension de leur situation avec une adaptation d'attention nécessaire. Elles ont ensuite évoqué la visée de cette relation qui s'établit entre le patient/sa famille et le soignant. Pour les deux infirmières, la notion de communication est mise en avant, elles perçoivent la relation d'aide comme une démarche de communication, d'échanges et d'explication. L'IDE 1 précise qu'elle *"explique au patient le but du geste"* et l'IDE 2 va *"prévenir", "anticiper", "baliser", "décrire"* les soins, en *"expliquer les raisons"* et *"réconforter"* le patient. L'IDE 1 insiste sur le fait que l'instauration de la relation de confiance passe par l'élaboration de la relation d'aide en indiquant *"passer du temps"* et *"être à l'écoute des patients"*, c'est une *"démarche de confiance"*. Pour l'IDE 1 et l'IDE 2, la relation d'aide permet au patient l'acceptation des soins, en se livrant, en se familiarisant avec le soignant (IDE 1) et en acceptant sa situation (IDE 2). Les deux infirmières avec qui je me suis entretenue mettent en avant les notions de communication, de posture d'écoute, de présence, de relation de confiance et d'acceptation des soins.

Concernant la qualité de la relation, l'IDE 1 indique qu'elle porte une attention particulière à ce que le corps médical et le patient soient sur la *"même longueur d'onde"*. L'IDE 2 indique qu'une relation de qualité passe par le fait de savoir tout d'abord comment le patient se sent, par le fait d'être rassurant, d'être dans l'explication et surtout d'être toujours honnête même si le soignant n'a pas toutes les réponses. Enfin, lorsque nous avons abordé comment l'expérience professionnelle pouvait avoir une influence sur la mise en place de la relation d'aide, les deux infirmières ont indiqué que lorsque la personne est au début de sa vie professionnelle, elle se focalise sur la maîtrise du soin en lui-même et que par conséquent la relation d'aide peut être mise de côté. L'IDE 1 mentionne le fait qu'elle s'est retrouvée dans des situations où elle fuyait certaines questions n'étant pas totalement à l'aise. Elle dit également qu'elle *"prend plus le temps"* aujourd'hui, qu'elle a gagné *"en maturité"* et qu'elle a appris à *"communiquer avec le patient, à se poser"*. L'IDE 2 évoque le fait qu'elle a *"plus d'assurance et de maîtrise"* dans ce qu'elle fait et que c'est donc *"plus facile d'aider"*. Elle précise aussi que les relations avec les patients évoluent tout au long de la carrière et que les rencontres l'ont forgé.

Les émotions

Dans un second temps, l'analyse va ensuite porter sur le thème des émotions, avec pour objectif d'identifier comment les infirmières interrogées prennent en compte les émotions, et ce qu'elles en font. Lorsque nous abordons l'impact que les émotions du patient peuvent avoir sur le soignant, l'IDE 1 évoque qu'il y a des situations qui ont plus d'impacts que d'autres sur leur état émotionnel. L'IDE 2 explique d'ailleurs : *"il y a bien quelque chose qui se passe entre ce que me renvoie le patient et ce que je lui donne"* et que cela est difficile de *"se prendre plein d'émotions"*. Elle dit d'ailleurs que cela va dans un sens comme dans un autre *"quand les patients vont bien on est super content"*, *"on prend les joies et les peines"*. La façon dont le soignant va recevoir les émotions du patient va être différente en fonction de l'état psychologique et émotionnel du soignant, en effet l'IDE 2 dit qu'il y a un impact si elle est fatiguée, elle sera moins patiente et moins réceptive. Et inversement, il y a aussi le ressenti du patient par rapport au comportement du soignant : les patients ressentent si le soignant en face n'est pas bien.

L'IDE 1 et l'IDE 2 s'accordent à dire que le soignant est avant tout un humain comme un autre et qu'il est donc difficile de ne pas faire de transfert. L'IDE 1 ajoute que c'est *"spontané"*. L'IDE 1 évoque le terme de projection : certaines situations projettent le soignant sur sa propre vie, ses propres situations pouvant le perturber dans l'élaboration de sa relation avec le patient.

Lorsque nous abordons le thème d'extériorisation des émotions, l'IDE 1 dit qu'*"il faut pouvoir contrôler ses émotions"*. L'IDE 2 nomme également le terme de contrôle et de maîtrise des émotions, qu'il est important de ne pas les garder pour soi en ajoutant *"on met de soi"*. Elle indique cependant qu'elle ne sait pas les maîtriser, qu'elle n'y arrive pas, qu'elle pleure comme elle rit, qu'elle a toujours été comme ça. Il y a une question de personnalité et de façon de gérer les émotions. Elle indique que selon elle, les émotions et les sentiments entrent dans la relation et se transmettent entre les personnes. Les personnes interrogées ont ensuite évoqué les moyens mis en place pour extérioriser leurs émotions. L'IDE 1 évoque le fait qu'il lui arrive de *"pleurer avec les familles, ce n'est pas dérangeant... mais il ne faut pas que la famille sente une faille dans le service"*. L'IDE 1 finit par dire qu'elle sait aussi passer le relais à son collègue car elle connaît ses limites. Elle met en avant le travail en binôme qui permet de laisser l'autre gérer une situation qu'elle n'est pas apte à affronter sur le moment. L'IDE 2, quant à elle, exprime le fait qu'elle va beaucoup communiquer avec le patient en passant par l'humour et que le fait de rire avec le patient a un effet bénéfique sur les personnes.

Les deux infirmières interrogées parlent de l'importance des échanges entre collègues, entre les membres de l'équipe, ils parlent, ils peuvent pleurer des fois entre eux, ils rient, ils dédramatisent les

situations. Ce sont des moments qui peuvent avoir lieu pendant des réunions de service, lors des transmissions ou autres.. L'IDE 1 évoque le fait qu'il est intéressant d'échanger avec les autres professionnels et de pouvoir parler librement. L'IDE 2 précise que les psychologues du service où elle travaille peuvent aussi aider les professionnels lorsqu'une souffrance par rapport à un patient est présente dans l'équipe, ils sont à l'écoute. Elle ajoute en riant *"Et puis à l'extérieur aussi ... au bout d'un moment on finit par voir un psychologue nous aussi à force de les proposer aux patients"*.

Les deux infirmières évoquent le fait qu'elles évitent de parler de leurs états émotionnels à leur proche lorsqu'elles rentrent à domicile. L'IDE 1 dit *"c'est le travail. Et d'ailleurs si j'en parlais trop, je me dirais qu'il faut que j'arrête ce métier"*. L'IDE 2 indique *"le conjoint c'est assez difficile car des fois ils en ont marre quand on rentre et qu'on n'est pas bien"*. L'IDE 1 dit que c'est plus difficile de gérer une situation lorsqu'elle connaît le patient, en effet il lui est arrivé de prendre en charge le grand-père de son conjoint. Quant à l'IDE 2, elle évoque une situation rencontrée il y a quelques années dans un service où elle prenait en soin un patient qui avait quelques années de plus qu'elle. Elle a fait un transfert sur sa propre vie, en effet le patient avait des enfants et lorsqu'il a dit qu'il allait se battre pour eux, elle a été envahie par des émotions et ne s'est pas sentie bien, elle est sortie de la chambre car elle trouvait la situation trop difficile. Elle a repris ses esprits et est finalement retournée auprès du patient pour s'excuser. L'IDE 2 me parle également de la difficulté à exprimer ses émotions lorsque le patient est antipathique. Elle me décrit une situation rencontrée lorsqu'elle travaillait dans un service de diabétologie et sa prise en charge d'un patient tenant des propos racistes *"j'ai fait mes soins comme un robot, c'est resté une relation minime / c'était terrible, il a eu des propos qui donnent des frissons / Je ne pouvais pas rentrer dans une relation avec lui - plaisanter avec lui ce n'était pas possible, je n'avais plus d'humour là"*. Elle ajoute que la relation lui a paru conflictuelle dès le début et que *"c'est délicat de revenir sur ça et de recréer un lien de confiance"*. Enfin j'ai voulu ensuite savoir si la manière dont les infirmières abordent les émotions avait évolué pendant leur pratique professionnelle et particulièrement au sein de la relation d'aide. L'IDE 1 souligne que la gestion des émotions a évolué avec l'expérience. L'IDE 2 indique que la maîtrise de ses propres émotions n'a pas changé cependant elle parle plus facilement.

4. Analyse interprétative et discussion

4.1. La relation d'aide

Conception

Selon moi une relation d'aide est une rencontre entre deux sujets qui a un début et une fin, elle s'inscrit dans le temps et a une durée. L'aide est une réponse à un besoin exprimé ou pas, à une demande observée ou interprétée, elle a ses limites : le soignant ne peut ni dire ou ni faire à la place du soigné. Les entretiens réalisés auprès des deux infirmières mettent en avant que c'est une démarche d'aide intégrée au sein de la relation soignant-soigné. L'IDE 1 la considère comme *"prise en soin globale du patient et de sa famille, pas forcément réfléchi"*, l'IDE 2 mentionne *"on est toujours dans une relation d'aide quoique l'on fasse"*, elle ajoute que c'est difficile de différer ces moments. Selon l'IDE 1, la relation d'aide est présente *"avant le soin"*, elle *"s'effectue au quotidien"*, elle est primordiale et naturelle. L'IDE 2 utilise les termes *"relation d'aide continue"*, et ajoute *"je ne planifie pas, ça va être sur le moment"*. Cette relation d'aide est essentielle mais je ne pense pas qu'elle soit *"continue"* dans l'exercice de notre profession, elle n'est pas toujours présente dans chaque relation entre le soignant et le soigné. Comme vu dans le cadre conceptuel et dans l'unité d'enseignement 4.2 *"Soins relationnels"*, la relation d'aide est un des niveaux de la relation soignant-soigné. Selon mon avis, toute relation qui s'engage dans le cadre d'un soin n'est pas une relation d'aide, en effet les échanges entre les deux personnes peuvent être agréables sans pour autant entrer dans une démarche relationnelle d'aide, elle n'est également pas une façon de trouver des solutions à la place de l'autre. Elle est un moyen pour un professionnel de santé d'accompagner une personne soignée à vivre une situation (maladie, douleur, mal-être...) et ses conséquences sur toutes les dimensions de sa vie.

Le professionnel de santé considéré comme l'aidant doit s'impliquer dans la relation d'aide en étant authentique afin de créer un climat de confiance qui permettra à la personne soignée de s'exprimer. Selon moi, la relation d'aide par le biais du professionnel de santé doit offrir à la personne les conditions nécessaires pour évoluer et trouver ses propres solutions, apporter des informations nécessaires à la compréhension de la situation tout en le réconfortant et en le mettant dans un environnement sécurisant. Enfin en tant que future professionnelle de santé, je pense qu'il faut être capable de discernement, avoir la capacité à raisonner, à se questionner tout en mesurant son engagement personnel auprès de la personne soignée afin de respecter la juste distance relationnelle.

Les conditions de la relation d'aide

Elle a pour objectifs d'instaurer une relation de confiance et donc pour le patient l'acceptation d'échanger, l'acceptation des soins, ou l'acceptation d'une situation comme évoqués par les infirmières interrogées. Comme vu précédemment, CHALIFOUR la définit : *"la relation d'aide consiste en une interaction particulière entre deux personnes, chacune contribuant personnellement à la recherche et à la satisfaction d'un besoin d'aide présent chez ce dernier"*. La posture d'écoute et la communication sont largement mises en avant dans ces entretiens, c'est également d'ailleurs l'approche du psychologue GORDON qui prône une écoute attentive et bienveillante envers ses patients leur permettant de modifier leur façon d'être et de communiquer. Les propos des infirmières rencontrées montrent que l'écoute et la communication sont des outils essentiels dans la relation d'aide. Nous retrouvons également l'aspect essentiel de la communication chez ces soignantes comme l'a cité MARGOT PHANEUF *"La communication est un outil de base pour l'instauration de la relation d'aide, modalité importante d'intervention en soins infirmiers"*. A la question *"à quoi êtes-vous attentif dans la qualité de la relation?"*, l'IDE 1 indique qu'il faut être *"attentive à ce que le corps médical et le patient soient sur la même longueur d'onde"*, nous retrouvons ici une notion de transparence concernant les informations transmises aux personnes et donc une notion d'authenticité. Cette notion est aussi retrouvée dans les propos de l'IDE 2 *"l'honnêteté, leur dire la vérité même si on n'a pas toutes les réponses (je vais me renseigner, je reviens vers vous"*. Si nous reprenons les conditions de la relation d'aide selon CARL ROGERS énoncées auparavant et si nous les comparons aux réponses des soignantes rencontrées, alors nous retrouvons de grandes similitudes. En effet, il indique que la relation d'aide passe par *"l'acceptation inconditionnelle positive"* de l'autre, la congruence ou l'authenticité de l'aidant, notions largement mises en avant dans les paroles des deux soignantes. Selon moi la congruence et l'authenticité est la capacité de l'aidant à être en phase avec ses propres sentiments, ses pensées, ses attitudes, ses émotions afin d'être en mesure d'accueillir les pensées et les ressentis de la personne soignée en face de lui. Les personnes interrogées mentionnent d'ailleurs la nécessité pour le soignant de *"s'adapter"* (IDE 1), le besoin d'adaptation d'attention *"l'attitude change en fonction du patient"* (IDE 2). Je pense que parce que le soignant sera en phase avec lui-même, il sera plus à même de s'adapter à la personne soignée en face de lui et de communiquer efficacement. Enfin dernière attitude nécessaire selon CARL ROGERS pour la relation d'aide : la compréhension empathique. L'IDE 1 indique *"nous les comprenons, on comprend ce qu'ils ressentent"* et l'IDE 2 mentionne *"aider le patient", "apporter quelque chose de positif", "qu'il soit bien dans tout ce qu'on fait"*, elle ajoute que le patient doit *"vivre au mieux son hospitalisation"*, qu'il doit être dans un bien-être et que le soignant doit être dans la compréhension. La relation d'aide s'inscrit donc dans la relation soignant-soigné faisant naître de la part du

professionnel de santé bienveillance, écoute, compréhension, soutien, empathie. Elle s'adresse à une personne qui est en difficulté par rapport à ce qu'elle vit à un instant de sa vie.

Le travail en équipe

Je souhaiterais évoquer un aspect non abordé lors des échanges : le travail en équipe. La relation d'aide qui s'inscrit dans le champ de l'aide et du soutien peut aussi faire appel à plusieurs compétences professionnelles, le travail en équipe pluridisciplinaire est selon moi nécessaire dans certaines situations afin de partager et de mettre en commun certains questionnements. Je pense également que cette façon de travailler peut atténuer le sentiment d'isolement que certains professionnels de santé pourraient ressentir. La prise en charge du patient ne peut être que meilleure.

4.2. Quand les émotions s'en mêlent...

Les émotions font partie intégrante du travail infirmier, une composante à part entière à prendre en compte en continu au quotidien dans notre travail. Quels impacts peuvent-elles avoir sur nos relations d'aide avec la personne soignée ? Comment la gestion émotionnelle est-elle appréhendée par les soignants ?

La contagion émotionnelle

Lorsque nous abordons le thème des émotions, l'IDE 1 dit qu'il y a des situations qui ont plus d'impacts que d'autres sur son état émotionnel. L'IDE 2 explique d'ailleurs : *"il y a bien quelque chose qui se passe entre ce que me renvoie le patient et ce que je lui donne"* que ce soit dans les moments difficiles ou inversement lorsque les patients éprouvent de la satisfaction. Nous retrouvons dans ces réponses la notion de *"contagion émotionnelle"* définie par le chercheur CHRISTOPHE HAAG comme *"transfert d'émotions d'un individu à l'autre"*. Nous sommes soignants et humains, nous percevons les ressentis des personnes qui nous entourent, c'est aussi le cas de la personne soignée qui va recevoir ce que nous pouvons renvoyer par notre façon de communiquer, notre façon d'être. Si je pense aux différentes expériences vécues lors de mes stages infirmiers, je me rends compte que la contagion émotionnelle est omniprésente dans les échanges avec les patients, nous percevons des émotions et l'effet qu'elles vont avoir sur nous va engendrer une réaction et des comportements spécifiques. La chercheuse ELAINE HATFIELD pense que la contagion émotionnelle a un rôle *"adaptatif et fonctionnel"* qui favorise la socialisation entre les individus leur apportant sécurité, cohésion. L'IDE 2 dit qu'il y a un impact si elle est fatiguée, elle sera moins patiente et moins réceptive. Et inversement, il y a aussi le ressenti du patient par rapport au comportement du soignant : les patients ressentent si

le soignant en face n'est pas bien. La façon dont le soignant va recevoir les émotions du patient va être différente en fonction de l'état psychologique et émotionnel du soignant, la communication peut donc varier et il faut pouvoir s'adapter. Il semble primordial de se montrer tels que nous sommes face à l'autre, cela implique que nous pouvons percevoir les failles ou les faiblesses, c'est aussi se rapprocher de l'autre. Ce que je renvoie à l'autre a un impact sur ses propres émotions, et les émotions qu'il renverra seront sûrement différentes. Je dirai qu'éprouver de l'empathie c'est entre autres partager les émotions d'autrui. Je pense que l'expression "*contagion émotionnelle*" a tout son sens dans la relation d'aide car ce transfert d'émotions va aussi permettre au soignant de s'adapter tout au long des échanges afin de mener au mieux sa communication et parvenir à aider le patient dans sa recherche de solutions pour parvenir à un bien-être.

Le contrôle de nos émotions et la juste distance avec le soigné

Les réponses à la question sur l'extériorisation des émotions par l'infirmier dans sa profession a mis en avant la notion de "*contrôle des émotions*", l'IDE 1 mentionne qu'il faut "*pouvoir contrôler ses émotions*", de même pour l'IDE 2 qui indique qu'il est "*important de ne pas les garder pour soi*", alors qu'elle se qualifie comme personne ayant des difficultés à les maîtriser car "*elle pleure comme elle rit*" et qu'elle a toujours été comme cela. Je dirai que le contrôle de nos émotions en tant que professionnel de santé passe par l'implémentation d'une juste distance entre moi le soignant et la personne soignée qui est dans le besoin. Cette juste distance est une notion très importante à prendre en compte dans notre métier car le risque est d'accueillir et de recevoir les émotions de l'autre de façon trop personnelle. Comme nous l'avons vu précédemment cela pourrait amener des phénomènes de transfert et de projection et nous mettre en difficulté dans nos relations à l'autre. En situation de soin, une certaine distance doit être maintenue avec le patient pour éviter que nos émotions perturbent la prise en soin et que nous nous identifions à celui-ci et qu'un phénomène d'attachement survienne. Il semble pourtant difficile de refouler des ressentis ou émotions qui naissent de cette relation. Comment savoir si je mets une "*juste distance*" entre moi-même et le soigné ? Qu'est-ce-qu'une juste distance ? D'après PASCAL PRAYEZ, docteur en psychologie clinique et sociale : "*Il y a une juste distance à vivre dans la relation d'aide professionnelle, mais ce terme est piégé, car il est trop souvent entendu au sens d'une distance froide et banalisant la souffrance d'autrui*" (Distance professionnelle et qualité du soin, 2009), il énonce également quatre types de distance : interpersonnelle, sociale, personnelle et intime. C'est au soignant de savoir se placer et mesurer son niveau d'investissement émotionnel dans la relation d'aide car il doit aussi savoir se préserver. D'ailleurs l'IDE 1 indique que dans certaines situations elle passe le relais à son collègue car elle connaît ses limites. J'ajouterai que savoir maintenir une juste distance avec le soigné passe par le

fait de prendre en considération nos propres limites en tant que soignant. Concernant leurs difficultés de mise à distance, nous pouvons évoquer certaines situations comme une proximité trop importante avec le patient, l'IDE 1 évoque une situation compliquée lorsqu'elle a dû prendre en charge le grand-père de son conjoint. Elles évoquent également des situations de transfert ou de projection identitaire sur le patient (l'IDE 1 avec la prise en charge d'une jeune maman et l'IDE 2 avec la prise en charge d'un homme de son âge ayant également de jeunes enfants). Enfin l'IDE 2 décrit une situation où à l'inverse en tant que soignante elle s'est placée à une distance "anormale", elle décrit la prise en charge d'un patient antipathique et raciste, elle dit qu'elle a fait ses soins "comme un robot", que "c'est resté une relation minime" en complétant ses propos par "je ne pouvais pas rentrer dans une relation avec lui, plaisanter avec lui ce n'était pas possible, je n'avais plus d'humour là". Nous pouvons considérer cet exemple comme mise en place d'une distance défensive avec une froideur relationnelle annulant toute dimension affective et aseptisant tout échange émotionnel. Le soignant peut mettre en place des barrières lorsque le discours des patients heurtent ses valeurs personnelles.

Savoir extérioriser nos émotions en tant que professionnel de santé

Au cours des entretiens réalisés, les deux infirmières ont exprimé le besoin d'extérioriser leurs émotions. Cependant elles nuancent leurs propos en disant qu'il y a des endroits où il est préférable de le faire. Pour les deux infirmières interrogées, il est important de partager les émotions avec le patient et son entourage, l'IDE 1 dit qu'il lui arrive de pleurer avec les familles. Aussi elles mentionnent à plusieurs reprises la nécessité de partager leurs émotions avec les collègues et l'équipe médicale lors des transmissions, lors des réunions. L'IDE 1 indique qu'avec ses collègues, ils pleurent entre eux, ils rigolent "le temps de dédramatiser les situations". L'IDE 2 mentionne aussi l'utilité de pouvoir se confier aux psychologues du service parfois. Une autre façon d'extérioriser ses émotions est l'humour, ce que l'IDE 2 indique "je vais dire beaucoup de bêtises, le fait de rire cela déstresse". Les deux soignantes interrogées ont le même avis concernant le fait de se confier après leur journée de travail au sein de leur domicile. C'est un aspect intéressant car nous pouvons en déduire qu'elles ne semblent pas considérer leur sphère personnelle comme lieu de "décharge émotionnelle", il y a un besoin de coupure avec le monde professionnel. Le domicile est peut être un lieu de ressource où l'on vit d'autres moments, la gestion des émotions ne se fait pas à la maison mais je pense tout de même qu'il est important d'exprimer certains états d'âme auprès de nos proches afin de désamorcer certains états émotionnels. Nous pouvons alors nous demander si parler de certains émotionnels de façon trop prononcé au sein de notre sphère intime n'est pas un signe de surcharge émotionnelle au sein de la profession.

Pour conclure sur cette partie, je pense qu'il y a des lieux propices où il est possible de trouver des ressources (écoute par les collègues, par des professionnels) pour extérioriser ses émotions mais que tout comme la juste distance que nous mettons entre nous soignant et le soigné, il faut être prudent quant à ce que certaines situations nous apportent émotionnellement parlant. Cependant il n'est pas toujours facile de laisser ses états d'âme aux vestiaires avant de rentrer chez soi.

4.3. Parce que nous sommes humains ...

Lors des deux entretiens réalisés, une notion importante est revenue, le fait d'être humain. En effet, à la question posée sur l'impact des émotions du patient au sein d'une relation d'aide que peuvent avoir sur le soignant, l'IDE 1 a dit *"on reste humain avant tout"*, l'IDE 2 *"On est aussi humain et les patients le savent"*. Pour les deux personnes interrogées, certaines situations leur rappelant leur propre vécu ont eu plus d'impact émotionnel sur elles. L'IDE 1 évoque une situation rencontrée avec une patiente qu'elle prenait en charge, c'était une jeune maman, elle explique alors que c'est difficile de ne pas se projeter sur sa propre vie étant elle-même jeune maman et qu'un transfert peut se faire spontanément. Quant à l'IDE 2, elle décrit un moment vécu auprès d'un patient qui avait quelques années de plus qu'elle et qui était atteint d'une maladie, lorsqu'il a dit qu'il allait se battre pour ses enfants, elle n'a pas pu contenir ses émotions car elle a de suite fait un transfert par rapport à sa propre vie. Notre histoire personnelle, notre vécu, notre personnalité sont des composantes qui se mêlent constamment pour faire surgir des émotions lorsque nous faisons face à certaines situations. Cela semble être un mécanisme naturel qu'il est parfois difficile de contrôler. Comme nous l'avons vu dans le cadre théorique, les émotions naissent dans le cerveau dans le système limbique avant même que l'individu ait conscience de ce qu'il se passe. Dans certaines situations, nous prenons le contrôle pour masquer nos émotions mais parfois il nous est impossible de le faire. Parce que nous sommes humains, il faut réussir à *"faire la part des choses"*. Je pense que c'est un processus complexe qui est indispensable dans l'exercice de notre profession. Il me semble essentiel de se connaître soi-même afin de ne pas dépasser nos propres limites dans nos relations avec le soigné.

L'humanité dans les soins, valeur fondamentale dans la profession infirmière, se traduit notamment par la tolérance, l'empathie et l'attention à l'autre que nous considérons comme personne unique. KANT a dit dans le *Fondement métaphysique des mœurs* (1785) *"Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre toujours en même temps comme une fin et jamais simplement comme un moyen"*. Il est important de souligner la dimension humaine dans la profession infirmière. Cette réflexion m'amène à me dire qu'il est primordial de savoir différencier l'autre de soi pour être aidant et donc établir une relation saine avec l'autre. Se mettre à la place de l'autre c'est se mettre en danger, c'est ne pas pouvoir aider efficacement l'autre.

4.4. Posture réflexive et travail d'introspection dans la profession infirmière

L'expérience professionnelle permet de faire évoluer le savoir cognitif, les représentations, le savoir être et le savoir faire. Les infirmières interrogées mettent en avant une posture réflexive quant à l'expérience acquise avec l'exercice de leur profession. Elles indiquent qu'au début le professionnel de santé est plus axé sur le soin car il vise la maîtrise, avec le temps elles ont appris à communiquer car elles ont acquis de la confiance en elles (*"gagner en maturité", "plus sûre de moi"*). Cela revient à connaître ses propres limites comme évoqué dans le cadre théorique. En effet, une relation d'aide efficace vient aussi du fait que le soignant connaît ses propres limites ayant déjà vécu des situations dans le passé, sa connaissance de soi est plus approfondie et sa façon d'entrer dans la relation d'aide est plus facile pour lui. Les réponses données mettent en évidence un travail d'introspection des deux professionnelles de santé rencontrées qui sont à même de se rendre compte de l'évolution dans leur façon de faire et de rentrer en communication avec l'autre. Je pense qu'avec le temps d'expérience professionnelle, le soignant va acquérir d'autres compétences et adapter sa façon d'agir, de rentrer en communication avec le patient. Enfin j'ai voulu ensuite savoir si la manière dont les infirmières abordent les émotions avait évolué pendant leur pratique professionnelle et particulièrement au sein de la relation d'aide, leurs réponses ont été condensées. Tout d'abord, l'IDE 2 a trouvé qu'il était difficile de répondre à cette question, elle pense que les *"choses se font petit à petit, l'âge faisant, l'âge aidant, la maîtrise des choses, je ne sais pas trop"*. Elle a ajouté que la maîtrise de ses propres émotions *"n'a pas du tout évolué"* mais qu'elle parlait plus facilement et ouvertement. L'IDE 1 indique que la gestion de ses émotions a évolué avec l'expérience du fait d'avoir vécu des situations similaires. Je pense que la gestion émotionnelle peut évoluer en fonction de la durée d'expérience professionnelle mais qu'elle est en grande partie liée à notre personnalité, nos traits de caractère. Chaque personne possède sa façon de percevoir et de contrôler ses émotions. Nous n'avons pas tous le même recul sur nos propres émotions car dans certains cas il nous est difficile de les recevoir, de les comprendre et de les utiliser à bon escient. Finalement je pense que ce qu'apporte l'expérience professionnelle dans notre gestion émotionnelle nous est propre à chacun car nous sommes tous uniques dans notre façon d'être et notre façon de faire.

4.5. Crise sanitaire et impact sur la relation soignant-soigné

Je terminerai la partie discussion sur le sujet de la crise sanitaire avec l'apparition du virus Covid-19, celui-ci a eu un impact non négligeable dans le domaine de la santé, que ce soit pour les professionnels de santé mais aussi pour les personnes soignées. Les conditions de prise en charge ont été bouleversées dans certains services, la charge de travail a été impactée, la relation entre le soignant et le soigné a pu être mise à rude épreuve dans certains cas. Notons également que

l'organisation dans les structures s'est vu être modifiée avec l'impossibilité ou la restriction pour le patient de recevoir des visites de son entourage. Or dans une relation d'aide entre le soignant et le soigné, l'entourage peut représenter une composante essentielle. Aussi, avec les limites visitées, les soignants ont dû passer plus de temps auprès des patients pour pallier l'absence des proches, d'où l'importance de la relation d'aide. Un autre point : le port du masque au quotidien qui constitue une barrière efficace contre la propagation du virus est essentiel mais il cache toute une partie du visage, empêchant les personnes de voir les expressions se dessiner, il est difficile de tout percevoir à travers un regard. Une partie de la communication entre deux personnes s'établit selon un mode non-verbal, la transmission de certaines émotions est alors altérée, le masque bien qu'efficace est un élément qui peut altérer les relations sociales. Derrière le masque peut se cacher un sourire qui peut apporter tellement de satisfaction : " La nature humaine possède la force de la joie : le sourire" (Léna Allen-Shore, *Ne me demandez pas qui je suis*).

5. Réponse à la problématique

A la question de départ "*En quoi l'identification des émotions par le soignant dans la relation de soin participe à la mise en place de la relation d'aide auprès du patient ?*", je dirai premièrement que toute relation soignant-soigné dans le cadre d'un soin n'est pas une relation d'aide. En effet, l'objectif du soignant dans la mise en place d'une relation d'aide est de mettre en avant les capacités de la personne soignée en utilisant certaines attitudes telles que l'écoute active, l'empathie, l'authenticité, le non-jugement afin qu'elle puisse répondre à sa problématique. Socrate disait "*Connais-toi toi-même*", le travail réalisé ces derniers mois et le fruit de ma réflexion m'amènent à dire que pour identifier les émotions de façon générale, il faut tout d'abord être en capacité d'identifier et d'analyser ses propres émotions et donc se connaître soi-même. La connaissance de soi passe par être en adéquation avec nos besoins, nos désirs, notre fonctionnement, notre psychologie. En ayant conscience de nos propres émotions alors nous apprenons à reconnaître et comprendre celles de l'autre et ainsi établir une relation harmonieuse avec l'autre. En tant que professionnel de santé et pour pouvoir instaurer une relation d'aide avec la personne soignée, un lien de confiance entre les deux personnes doit se créer autour de l'empathie, de l'authenticité et de l'écoute active envers le patient.

Conclusion

Pour conclure, ce travail d'initiation à la recherche fut prenant et très enrichissant sur les plans professionnels et personnels. En effet, cela m'a permis d'étudier et d'approfondir des notions telles que l'émotion, la relation d'aide, la gestion émotionnelle ou encore l'intelligence émotionnelle. Ces notions tiennent une place importante dans ma conception de la profession infirmière et je souhaite les véhiculer dans ma future profession. J'ai eu la chance d'échanger avec deux infirmières afin de compléter mes recherches théoriques. En confrontant l'ensemble des données et ma réflexion, je pense avoir vécu une évolution personnelle dans la connaissance de mon "moi intérieur". J'ai pu prendre du recul concernant certaines situations vécues dans le passé. Ce travail m'a aidé à identifier mes ressources mais aussi mes difficultés sur le plan émotionnel. Finalement, il a favorisé chez moi un cheminement personnel fait de doutes, de remises en question mais avant tout d'apprentissages contribuant ainsi à l'avancée de la construction de mon identité professionnelle.

En tant que jeune professionnel, il peut exister une appréhension quant à la maîtrise des soins relationnels mais ce mémoire m'a permis de comprendre certains aspects relationnels dans la pratique infirmière et me sentir plus sereine dans ma future profession. Je souhaite valoriser ce que m'a apporté ce travail tout au long de mon exercice professionnel auprès des patients, des collègues mais aussi auprès des futurs étudiants que je serai amenée à encadrer. Je pense d'ailleurs qu'il serait bénéfique d'avoir plus de partage de temps concernant le plan émotionnel durant la formation infirmière, en effet la posture d'étudiant n'est pas toujours facile à vivre.

Ce travail a mis en avant que l'identification des émotions chez l'autre participe à l'élaboration de la relation d'aide, car elle permet une adaptation continue du soignant au sein de sa communication et donc de sa prise en charge. Elle se fait avec la mise en place d'une juste distance entre le soignant et le soigné et la prise en considération du patient en tant qu'être unique.

Ce mémoire a permis l'émergence d'un éventuel prolongement à ce travail concernant la gestion émotionnelle du soignant au sein de la relation d'aide dans la pratique infirmière. Ma réflexion a évolué et à présent que je dispose de réponses théoriques et pratiques, ce thème pourrait également questionner le sujet de l'accompagnement des professionnels de santé dans leur gestion émotionnelle au cours de leur pratique infirmière et traiter la nouvelle problématique suivante : *"En quoi l'accompagnement du soignant dans sa gestion émotionnelle par des professionnels participe à la mise en place d'une relation d'aide efficace auprès du patient ?* La place des émotions dans notre profession peut être parfois occultée mais n'oublions pas que les émotions au sein des soins relationnels sont moteurs de nos actions.

Bibliographie

Ouvrages

AMIEC (2005). Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière, page 197. Edition Masson.

Chalifour, J. (1989). La relation d'aide en soins infirmiers, une perspective holistique-humaniste. Edition Lamarre.

Chalifour, J. (1993). Enseigner la relation d'aide. Edition Lavellois-Perret.

Manoukian A, Massebeuf A. (2001). La relation soignant-soigné. Edition Lamarre.

Société d'accompagnement et de soins palliatifs, Daydé Marie-Claude (2014). Relation d'aide en soins infirmiers. Edition Elsevier Masson.

Articles en ligne :

Brunel, M.-L. (1995). La place des émotions en psychologie et leur rôle dans les échanges conversationnels. *Santé mentale au Québec*, 20(1), 177–205.

Claudon, P. & Weber, M. (2009). L'émotion: Contribution à l'étude psychodynamique du développement de la pensée de l'enfant sans langage en interaction. *Devenir*, 1(1), 61-99.

Dantzer, R. (2002). Introduction-Conclusion. Dans : Robert Dantzer éd., *Les émotions* (pp. 117-122). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.

Phaneuf, M. (2011). La relation soignant-soigné : rencontre et accompagnement : vers l'utilisation thérapeutique de soi, Montréal : Chenelière éducation.

PRAHIN, Jean-Jacques. Émotions de soignant, émotions de soigné : *Soins*, n°634, Avril 1999, pp. 13-16.

Prayez, P. (2009). Distance professionnelle et qualité du soin, Ed. Lamarre, Coll.

Riout, Catherine. La juste distance : *Soins*, n°652, Février 2001, pp.37-39

Thizy, C. (2013). L'écoute, un outil précieux aux soignants. Jusqu'à la mort accompagner la vie, 2(2), 47-53.

Truc, H., Alderson, M. & Thompson, M. (2009). Le travail émotionnel qui sous-tend les soins infirmiers: une analyse évolutionnaire de concept. *Recherche en soins infirmiers*, 2(2), 34-49.

Conférences

Conférence INSERM : “Le cerveau, fabrique de nos émotions” (24 septembre 2020)
<https://www.inserm.fr/actualites-et-evenements/actualites/conference-cerveau-fabrique-nos-emotions>

Textes législatifs :

Code de la santé publique (version en vigueur au 04 mai 2021) article R.4311-2 et 4311-5

Périodiques

Durand J. La relation d’aide, un soin de haute technicité. Soins, décembre 2008, n°731.p32-34.

Daydé M. La relation d’aide en soins infirmiers. Soins, décembre 2008, n°731.p35-38.

Friard D. L’intelligence émotionnelle. Santé mentale, avril 2013, n°177.p30-35.

Lacroix M. La relation d’aide, un projet thérapeutique. La revue de l’infirmière, juillet 2008, n°142.p43-45.

Langlais G. De l’émotion dans le soin. Infirmière Magazine, 2010, n°262.p22.

Sender E. Les émotions sont contagieuses comme des virus. Sciences et Avenir, 2019.

Sites internet

www.larousse.fr

<https://theconversation.com/affects-emotions-sentiments-quelles-differences-92768>.

www.pedialol.org (Martine Ruszniewski. Les mécanismes de défense dans la relation médecin-malade : confrontation à la maladie grave (décembre 2001))

http://www.lexpress.fr/actualite/sciences/emotions-ce-que-la-science-nous-revele_494466.html?p=6

O’DY Sylvie. Amour, tristesse, joie, colère... Émotions, ce que la science nous révèle. (L’Express, le 2 décembre 1999)

Cours magistraux PFPS CHU Rennes :

Le Bihan, C (3 septembre 2019). La relation d’aide. [Présentation Powerpoint]

Image de couverture :

Image tirée du site pinterest “comedy and tragedy masks”.

LISTE DES ANNEXES

Annexe I : Guide d'entretien réalisé auprès de deux infirmières

Annexe II : Retranscription de l'entretien réalisé avec Mme A., IDE 1

Annexe III : Retranscription de l'entretien réalisé avec Mme N., IDE 2

Annexe IV : Tableaux d'analyse des entretiens réalisés auprès de deux infirmières

Annexe I : Guide d'entretien réalisé auprès de deux infirmières

Introduction de l'entretien :

Je suis Laura Goiset, j'ai 34 ans et je suis étudiante en troisième année d'école d'infirmière.

Je suis actuellement en stage dans le service gynécologie, chirurgie plastique à l'Hôpital sud de Rennes.

Dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de fin d'étude qui porte sur la place des émotions au sein de la relation d'aide auprès du patient, je souhaiterais vous poser des questions. Vos réponses, le partage de votre expérience vont me permettre d'enrichir mes recherches et ainsi de réaliser une analyse plus aboutie.

Afin de faciliter l'analyse de mon travail, l'entretien que nous allons avoir sera enregistré si vous l'acceptez, nos échanges seront utilisés dans le cadre de mes recherches et cela restera anonyme.

Questions :

Pouvez-vous vous présenter ?

Depuis combien de temps exercez-vous le métier d'infirmier(e) ?

Quel a été votre parcours professionnel ?

Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service/cette structure ?

Avez-vous suivi des formations particulières ?

La relation d'aide :

- Dans votre pratique, dans quel contexte établissez-vous une relation d'aide ?
- Avec votre expérience, des éléments ont-ils fait évoluer votre façon d'agir ?
- Dans le cadre de votre travail, quelle place accordez-vous à la relation d'aide ?
- Avez-vous récemment mis en place une relation d'aide ? (problématique personnelle, problématique dans le service ...). Pouvez-vous me décrire la situation ?
- Au cours de votre expérience, observez-vous une évolution dans la façon d'entrer dans la relation d'aide ? A quoi l'attribuez-vous ? Avez-vous des exemples en mémoire ?

Objectif :

- *Appréhender la vision des soignants,*
- *Connaître les stratégies mises en œuvre dans la mise en place d'une relation d'aide entre le soignant et le patient.*

Les émotions :

- A quoi êtes-vous attentif dans la qualité de la relation ?
- Vous est-il arrivé que certains états émotionnels émanant du patient aient un impact sur vos propres émotions ?
- Pouvez-vous me parler de cette ou ces expériences ?
- Dans cette ou ces situations évoquées comment avez-vous réagi/accueilli ces émotions ?

- Au regard de votre expérience, pensez-vous qu'il est important que l'IDE extériorise ses émotions ? Auprès de qui ?
- Y a-t-il des situations où vous vous autorisez à ce qu'elles s'expriment dans la relation de soin ?
- Dans le sens contraire, y a-t-il des situations où vous vous l'interdisez ?
- La manière dont vous abordez vos émotions et celles du patient a-t-elle évolué dans votre pratique professionnelle et particulièrement dans la relation d'aide ? Comment l'expliquez-vous ?

Objectif :

- *Connaître les situations à l'origine de la survenue de certaines émotions dans l'exercice du métier, connaître les émotions éprouvées en fonction du contexte, des personnes, des événements,*
- *Connaître le positionnement du soignant sur la conduite à adopter face à l'émergence d'émotions et sur le concept de professionnalisme dans le cadre du métier d'IDE,*
- *Connaître l'impact que peuvent avoir les émotions sur sa relation avec le bénéficiaire de soins (en termes de prise en soin, de relation de confiance, de distance relationnelle, etc.),*
- *Quels sont les différents facteurs qui influencent la maîtrise des émotions ?*
- *Existe-t-il des moyens personnels dont disposent le soignant pour faire face aux émotions ? (Conscience de ses limites personnelles, professionnelles, environnementales)*

Conclusion :

Nous arrivons à la fin de l'entretien, souhaitez-vous apporter d'autres informations sur le sujet ? Sur le déroulement de l'entretien ?

Je vous remercie vraiment pour le temps que vous m'avez accordé.

Annexe II : Retranscription de l'entretien réalisé avec Mme A., IDE 1

ENTRETIEN IDE 1 – Mme A (31 ans)

ESI : Pouvez-vous vous présenter ?

IDE 1 : Je suis infirmière depuis 2012, 9 ans cette année de diplôme (diplômée en 2012). J'ai exercé exclusivement à la clinique de Combourg en service de médecine spécialisé en soins palliatifs en Soins de Suite et Réadaptation et dans le service état Végétatif Chronique/état Pauci-relationnel.

ESI : Avez-vous suivi des formations particulières ?

IDE 1 : J'ai eu une formation en 2013-2014 spécialisée pour la prise en charge des patients dans le service état végétatif chronique car c'est un peu particulier. J'ai fait aussi une formation représentant du personnel étant donné que je suis trésorière, une formation humanité. En 2020, j'ai fait mon DU cicatrisation et plaie à Caen. Cette année, je suis en formation DIU en professionnalisation en parcours de plaie. C'est une formation dans la continuité du DU plaie cicatrisation mais plus axé afin d'ouvrir une unité de télémédecine. En revanche c'est en distanciel donc c'est plus compliqué.

La relation d'aide

ESI : Quelle est selon vous une relation d'aide ? Quels sont ses objectifs ?

IDE 1 : La relation d'aide est un terme qui me paraît nouveau car on parle plus de relation soignant/soigné et de la triangulaire soignant/soigné/famille. Après je pense que la relation d'aide rentre plus dans une démarche de communication et d'aide par la communication auprès du patient.

ESI : Dans votre pratique, dans quel contexte établissez-vous une relation d'aide ?

IDE 1 : La relation d'aide, c'est quelque chose que j'effectue au quotidien. Après cela s'inscrit dans une démarche naturelle, ce n'est pas forcément réfléchi. Pour moi, la relation d'aide s'inscrit dans la prise en soin globale du patient et de sa famille. La relation d'aide avec le patient est d'autant plus importante aujourd'hui avec la crise sanitaire car les visites ont été dans un premier temps interrompues. Donc il y a eu une longue période sans visites pour les patients et ils ont dû se contenter de « coup de fils » pour ceux qui pouvaient. Aujourd'hui même si elles sont à nouveau autorisées, elles sont limitées dans le temps à 30 minutes par visite et 2 fois par semaine. Ces restrictions ont développé chez certains patients des formes d'anxiété et de stress pour eux de ne pas voir leur famille. Donc c'est important de passer plus de temps avec eux et d'être à leur écoute.

C'est quelque chose que nous avons vraiment ressenti ces derniers mois. Aujourd'hui, après les visites, quand nous les ramenons dans leur chambre, ils sont livrés à eux-mêmes. Donc on essaye de faire un débriefing avec eux, de dédramatiser la situation. Donc on passe plus de temps avec eux, c'est vraiment important. En plus avec le masque, les patients ont des difficultés à se familiariser avec notre visage, ils ne savent pas à qui il s'adressent, donc il est vraiment nécessaire de passer plus de temps avec eux.

ESI : Avec votre expérience, des éléments ont-ils fait évoluer votre façon d'agir ?

IDE 1 : La relation d'aide a forcément évolué entre le moment où j'ai été diplômée et aujourd'hui car on gagne en maturité. Au début de mon activité, je ne m'accordais pas autant de temps à communiquer avec les patients. J'avais plus la tête dans le guidon, à réussir à faire tous mes soins

dans la journée. Je n'avais pas non plus assez de recul, ni de vécu. Avec le recul, j'ai réalisé qu'il est primordial de se poser avec le patient et d'échanger afin de retrouver une démarche de confiance. Avec mon expérience, j'ai appris à communiquer et à me poser avec le patient.

Quand on débute dans le métier, la relation d'aide n'est pas facile à mettre en place en fonction des sujets et des thématiques. On peut être amené à fuir les questions car ce que l'on apprend en formation représente 50% du sujet et du professionnalisme, les 50% restants s'apprendront par l'expérience.

ESI : Dans le cadre de votre travail, quel place accordez-vous à la relation d'aide ?

IDE 1 : J'accorde une place primordiale à la relation d'aide car c'est en instaurant cette communication que le patient nous fait confiance et qu'il accepte les soins. De fait, il accepte de se livrer car il y a certains patients qui sont plus renfermés sur eux-mêmes et c'est par cette démarche de relation d'aide, que nous les comprenons et qu'on comprend ce qu'ils ressentent.

Il faut d'abord avoir cette relation d'aide avant de faire un soin. Un soin, ce n'est pas qu'un simple acte technique. Il faut expliquer au patient ce qu'on va lui faire, le but du geste, et que le patient accepte le soin ensuite.

Au sein de mon service, je suis confrontée à des patients qui ont besoin de soins longue durée ce qui nécessite 2 à 3 mois d'hospitalisation donc c'est important qu'ils se familiarisent avec nous. Et dans le service soins palliatifs, la relation d'aide est tout aussi importante car ils restent longtemps. Nous avons actuellement un patient qui est là depuis 6 mois.

ESI : Pouvez-vous m'en dire plus sur la notion triangulaire patient/soignant/famille que vous avez évoqué précédemment ?

IDE 1 : On retrouve notamment cette triangulaire en soins palliatifs pour établir une bonne communication et une relation d'aide.

ESI : Avez-vous récemment mis en place une relation d'aide ? Pouvez-vous me décrire la situation ?

IDE 1 : Il y a 15 jours, il y a un patient qui est arrivé en soins palliatifs. Il venait pour une dénutrition. Il avait fait une pancréatite il y a un an et suite à cette pancréatite son organisme était complètement dérégulé. Il était porteur d'une stomie. Il avait perdu 30 kg le faisant passer de 90 à 60 kg. Sa famille était déjà très inquiète par rapport à cette perte de poids. Pendant le week-end, il a développé une infection et en lisant son dossier on s'est aperçu qu'il avait un début de masse cancéreuse métastasée au niveau digestif. Mais la famille n'était pas au courant car le diagnostic d'annonce n'avait pas été fait. Ce patient avait 4 enfants : un en Angleterre, un en Martinique et les 2 autres en métropole. On a eu la visite de ses enfants les plus proches dans le week-end et des coups de fils des 2 autres enfants. Les enfants ne reconnaissaient par leur père qui était auparavant hospitalisé pendant 3 semaines à St Yves puis maintenant à Combourg. Les enfants voulaient emmener leur père aux urgences pour le soigner au plus vite mais n'étaient toujours pas au courant de la situation médicale et critique de leur père.

Donc on a instauré cette relation de confiance avec la famille, nous avons discuté longuement avec eux en leur disant que leur papa était bien traité au niveau de la douleur...il était sous antibiothérapie. C'était assez compliqué à gérer comme situation. Au bout de 45 minutes, ils ont compris la situation malgré l'angoisse ressentie.

Les émotions

ESI : A quoi êtes-vous attentif dans la qualité de la relation ?

IDE 1 : Je suis attentive à ce que le corps médical et la famille soient sur la même longueur d'onde. Je m'assure que le diagnostic soit connu de tous, qu'ils soient réceptifs et qu'on soit sur les mêmes bases.

ESI : Vous est-il arrivé que certains états émotionnels émanant du patient aient un impact sur vos propres émotions ?

IDE 1 : OUI, il y a des situations qui nous impactent plus. On peut se projeter sur notre propre vie, nos propres situations. On ne peut pas supprimer « le transfert » par rapport à notre propre vie, c'est spontané.

ESI : Pouvez-vous me parler de cette ou ces expériences ?

IDE 1 : Des situations avec des jeunes mamans qui ont des enfants sont plus difficiles à gérer. Il faut pouvoir parler aux enfants avec des mots simples et niveau émotion il faut reprendre sa respiration pour y aller. Ils nous arrivent de pleurer avec les familles, ce n'est pas dérangeant...mais il ne faut pas que la famille sente une faille dans le service. Mais on reste humains avant tout. Il faut pouvoir contrôler ses émotions.

ESI : Au regard de votre expérience, pensez-vous qu'il est important que l'IDE extériorise ses émotions ? Auprès de qui ? Y a-t-il des situations où vous vous autorisez à ce qu'elles s'expriment dans la relation de soin ?

IDE 1 : Je ne parle pas trop de mes émotions à ma famille, c'est le travail. Et d'ailleurs si j'en parlais trop, je me dirais qu'il faut que j'arrête ce métier. Par contre avec mes collègues, on en parle, on pleure entre nous. On prend le temps de rigoler, de dédramatiser les situations. On peut également extérioriser nos émotions quand on fait nos réunions « soins palliatifs » une fois par semaine. On peut parler librement sachant que l'on retrouve le médecin, le psychologue, les infirmiers...chacun parle librement en fonction de sa spécialité et c'est intéressant d'échanger avec d'autres professionnels.

ESI : Dans le sens contraire, y a-t-il des situations où vous vous l'interdisez ?

IDE 1 : OUI, des fois entre collègues on se dit « je ne peux pas y aller ». On travaille en binôme donc l'une ou l'autre peut gérer la situation. C'est plus compliqué de gérer une situation où on connaît le patient (exemple : le grand-père de mon conjoint). On passe le relais à son collègue car on connaît ses limites.

ESI : La manière dont vous abordez vos émotions et celles du patient a-t-elle évolué dans votre pratique professionnelle et particulièrement dans la relation d'aide ? Comment l'expliquez-vous ?

IDE 1 : Oui elle a évolué par rapport à l'expérience, avec les situations qui pourraient être similaires à ce que j'ai connues.

ESI : Au cours de votre expérience, observez-vous une évolution dans la façon d'entrer dans la relation d'aide ?

IDE 1 : OUI certainement en prenant plus le temps. Je m'assois près du patient alors qu'auparavant je restais debout. Je sais distinguer qui a besoin plus d'aide que d'autres. Je m'adapte aussi aux personnes à qui je fais face.

*ESI : Nous arrivons à la fin de l'entretien, souhaitez-vous apporter d'autres informations sur le sujet ?
Sur le déroulement de l'entretien ?*

IDE 1 : C'est intéressant de participer à ce type d'entretien car ça nous permet de voir notre évolution. On se pose des questions, on se remet en questions. Pour l'évolution personnelle c'est bien.

ESI : Pensez-vous que d'ici 5 ans, vous aborderez les choses différemment ?

IDE 1 : oui c'est sûr mais ça dépendra du service, de mon lieu de travail...

ESI : je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé.

Annexe III : Retranscription de l'entretien réalisé avec Mme N., IDE 2

ENTRETIEN IDE 2 – Mme N.

ESI : Pouvez-vous vous présenter ?

IDE 2 : Je suis Nathalie, j'ai obtenu mon diplôme en 1999. J'ai fait ma formation au Mans dans un hôpital psychiatrique. Il y avait la moitié des formateurs spécialisés dans la formation psy et l'autre moitié en formation générale. J'ai commencé à travailler à l'hôpital de Mayenne de nuit en long séjour, j'ai fait également du bloc opératoire et de la salle de réveil. J'ai ensuite travaillé dans une clinique à Laval en digestif et en urologie. Puis jusqu'en 2002 j'ai travaillé à l'hôpital de Laval dans un service de Soins de Suite et Réadaptation (structure accueillant 80 patients). Depuis mars 2002, je travaille au CHU de Rennes. J'ai pu travailler en gériatrie pendant 1 an, 5 ans en chirurgie digestive/cancérologie (Ouessant) puis 5 ans en diabétologie. J'ai pris une disponibilité de juillet 2012 à janvier 2016. Depuis janvier 2016, je suis en gynécologie/chirurgie plastique.

ESI : Avez-vous suivi des formations particulières ?

IDE 2 : Oui sur la prise en charge des patients porteurs de stomies et les différents appareillages lorsque j'étais en chirurgie digestive. J'ai eu la possibilité de faire une formation sur la prise en charge de la douleur en cancérologie, sur les gestes d'urgence, sur la diabétologie.

Plus récemment, j'ai fait la demande pour une formation "communication thérapeutique" pour la prise en charge dans les soins, dans l'objectif de détendre les patients lors des soins et peut être moins leur donner de traitement médicamenteux.

La relation d'aide

ESI : Quelle est selon vous une relation d'aide ? Quels sont ses objectifs ?

IDE 2 : C'est aider le patient à vivre au mieux son hospitalisation dans son bien-être à lui, dans sa compréhension de ce qui lui arrive et de ce qu'on lui fait. Qu'il ait toutes les informations qui lui permettent de comprendre et d'accepter la situation dans laquelle il est.

ESI : Dans votre pratique, dans quel contexte établissez-vous une relation d'aide ? Dans le cadre de votre travail, quelle place accordez-vous à la relation d'aide ?

IDE 2 : Dans tous les soins, dans tout ce qu'on fait auprès du patient, nous sommes toujours plus ou moins dans la relation d'aide, en tous cas dans l'explication, essayer qu'il soit plus confortable et qu'il vive au mieux son hospitalisation. Pour moi, on est toujours un peu dans une relation d'aide, quoique l'on fasse. Effectivement on va faire attention à ce qu'il soit bien, en fonction de comment il est : fermé ? pas fermé ? Notre attitude va changer en fonction de comment est le patient, comment on le ressent. Dans ma pratique, j'ai pas l'impression de faire comme on apprend à l'école "On va faire une relation d'aide", je ne vais pas planifier une relation d'aide, ça va être vraiment sur le moment. Cela peut être la mise en place d'une aide psychologique au patient en proposant la visite d'un

psychologue par exemple. sauf que ce sera différé car ce ne sera pas moi. Si c'est moi qui suis présente, je vais avoir des difficultés à la différer, je ne peux pas me permettre de dire "Vous n'êtes pas bien, je reviens tout à l'heure".

ESI : Pour vous, si je comprends bien, la relation d'aide est continue ?

IDE 2 : Oui.

ESI : Avec votre expérience, des éléments ont-ils fait évoluer votre façon d'agir ?

IDE 2 : J'ai plus d'assurance et de maîtrise dans ce que je fais, je suis plus sûre de moi. C'est plus facile d'aider une personne quand nous maîtrisons plus les soins. L'expérience fait qu'on va pouvoir déceler si ça va ou ça ne va pas. Puis des fois ce sont des petites choses où on se dit qu'il va falloir creuser et poser des questions. C'est l'expérience qui change cette façon de faire. Je pense qu'au départ quand on commence, on est plus dans le soin et dans sa maîtrise avant de rentrer dans une vraie relation d'aide. On a déjà tellement de choses à gérer.

ESI : Avez-vous récemment mis en place une relation d'aide ? (problématique personnelle, problématique dans le service ...). Pouvez-vous me décrire la situation ?

IDE 2 : J'ai pris en charge récemment une patiente qui était à J+3 de son intervention. On me fait des transmissions comme quoi elle est complètement fermée, elle ne veut rien, une patiente qui est migraineuse en plus, qui a des vertiges de Ménière. Elle n'ouvre pas les yeux. On me dit que dès qu'on lui parle, on a l'impression de l'ennuyer. Mes collègues ont le sentiment de ne pas pouvoir entrer en communication avec elle. J'ai eu la chance de voir cette patiente avant son intervention car c'est moi qui a fait son entrée. Au moment où je l'ai accueillie, elle était inquiète mais elle posait des questions. Du coup la description qu'on m'a faite d'elle ne correspondait pas du tout à la personne que j'avais pu voir quelques jours auparavant. Le fils de la patiente m'avait dit que lorsqu'elle était en crise comme cela, la seule chose à faire c'était d'attendre. Finalement, tout l'après-midi, on a travaillé en collaboration avec l'aide-soignante, il fallait qu'on puisse entrer en communication avec elle. Nous devions lui mettre une ceinture de maintien car c'est une patiente qui avait eu une laparotomie, il fallait qu'elle l'accepte. Donc à chaque fois, j'ai balisé les soins, je lui décrivais tout ce que je faisais pour lui expliquer les raisons et ainsi pouvoir réaliser son premier lever. Le fait d'avoir tout anticipé, cela s'est bien passé, nous avons été avec l'aide soignante à chaque passage. La patiente a même plaisanté et elle s'est assise au bord du lit. Je l'ai prévenu avant chaque acte, j'ai anticipé, on l'a fait à 2, ce qui est réconfortant. Nous avons réussi à la sortir de son mutisme.

Le fait d'avoir réussi à s'asseoir au bord du lit lui a apporté quelque chose de positif et cela l'a remis sur une autre trajectoire, elle était satisfaite d'elle. Nous avons réussi à avoir des échanges.

Les émotions

ESI : A quoi êtes-vous attentif dans la qualité de la relation ?

IDE 2 : La question n'est pas évidente.

Déjà moi je vais toujours leur demander "Comment allez-vous?", ce n'est pas un oui ce n'est pas un non. On voit comment ils sont, on essaye de discuter, il est vrai que moi je vais dire beaucoup de bêtises. Je pense que des fois le fait de rire cela déstresse aussi et d'expliquer les choses, par exemple lorsqu'ils ont une douleur et de les rassurer.

Cela passe aussi par l'honnêteté, c'est à dire que si je n'ai pas la réponse à leur question, c'est leur dire la vérité "non je n'ai pas la réponse mais je vais me renseigner, je reviens vers vous". C'est aussi donner une réponse même si on ne sait pas. C'est être honnête avec le patient.

ESI : Vous est-il arrivé que certains états émotionnels émanant du patient aient un impact sur vos propres émotions ?

IDE 2 : Oui je suis une madeleine. J'ai une situation qui me vient en tête.

ESI : Pouvez-vous me parler de cette ou ces expériences? Dans cette ou ces situations évoquées comment avez-vous réagi/accueilli ces émotions ?

IDE 2 : C'était un patient en chirurgie digestive qui s'était fait opérer d'un cancer du côlon. C'est un monsieur qui avait de jeunes enfants, il avait quelques années de plus que moi, mais du coup j'ai fait un transfert. Lorsque le médecin était là, j'étais présente également, il lui expliquait ce qu'il allait se passer par la suite et notamment la chimiothérapie. Et lorsque le patient a dit qu'il allait se battre pour ses enfants et bien je ne me suis pas sentie bien. Je suis sortie de la chambre à ce moment mais je suis retournée voir le patient quelques instants plus tard afin de m'excuser et on a pu discuter. Mais sur le coup, c'était trop dur.

Je pense qu'il y a une notion de contrôle, de maîtrise des émotions dans notre profession. Moi je ne sais pas les maîtriser et je n'y arrive pas, je pleure comme je ris. J'ai toujours été comme ça et cela peut partir très vite. Je suis incapable de contrôler mes larmes. Je crois que je suis issue d'une famille où on pleure facilement. Mais des fois cela peut être gênant.

On est aussi humains et les patients s'en rendent bien compte. Ils savent bien qu'on est là et que pour nous c'est aussi difficile quand on se prend plein d'émotions, plein de choses qui ne vont pas pour les patients. Et quand les patients vont bien on est super content. C'est dans un sens comme dans l'autre, on prend les joies et les peines.

ESI : Au regard de votre expérience, pensez-vous qu'il est important que l'IDE extériorise ses émotions ? Auprès de qui ?

IDE 2 : Je pense que c'est important de ne pas les garder pour soit oui.

Le conjoint c'est assez difficile car des fois ils en ont marre quand on rentre et qu'on n'est pas bien. On discute quand même énormément entre collègues, dans le service gynécologie, on a une super équipe donc quand il y a quelque chose qui ne va pas que ce soit personnel ou professionnel on en parle entre nous. On est proches les unes des autres donc on peut discuter et ça fait du bien. Je pense aussi aux psychologues qui passent dans le service et je pense que si l'équipe est en souffrance par rapport à un patient, ils nous écoutent aussi. Ils prennent du temps pour nous écouter. Je pense

que ça fait du bien de temps en temps de pouvoir discuter avec eux. Et puis à l'extérieur aussi ... au bout d'un moment on finit par voir un psychologue nous aussi à force de les proposer aux patients (rires).

ESI : Y a-t-il des situations où vous vous autorisez à ce qu'elles s'expriment dans la relation de soin ?

IDE 2 : Dans nos relations, nos sentiments, nos émotions, se transmettent. On n'a pas la même relation avec un patient avec qui ça se passe bien.

J'ai un exemple avec une patiente où d'emblée j'ai dû me fâcher parce qu'elle avait décidé qu'elle voulait faire telle chose à ce moment-là. Et là on rentre dans une relation conflictuelle d'emblée. C'est délicat après de revenir sur ça et de recréer un lien de confiance.

Les émotions entrent dans la relation, le fait de se poser, l'intonation de la voix, s'asseoir au bord du lit, prendre une main, quand on fait cela forcément on met de soi aussi.

ESI : Dans le sens contraire, y a-t-il des situations où vous vous l'interdisez ?

IDE 2 : Justement quand tu as quelqu'un d'antipathique devant toi. J'ai eu le cas d'un patient quand j'étais en diabétologie, qui était raciste mais à un point qui le clamait partout dans le service. Sa famille n'était pas satisfaite car il était en chambre double. On avait à ce moment-là un monsieur qui était d'origine vietnamienne qui était en fin de vie. On a expliqué au patient mécontent qu'il ne pouvait pas avoir de chambre seul car il y avait quelqu'un qui était en fin de vie et qui nécessitait des conditions particulières. Sa réponse "Tant mieux ça va en faire un de moins". Là c'est difficile... j'ai franchement fait mes soins comme un robot. Il avait besoin de son injection, je lui ai fait son injection, il avait besoin de ses médicaments, je lui ai donné ses médicaments, je lui ai demandé s'il avait mal bien évidemment mais c'est resté une relation minimale. Il y a bien quelque chose qui se passe entre ce que me renvoie le patient et ce que je lui donne.

Le cadre était intervenu, son voisin de chambre n'en pouvait plus. C'était terrible, il a eu des propos qui donnent des frissons. Je ne pouvais pas rentrer dans une relation avec lui, plaisanter avec lui ce n'était pas possible, je n'avais plus d'humour là.

J'ai eu des choses dernièrement qui n'étaient pas top, oui ça impacte car tu es fatigué car tu es moins réceptif, parce que tu es moins patient. Quand tout va bien, que tu as bien dormi et que tu es heureux, le patient c'est le roi du monde.

C'est ce que je dis toujours aux étudiants quand vous êtes en stage et qu'il y a quelque chose qui ne va pas, il faut nous le dire. Car dans le comportement on voit que c'est différent. Et avec les patients c'est pareil, ils vont le sentir si ils ont déjà vu la personne.

ESI : La manière dont vous abordez vos émotions et celles du patient a-t-elle évolué dans votre pratique professionnelle et particulièrement dans la relation d'aide ? Comment l'expliquez-vous ?

IDE 2 : Oui je pense que cela évolue mais je ne sais pas, je pense que ce sont des choses qui se font petit à petit, l'âge faisant, l'âge aidant, la maîtrise des choses, je ne sais pas trop. La maîtrise de mes émotions à moi, non, elle n'a pas du tout évolué.

ESI : Mais la façon dont vous accueillez les émotions du patient a-t-elle évolué ?

IDE 2 : Non je ne mets pas plus de barrières, au contraire je pense parler plus facilement, plus ouvertement.

ESI : Nous arrivons à la fin de l'entretien, avez-vous des choses à ajouter sur le thème ?

IDE 2 : La relation avec les patients évolue avec la carrière, au cours des rencontres dans les services, et aussi avec les collègues, avec les formations qu'on peut suivre également. Ce sont les rencontres qu'on fait qui nous forment aussi au fur et à mesure.

ESI : je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé.

Annexe IV : Tableaux d'analyse des entretiens réalisés auprès de deux infirmières

Thème	<u>La relation d'aide</u>					
Sous thème	Conception , Vision	Comment l'IDE l'aborde	Place accordée à la relation d'aide	Visée, Finalités ?		Ce que l'expérience apporte
Items	<p><i>relation soignant-soigné</i></p> <p><i>triangle soignant-patient-famille</i></p> <p><i>un soin n'est pas qu'un acte technique</i></p> <p><i>important, encore plus lorsque la durée d'hospitalisation est longue</i></p> <p><i>aider le patient</i></p> <p><i>apporter quelque chose de positif</i></p> <p><i>qu'il soit bien dans tout ce qu'on fait</i></p> <p><i>vivre au mieux son hospitalisation</i></p> <p><i>son bien-être à lui</i></p> <p><i>compréhension</i></p>	<p><i>prise en soin globale du patient et de sa famille</i></p> <p><i>pas forcément réfléchi</i></p> <p><i>nous les comprenons, on comprend ce qu'ils ressentent</i></p> <p><i>s'adapter</i></p> <p><i>on est toujours dans une relation d'aide quoique l'on fasse</i></p> <p><i>travail en collaboration avec l'AS</i></p> <p><i>difficulté à différer</i></p> <p><i>attitude change en fonction du patient (adaptation d'attention nécessaire)</i></p>	<p><i>avant le soin</i></p> <p><i>j'effectue au quotidien</i></p> <p><i>primordial</i></p> <p><i>démarche naturelle</i></p> <p><i>relation d'aide continue</i></p> <p><i>je ne planifie pas, ça va être sur le moment</i></p>	<p><i>passer du temps</i></p> <p><i>être à l'écoute</i></p> <p><i>instauration communication</i></p> <p><i>discuter longuement, échanger</i></p> <p><i>instaurer une relation de confiance</i></p> <p><i>expliquer au patient le but du geste</i></p> <p><i>se familiariser avec nous</i></p> <p><i>il accepte les soins</i></p> <p><i>il accepte de se livrer</i></p> <p><i>démarche de confiance</i></p>	<p><i>entrer en communication</i></p> <p><i>réussir à avoir des échanges</i></p> <p><i>baliser les soins</i></p> <p><i>décrire les soins</i></p> <p><i>expliquer les raisons</i></p> <p><i>prévenir, anticiper</i></p> <p><i>réconforter</i></p> <p><i>accepter sa situation</i></p> <p><i>acceptation des soins</i></p>	<p><i>prendre plus de temps</i></p> <p><i>gagner en maturité</i></p> <p><i>difficulté à mettre en place une relation d'aide lorsqu'on n'a pas trop d'expérience, vision du soin</i></p> <p><i>faire des questions</i></p> <p><i>j'ai appris à communiquer avec le patient, à me poser</i></p> <p><i>plus d'assurance et de maîtrise dans ce que je fais/plus facile d'aider, plus sûre de moi.</i></p> <p><i>quand on commence, on est plus dans le soin et dans sa maîtrise avant de rentrer dans une vraie relation d'aide</i></p> <p><i>relation avec les patients évolue avec la carrière, Les rencontres qu'on fait nous forgent aussi au fur et à mesure.</i></p>

Sous thème	Conception , Vision	Comment l'IDE l'aborde	Place accordée à la relation d'aide	Visée, Finalités ?		Ce que l'expérience apporte
Points essentiels	Relation soignant-soigné Démarche d'aide, Compréhension (bienveillance, empathie) Bien-être	Primordial Naturel Non réfléchi Démarche intégrée Adaptation d'attention nécessaire	Fait partie du quotidien Omniprésente Spontané	Présence Ecoute Communication Relation de confiance Acceptation des soins Posture d'écoute		Assurance, maturité, adaptation, Maîtrise Evolution en fonction des rencontres Posture réflexive

Thème	Les émotions					
Sous thème	Qualité de la relation	Impact des émotions des patients sur l'IDE	L'extériorisation des émotions par l'IDE	Extériorisation des émotions Ce qui est mis en place ...	Extériorisation des émotions Se l'interdit-on ? Dans quels cas ?	Ce qui a été mis en place avec l'expérience, le recul, le vécu ?
items	<p>Attentive à ce que le corps médical et le patient soient sur la même longueur d'onde</p> <p>S'assurer d'être sur les mêmes bases</p> <p>Toujours leur demander comment ils se sentent</p> <p>Voir comment ils sont</p> <p>Essayer de discuter</p> <p>Expliquer les choses</p>	<p>Il y a des situations qui nous impactent plus</p> <p>Se projeter sur nos propres vies, nos propres situations</p> <p>Difficulté à ne pas faire de transfert - c'est spontané</p> <p>Situations avec des jeunes mamans qui ont des enfants, difficile à gérer/parler aux enfants avec des mots simples</p> <p>Émotion = il faut reprendre sa respiration pour y aller</p> <p>On reste humains avant tout</p> <p>J'ai fait un transfert</p>	<p>Il faut pouvoir contrôler ses émotions</p> <p>Important de ne pas les garder pour soit oui</p> <p>Une notion de contrôle</p> <p>Maîtrise des émotions dans notre profession</p> <p>Je ne sais pas les maîtriser / je n'y arrive pas / je pleure comme je ris / J'ai toujours été comme ça</p> <p>Dans nos relations, nos sentiments, nos émotions, se transmettent</p> <p>Pas la même relation avec un patient avec qui ça se passe bien</p>	<p>Ils nous arrivent de pleurer avec les familles, ce n'est pas dérangeant... mais il ne faut pas que la famille sente une faille dans le service</p> <p>Avec mes collègues, on en parle, on pleure entre nous - le temps de rigoler - de dédramatiser les situations</p> <p>Des fois entre collègues on se dit « je ne peux pas y aller », on travaille en binôme donc l'une ou l'autre peut gérer la situation.</p> <p>Extérioriser nos émotions quand on fait nos réunions « soins</p>	<p>Je ne parle pas trop de mes émotions à ma famille, c'est le travail</p> <p>Et d'ailleurs si j'en parlais trop, je me dirais qu'il faut que j'arrête ce métier</p> <p>C'est plus compliqué de gérer une situation <u>où on connaît le patient</u> (exemple : le grand-père de mon conjoint).</p> <p>Le conjoint c'est assez difficile car des fois ils en ont marre quand on rentre et qu'on est pas bien.</p> <p>Un patient qui avait quelques années de plus que moi j'ai fait un transfert lorsque le patient a dit qu'il allait se battre pour ses enfants, je ne me suis pas sentie bien / je suis sortie de la chambre/sur le coup c'était trop dur / je suis retournée</p>	<p>Elle a évolué par rapport à l'expérience - avec les situations qui pourraient être similaires à ce que j'ai connues</p> <p>Oui cela évolue mais je ne sais pas</p> <p>Ce sont des choses qui se font petit à petit - l'âge faisant - l'âge aidant - la maîtrise des choses, je ne sais pas trop</p> <p>La maîtrise de mes émotions à moi, non, elle n'a pas du tout évolué</p> <p>Je parle plus facilement, ouvertement</p>

	<p>Les rassurer</p> <p>L'honnêteté, leur dire la vérité même si on n'a pas toutes les réponses (je vais me renseigner je reviens vers vous)</p>	<p><u>On est aussi humain et les patients le savent</u></p> <p>Difficulté à se prendre plein d'émotions</p> <p>Et quand les patients vont bien on est super content. C'est dans un sens comme dans l'autre,</p> <p>On prend les joies et les peines</p> <p><u>Il y a bien quelque chose qui se passe entre ce que me renvoie le patient et ce que je lui donne.</u></p> <p>Impact - fatigué - moins réceptif - moins patient.</p> <p>Quand tout va bien - tu as bien dormi - tu es heureux - le patient c'est le roi du monde.</p> <p>Les patients ressentent si le soignant en face n'est pas bien</p>	<p>Les émotions entrent dans la relation - se poser - l'intonation de la voix - s'asseoir au bord du lit</p> <p>Prendre une main, on met de soi aussi.</p>	<p>palliatifs » une fois par semaine - parler librement sachant que l'on retrouve le médecin, le psychologue, les infirmier</p> <p>Chacun parle librement en fonction de sa spécialité et c'est intéressant d'échanger avec d'autres professionnels</p> <p>On passe le relais à son collègue - on connaît ses limites</p> <p>Je vais dire beaucoup de bêtises, le fait de rire cela détresse</p> <p><u>On discute quand même énormément entre collègues/On est proches les uns des autres donc on peut discuter et ça fait du bien</u></p> <p>Je pense aussi aux psychologues qui passent dans le service et je pense que si l'équipe était en souffrance par rapport à</p>	<p>m'excuser auprès du patient par la suite, on a pu discuter</p> <p>Quand tu as <u>quelqu'un d'antipathique</u> devant toi</p> <p>Patient raciste : j'ai fait mes soins <u>comme un robot, c'est resté une relation minime</u> / c'était terrible, il a eu des propos qui donnent des frissons / Je ne pouvais pas rentrer dans une relation avec lui - plaisanter avec lui ce n'était pas possible, je n'avais plus d'humour là.</p> <p>Relation conflictuelle d'emblée : C'est délicat après de revenir sur ça et de recréer un lien de confiance</p>	
--	---	---	---	--	--	--

				<p><i>un patient, ils nous écoutent aussi</i></p> <p><i>Et puis à l'extérieur aussi ... au bout d'un moment on finit par voir un psychologue nous aussi à force de les proposer aux patients (rires).</i></p>		
<p>Point essentiel</p>	<p>Attention particulière sur ce que sait le patient et le corps médical</p> <p>Savoir comment le patient se sent</p> <p>Expliquer</p> <p>Rassurer</p> <p>Être honnête</p>	<p>Notion de transfert Spontané</p> <p>“On est humain avant tout”</p> <p>Lien entre ce que renvoie le patient et ce que le soignant donne</p> <p>Ressenti du patient p/r au comportement du soignant</p>	<p>Contrôle, Maîtrise des émotions</p> <p>Transmissions des émotions</p> <p>Les émotions entrent dans la relation</p> <p>On met de soi aussi</p>	<p>Important de ne pas garder pour soi</p> <p>Extériorisation auprès des collègues et du corps médical</p> <p>Passer par l'humour</p> <p>Pleurer avec les patients, la famille</p>	<p>Notion où on évite de tout ramener à la maison/Protection ? Retour aux sources ?</p> <p>Connaître ses limites</p> <p>Savoir passer le relais</p> <p>Situation où on connaît le patient</p> <p>Patient antipathique</p>	<p>IDE 1 : La gestion des émotions a évolué avec l'expérience pour l'une.</p> <p>IDE 2 : La maîtrise de ses propres émotions, non elle n'a pas changé. Mais elle parle plus facilement.</p> <p>=>cela reste propre à chacun en fonction de son vécu, de sa personnalité ?</p>

NOM : GOISET

PRÉNOM : LAURA

TITRE DU MÉMOIRE : Les émotions au sein de la relation d'aide dans les soins infirmiers

Abstract :

My end-of study report discusses the place of emotions in the helping relationship in nursing care. During my internships, I have been confronted with some destabilizing situations in which my emotions and those of the patient had an impact on my way of communicating and, as a result of this, on the establishment of the helping relationship with the patient. The establishment of a helping relationship in nursing care is defined by certain conditions, and emotions interfere in this relationship.

I first put forward the following issue: "In which way does the identification of emotions by the caregiver in the nurse-patient relationship is contributing to the establishment of the helping relationship with the patient?" The interest of this research is to define the notions of "emotion" and "helping relationship", to discuss the place of emotions in the nursing practice, and especially the management of emotions within the helping relationship.

To confront the theory with the field's reality, I then collected data from two nurses with different lengths of professional experience. These enriching interviews complemented the theoretical concepts discussed.

The results of this research work have shown that the helping relationship during patient care is built around several attitudes, including empathy, congruence, active listening and non-judgment. Within this relationship, there is an emotional contagion between the caregiver and the patient. The caregiver needs to control his/her emotions by keeping the right distance and by adjusting to the patient. To do so, the caregiver must be able to identify his/her own emotions and those of the patient so as to build an efficient communication and establish a helping relationship.

Résumé :

Mon travail de fin d'étude aborde le thème de la place des émotions au sein de la relation d'aide dans les soins infirmiers. Lors de mes stages j'ai été confrontée à certaines situations déstabilisantes où mes propres émotions et celles du patient ont eu un impact sur ma façon de communiquer et ainsi sur l'élaboration de la relation d'aide auprès du patient. La mise en place d'une relation d'aide dans les soins infirmiers est définie par certaines conditions et les émotions sont des composantes qui viennent interférer dans cette relation.

Suite à mes réflexions, j'ai tout d'abord mis en avant la problématique suivante : "En quoi l'identification des émotions par le soignant dans le relation de soin participe à la mise en place de la relation d'aide auprès du patient ?". L'intérêt de cette recherche est de définir les notions d'émotion, de relation d'aide, d'aborder la place des émotions dans la pratique infirmière et particulièrement la gestion émotionnelle au sein de la relation d'aide.

Afin de confronter la théorie et la réalité du terrain j'ai ensuite réalisé un recueil de données auprès de deux infirmières ayant une expérience professionnelle de durée différente. Ces entretiens enrichissants ont apporté des compléments aux notions théoriques abordées.

Les résultats de ce travail ont montré que la relation d'aide lors de la prise en charge d'un patient s'élabore autour de plusieurs attitudes : l'empathie, la congruence, l'écoute active et le non-jugement. Au sein de cette relation, il existe un phénomène de contagion émotionnelle entre le soignant et le soigné. Le soignant doit maîtriser ses émotions en gardant une juste distance et s'adapter au patient. Pour pouvoir s'adapter continuellement, le soignant doit être en mesure d'identifier ses propres émotions et celles du soigné, afin d'être dans une communication efficace et donc établir une relation d'aide.

KEYWORDS : emotions, helping relationship, right distance, emotional intelligence, emotional management

MOTS CLÉS : émotions, relation d'aide, juste distance, intelligence émotionnelle, gestion émotionnelle

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.
2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2018 - 2021