

1. Introduction

Au cours de mes trois années de formation en soins infirmiers, je me suis souvent questionnée sur la place des émotions du soignant dans son exercice professionnel. J'ai choisi d'effectuer mon travail de recherche sur le thème de la gestion des émotions des soignants.

Pour l'aborder, je commencerai par relater, dans ma phase contextuelle, une situation vécue en service de soins psychiatriques qui m'a interpellée sur la résonance émotionnelle de la souffrance morale lors d'un entretien d'aide amenant un questionnement sur la juste distance relationnelle.

Un soin relationnel, une rencontre entre deux êtres humains uniques et étrangers l'un à l'autre. L'un a besoin d'aide pour sortir du mal-être de la maladie, l'autre est présent pour l'aider dans l'exercice de sa profession.

La promiscuité de la souffrance, de la douleur, de la fin de vie, de la mort dans les soins infirmiers joue un rôle essentiel dans la prise en charge du patient.

Ceci m'amènera à formuler deux questions de recherche provisoires.

Puis ma phase exploratoire sera dirigée sur des recherches bibliographiques concernant cet effet miroir de la souffrance, les émotions ressenties par l'infirmière et ses conséquences sur la distance dans le soin.

Quand le soin se fait relationnel, la dimension humaine de chacun va resurgir du plus profond de notre être.

Le cadre législatif guide l'infirmière vers son devoir de soutien psychologique et de soulagement de la souffrance morale du patient.

Concernant l'enquête exploratoire, les entretiens semi-directifs m'apporteront des éclairages sur la difficulté de définir et de trouver cette juste distance et sur les ressources internes et externes des infirmiers afin de faire face à la souffrance humaine.

En effet, chaque soignant traîne un bagage émotionnel pouvant être un moteur ou un frein dans ses pratiques professionnelles.

J'énoncerai alors ma première question de recherche.

Ensuite j'exposerai ma phase conceptuelle par la gestion des émotions du soignant avec une intelligence émotionnelle et son lien avec la qualité du soin relationnel en m'appuyant sur le cycle de la qualité de l'AFNOR (Association Française de NORmalisation). L'émergence des émotions soudaines, limitées dans le temps mais se présentant à notre intimité au moment où on ne les attend pas et transparaissant dans notre langage non verbal ainsi qu'une juste distance avec celles-ci permettraient de réduire les écarts de qualité entre le soignant et le soigné.

A la lumière de ces concepts, je modifierai alors ma question de recherche définitive.

Enfin j'exposerai mon hypothèse générale et ses variables dans le cadre théorique.

En dernier lieu, afin de valider ou pas cette hypothèse, je proposerai mon outil de recherche dans mon cadre opératoire. Outil qui ne sera pas testé sur le terrain

En résumé, le soignant en mettant de la distance avec ses émotions conquises par la connaissance de soi et de l'autre pourrait voguer vers la liberté d'aider ...

2. Phase contextuelle

2.1 Situation d'appel :

Etudiante en soins infirmiers en deuxième année, semestre 3, je suis en stage dans une Clinique psychiatrique à la périphérie de Marseille.

La Clinique comprend 100 lits d'hospitalisation répartis en quatre services :

- une unité alcoologie-addictions
- une unité de soins psychiatriques infanto-juvéniles
- deux unités de soins psychiatriques adultes (une pour les patients atteints de névroses, une autre pour ceux atteints de psychoses).

Le psychiatre recueille le consentement du patient car l'hospitalisation est libre.

La sortie définitive doit être autorisée par le psychiatre. En cas de non autorisation, le patient doit signer une déclaration de sortie contre avis médical.

Des permissions de sorties ainsi que les visites sont accordées au bout de 8 jours d'hospitalisation.

Le projet thérapeutique comprend les soins infirmiers (administration des traitements médicamenteux, surveillance du comportement, entretiens infirmiers et évaluation du RUD « Risque/Urgence/Danger » permettant d'évaluer le risque suicidaire en fonction des facteurs de risque et des facteurs de protection), la réinsertion sociale, la psychothérapie, l'ergothérapie, l'art-thérapie, la sophrologie et la diététique.

Un « staff » se tient une fois par semaine pour connaître l'avancée de la prise en charge (de 3 à 4 patients du service) en présence de la directrice des soins, l'infirmière, les psychologues, l'assistant social et les étudiants infirmiers mais en l'absence du médecin psychiatre.

Je suis en stage pour 10 semaines (du 5 septembre au 7 octobre puis du 24 octobre au 25 novembre 2011) dans le service accueillant des patients présentant des troubles névrotiques.

L'univers de la psychiatrie m'est inconnu, nous commençons la deuxième année par ce stage, je n'ai aucune compétence en entretien infirmier.

Soin relationnel qui va s'avérer plus complexe qu'un soin technique car il nécessite la connaissance de soi et la connaissance du psychisme de l'autre.

Les pathologies rencontrées sont : les états anxio-dépressifs, les troubles bipolaires, les phobies et les TCA (Troubles du Comportement Alimentaire).

Ces patients ont conscience de leurs troubles, ils n'ont pas perdu le contact avec la réalité.

Les symptômes de l'état anxio-dépressif sont : baisse de l'humeur ou tristesse, perte d'intérêt ou de plaisir, asthénie, troubles du sommeil ou de l'appétit, difficultés de concentration, indécision...

Ces patients sont aussi suivis par un médecin généraliste résident pour les symptômes somatiques associés tels que : troubles digestifs, tremblements, palpitations, étourdissements, baisse de la libido ...

La situation qui m'a interpellée concerne Mme B. Josiane, 60 ans, dont le diagnostic médical est, à son entrée le 2 novembre 2011, un stress post-traumatique.

Je n'ai jamais rencontré Mme B., mais je sais par son dossier médical que quatre jours plus tôt, le 29 octobre 2011, elle a été victime d'un accident de voiture avec sa petite fille de 8 ans dans lequel cette dernière est décédée. Mme B. en est sortie indemne avec uniquement quelques hématomes.

Transportée par les pompiers vers les urgences de l'hôpital de Manosque, elle est restée quelques jours en service de médecine.

Mme B. a ensuite été adressée, avec son accord, vers la clinique psychiatrique pour syndrome dépressif suite à une situation de deuil aigu.

A noter que Mme B. ne présente aucun antécédent psychiatrique.

Lors de la situation qui va suivre, le 3 novembre 2011, je suis dans ma septième semaine de stage et je suis seule dans le service qui comprend 30 lits d'hospitalisation.

En effet, l'infirmière est partie déjeuner (elle est cependant d'astreinte) et l'aide-soignante est en sortie thérapeutique à l'extérieur.

Mme B., en pleurs, est accompagnée par une autre patiente dans l'infirmierie.

L'appréhension m'envahit.

Je me questionne sur l'accompagnement de Mme B. par cette autre patiente : voulait-elle venir en entretien infirmier ou est-ce la seconde patiente qui l'a convaincue de venir ?

Elle entre dans l'infirmierie, je l'invite à s'asseoir face à moi, sa souffrance psychique est envahissante : elle pleure, elle hurle, se frappe la tête avec les deux mains.

Elle me décrit l'accident dans les moindres détails : la voiture blanche qui double, les tonneaux de sa propre voiture sur cette route nationale du département du Var ... sa petite fille inanimée à l'arrière du véhicule ... les pompiers ... le service d'urgences ... l'annonce du décès ... elle me dit avoir demandé que l'on prenne son corps pour sauver sa petite fille, elle souhaitait mourir à sa place.

Mme B. se sent coupable du décès de sa petite fille, elles étaient très complices.

Elle avait dormie chez Mme B. et cette dernière devait la raccompagner chez ses parents.

Sa souffrance se répercute en moi, mes larmes coulent avec les siennes, je m'accroupis près d'elle et lui prends les mains pour créer un contact physique avec la réalité mais aussi pour qu'elle ne se frappe plus.

Je me sens désemparée face à cette situation, je n'étais pas préparée à cet entretien.

L'expérience me fait défaut.

Je ne peux écouter Mme B., réfléchir à la conduite de mon entretien en même temps et gérer mes émotions

Cette démarche n'est pas spontanée pour moi. Je sens que je décroche.

Où se situe la frontière de la juste distance relationnelle dans cette situation de soin ?

Quelle image je renvoie à Mme B. à ce moment-là ? Une professionnelle de santé ? Une amie qui pleure le décès de sa petite fille ? Je ne suis pas son amie, je suis étudiante infirmière.

Mon comportement m'interroge : où est la distance relationnelle dans cette situation ? Mon discours reste professionnel mais ma posture ne l'est pas.
Suis-je toujours dans un contexte de soin ?

L'entretien infirmier se poursuit même si je suis en proie à mes propres émotions, je ne peux laisser Mme B. dans cet état.

J'ai pris la responsabilité de ne pas aller chercher l'infirmière du service, d'abord pour ne pas la déranger pendant son déjeuner, mais aussi pensant que je ne pouvais laisser Mme B. seule dans l'infirmierie (médicaments à disposition), et je me sentais de plus capable d'assurer cet entretien.

Au fil de l'entretien, elle me parle de cette autre petite fille de 2 ans, sœur de celle décédée, j'essaie de recentrer l'entretien sur elle et répète son prénom (dont je me rappelle, et je ne me souviens pas de celui de sa petite fille décédée).

La propre fille de Mme B. et son gendre, les parents des deux petites filles, la soutiennent malgré leur propre souffrance.

Je recentre aussi mon discours sur les liens familiaux.

Je lui dis que sa douleur restera, qu'elle devra l'appivoiser au fil du temps.

Lorsque Mme B. quitte l'infirmierie, elle ne pleure plus. Quant à moi, je suis dans un état d'épuisement moral conséquent.

Elle sortira contre avis médical le 8 novembre 2011, elle avait besoin de retrouver sa famille.

Cette situation m'amène à formuler deux questions de départ provisoire :

Pourquoi l'expression de la douleur morale du patient peut influencer sur les émotions du soignant ?

Pourquoi les émotions du soignant peuvent parfois entraîner une rupture de la distance relationnelle ?

2.2 Phase exploratoire :

2.2.1 Recherches bibliographiques :

Cette situation vécue lors de ce stage me fait l'effet d'un engrenage : l'expression de sa douleur psychique par la patiente entraîne dans mon esprit des émotions négatives, comme la tristesse, qui m'amène à des larmes et une rupture de distance relationnelle dite « juste ». L'empathie a disparu pour laisser place à la compassion.

L'étude européenne PRESST-NEXT¹ (Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail - Nurses'Early Exit Study), intitulée « *Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant en France et en Europe* » financée par la Commission européenne s'est déroulée entre 2004 et 2006 au sein de dix pays européens dont la France. Cette étude démontre qu'en France 69,5 % des infirmières se plaignent du manque de soutien psychologique dans leur profession, notamment face à la charge émotionnelle.

Il semble alors que la « charge émotionnelle » et sa prise en charge soit une préoccupation importante pour les infirmières françaises de notre siècle. Mes pistes de réflexion vont se diriger vers les éventuelles causes (comme la souffrance du patient) et conséquences (comme la perte ou l'excès de distance relationnelle) des émotions des soignants.

La souffrance :

Afin d'explorer la souffrance humaine, je m'appuie sur le livre de Claude CURCHOD, infirmier, enseignant et consultant « *Relations soignants-soignés : prévenir et dépasser les conflits* » et sur une étude menée en 2006 par quatre professionnels de santé « *La souffrance : représentations et enjeux* ».

Claude CURCHOD reprend la définition d'Eric J. CASSELL, professeur américain de santé publique : la souffrance est « *une détresse sévère associée à des événements qui menacent l'intégrité de la personne* »².

Ce qui semble menacer l'intégrité du soigné est la perte de sa pleine santé avec, par exemple, une diminution de l'autonomie, un handicap physique ou mental, la peur de la mort ...

Trois dimensions de la souffrance ont été mises en évidence par le Dr Serge DANEALD exerçant la médecine palliative à domicile et à l'unité de soins palliatifs au CHU de Montréal :

- « *Souffrir, c'est être violenté*
- *Souffrir, c'est être privé en même temps que submergé*
- *Souffrir, c'est appréhender, c'est avoir peur* »³.

¹ ESTRYN-BEHAR, M. (2008). *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Rennes: Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), p.33.

² CURCHOD, C. (2009). *Relations soignants-soignés : prévenir et dépasser les conflits*". Issy-les-Moulineaux: Masson, p.176.

³ Ibid. p.176.

On comprend la violence de cette souffrance physique ou psychique, le soigné fait le deuil de qui il était avant la maladie, il est privé d'une part de lui-même et submergé par cette nouvelle personne qu'il doit accepter, il appréhende son futur incertain, si différent de son passé.

L'étude menée en 2006 par Lionel DANY, psychologue, Anne DORMIEUX, cadre de santé, Francette FUTO, infirmière clinicienne et Roger FAVRE, médecin chef au sein du service d'oncologie médicale, au CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de la Timone à Marseille a été effectuée auprès de 25 patients et 30 soignants, elle questionne « *la souffrance comme objet de la relation de soin et comme expérience commune de cette relation* »⁴.

Les auteurs se sont appuyés sur deux guides d'entretiens différents pour les deux populations comprenant chacun six thèmes.

Les infirmières interrogées confirment les caractéristiques de violence, de privation, de submersion et d'appréhension de la souffrance.

Elles disent : « *c'est comme un envahissement de la personne, et ... c'est très difficile à gérer* », « *c'est l'isolement d'un individu, au niveau social, familial, affectif* »⁵.

En reprenant les propos des infirmières dans cette enquête, la souffrance « *c'est la douleur, c'est la même chose* »⁶.

Cependant les deux termes s'entrecroisent fréquemment, la souffrance comporte un caractère englobant « *la douleur physique, psychologique, le mal-être* »⁷, elle atteint toutes les dimensions de l'être humain comprenant aussi « *une souffrance spirituelle* »⁸.

Pourquoi la souffrance atteint-elle toutes les dimensions (physique, psychique, sociale et spirituelle) de l'être humain ?

Je me rends compte que la définition n'est pas aussi simple que ce que l'on peut penser.

Il existe plusieurs dimensions de la souffrance s'imbriquant les unes dans les autres.

Et cette souffrance du soigné peut alors atteindre le soignant car « *tout soin commence par l'épreuve de l'altérité* »⁹.

Un patient, un soin, une infirmière.

Le soin est le lien entre ces deux êtres humains qui ne se connaissent pas et se rencontrent dans des conditions souvent difficiles en fonction des services hospitaliers ou de la pathologie. La difficulté est que le lien tienne et ne se brise pas entre une personne considérée comme vulnérable et l'autre comme compétente face à cette vulnérabilité.

⁴ DANY, L., DORMIEUX, A., FUTO, F., & FAVRE, R. (mars 2006). La souffrance : représentation et enjeux. *Recherche en soins infirmiers n° 84*, p.92

⁵ Ibid. p.97.

⁶ Ibid. p.96.

⁷ Ibid. p.97.

⁸ Ibid. p.98.

⁹ Op. cit. CURCHOD, C. p.174.

Tout ceci nous renvoie en miroir à « *qui nous sommes* », « *à nos propres destinées* »¹⁰.

Pourquoi le soignant se reflète-t-il dans le soigné ?

Dans l'article de DANY & al., les auteurs précisent que la relation soignant-soigné dépend de « *la nature de la demande de la personne soignée, du contexte dans lequel s'opère cette demande et de l'écho (retentissement émotionnel éprouvé) qu'elle suscite chez le (ou les soignants)* »¹¹.

Ces trois aspects de la relation (demandes, contexte, écho) vont entraîner une interaction entre l'être unique qu'est le soignant et l'être unique qu'est le soigné.

Cet écho peut amener l'infirmière à se questionner sur elle-même.

A partir de toutes ces réflexions sur la rencontre de deux êtres humains (soignant-soigné), je comprends aisément que les multiples facteurs de cette rencontre peuvent entraîner facilement la souffrance du soignant face à la souffrance du soigné.

Pour Claude CURCHOD, cette rencontre « *questionne nos motivations, réveille ou étouffe notre sensibilité, rappelle notre vulnérabilité* »¹².

La relation dans le soin est soumise à l'être humain que nous sommes et ... heureusement, car ce qui donne du sens aux soins infirmiers c'est la relation avec autrui.

John W. ROWE, médecin américain, a défini huit facteurs pouvant menacer l'intégrité du soignant lors d'un soin parmi lesquels « *la vulnérabilité liée à la prise de conscience [...] qu'il est aussi mortel* »¹³.

Les possibilités sont immenses pour que le soignant entre dans une spirale de souffrance pour lui-même.

Pourquoi le soignant peut-il se sentir menacé par les soins ?

En pleine conscience de cette vulnérabilité et de cette menace, l'infirmière devrait adopter une « *attitude qui nécessite une solide capacité à prendre du recul et une saine gestion de ses émotions.* »¹⁴.

La souffrance du patient peut diffuser en nous entraînant des émotions négatives risquant d'être nuisibles pour le patient, pour nous-même et donc à la relation de soins.

Pourquoi les émotions du soignant impactent la relation soignant-soigné ?

¹⁰ Op. cit. CURCHOD, C. p.174.

¹¹ Op. cit. DANY, L. & al. p.93.

¹² Op. cit. CURCHOD, C. p.174.

¹³ Ibid. p.176.

¹⁴ Ibid. p.175.

Les émotions :

La vie est source d'émotions et le soignant est un être d'émotions sinon le monde et en particulier celui de la santé serait dépourvu d'humanité.

Les infirmiers face à la maladie, à la douleur physique et/ou psychique, à la mort y sont confrontés chaque jour de leur vie professionnelle.

Pour Claude CURCHOD, « *soigner avec humanité impose une confrontation permanente à soi-même et à autrui* »¹⁵.

Concernant les émotions quotidiennes dans l'exercice professionnel infirmier, la difficulté est de trouver leur place pour aider les patients dans leur souffrance.

Catherine MERCADIER, infirmière, sociologue et formatrice en soins infirmiers à l'IFSI du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, pense qu' « *il nous importe de rendre visible l'expérience émotionnelle vécue par le soignant lors du rapport au corps malade, et non l'émotion exprimée. Cette expérience vécue relève du domaine de l'intime. Gardée secrète la plupart du temps parce que non conforme aux normes en vigueur au sein de l'hôpital, l'émotion est ressentie au plus profond de l'être* »¹⁶.

Alors que doit faire l'infirmière de ses propres émotions ?

Angelo SOARES, professeur associé CINBIOSE-UQAM (Centre pour l'étude des interactions biologiques entre la santé et l'environnement, Université du Québec à Montréal) nous explique dans son article que la dimension émotive est « *lourde de conséquences sur la santé psychologique des travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux* ».

Il nous parle de la « *performance émotive* », faisant partie du « *professionnalisme* », le soignant doit « *savoir jouer la comédie ou le drame selon les circonstances et jouer juste* »¹⁷.

En effet, le soignant peut avoir parfois l'impression de ne plus être lui-même en se forçant à rester dans l'empathie dans la relation d'aide.

Cette aide il l'apporte au soigné, mais qui apporte son aide au soignant face à ses émotions, à ce déni de lui-même et à cette tension qu'il accumule au cours de sa journée ?

Il rajoute que « *... taire ce que l'on pense ou ce que l'on ressent vraiment, vivre une émotion et en démontrer une autre sont des performances qui peuvent s'avérer périlleuses pour l'identité personnelle* »¹⁸.

Le professionnel qu'est le soignant peut difficilement se séparer de l'être humain qu'il est surtout face à la maladie de l'autre.

L'infirmière tente de puiser profondément dans ses ressources personnelles pour surmonter ses propres angoisses et peurs afin d'aider celui qui en a besoin : le patient.

Pourquoi l'identité professionnelle devrait s'opposer à l'identité personnelle ?

¹⁵ Op. cit. CURCHOD, C. p.173.

¹⁶ MERCADIER, C. (2012). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital : le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*. Paris: Seli Arslan, p.11.

¹⁷ SOARES, A. (2000). *La charge émotive du travail infirmier*. Objectif prévention. Vol 23. n° 2, p.10.

¹⁸ Ibid. p.11.

Le Professeur SOARES cite les propos d'une infirmière :

« *En dedans de moi, je sens leur douleur. J'ai envie d'éclater à pleurer, mais je ne peux pas. J'ai d'autres choses à faire. Alors, j'arrive chez moi et je pleure* »¹⁹.

Il y a aussi Anthony, infirmier en cancérologie relatant la fin de vie d'un patient : « *je suis avec l'interne et ma collègue [...]. Je vois qu'elle a les larmes aux yeux* »²⁰.

Et cette autre infirmière qui témoigne : « *quand j'ose dire mes émotions, on me répond que je ne suis pas faite pour ce métier* »²¹.

Pourquoi la dimension émotionnelle dans les soins est-elle mal perçue par les équipes soignantes ?

La dimension relationnelle infirmière nécessiterait de se connaître soi-même afin de connaître ses propres limites, savoir ce que l'on peut accepter et gérer ses émotions pour ne pas se laisser déborder, envahir par ses émotions.

Ceci afin que le soin relationnel soit de qualité.

Claude CURCHOD écrit que « *le soignant peut [...] agir sur lui-même* », « *il peut se changer. Il peut apprendre à gérer ses limites, transformer certaines de ses attitudes, enrichir ses compétences pour répondre à ce que la population attend aujourd'hui comme qualité de soins* »²².

La qualité du soin relationnel passe par la relation, qui comprend notamment une distance à réguler entre les deux acteurs : le soignant et le soigné.

La distance relationnelle :

La distance relationnelle est comme un élastique que l'infirmière tend ou détend à volonté en fonction de la relation, des besoins, des demandes avec le patient mais aussi en fonction de ses propres émotions.

Il existe tout un contexte personnel et environnemental dont va dépendre cette distance.

Mais à trop la tendre, l'infirmière risque de « perdre » le patient et à trop la détendre, c'est elle qui risque de se perdre dans cette relation si complexe soignant-soigné.

La difficulté de cette partie du rôle propre infirmier, la relation d'aide et le soutien psychologique, est de maintenir l'élastique tendu sans qu'il ne se brise d'un côté ou de l'autre.

Dans son ouvrage, Pascal PRAYEZ, psychologue clinicien, retranscrit un entretien avec Philippe COLOMBAT, Professeur en hématologie en service d'oncologie médicale et des maladies du sang²³.

Ce dernier pense que l'excès de distance est « *une catastrophe ! La prise en charge globale d'un patient doit passer par une confiance réciproque, donc un investissement dans la*

¹⁹ Op. cit. SOARES. p.11.

²⁰ GAURIER, P. (2009). *Quand les soignants témoignent ... Du droit individuel à "l'oubli" au devoir collectif de mémoire*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, p.112.

²¹ Ibid. p.147.

²² Op. cit. CURCHOD, C. p.173.

²³ PRAYEZ, P. (2009). *Distance professionnelle et qualité du soin*. Lamarre: Rueil-Malmaison, p.109.

relation, même si de temps en temps, on s'y perd un peu. L'excès de distance est dangereux pour le patient »²⁴.

Il nous livre de plus que l'expérience nous aide à trouver la juste distance.

Le désinvestissement dans la relation de soins pourrait donc se traduire par un excès de distance de la part du soignant.

Catherine MERCADIER nous dévoile aussi que les soignants, pour gérer leurs émotions, les mettent à distance, mais cela ne les protège qu'en partie de « *la contagion symbolique* »²⁵.

Loïc, infirmier en psychiatrie, nous confie que l' « *on peut bétonner, bien sûr, mais à un moment donné en bétonnant le mur, il s'effrite. Et là, ça fait très très mal parce que là, ça nous échappe* »²⁶.

L'élastique hypertendu entre le soignant et le soigné risque de se rompre et de se retourner contre le soignant.

Pourquoi la dimension émotionnelle dans les soins est-elle mal parfois mise de côté par les équipes soignantes ?

Concernant la perte de distance relationnelle, l'entretien entre Pascal PRAYEZ et Philippe COLOMBAT se poursuit : « *une perte de distance professionnelle, c'est se noyer ... En perdant la bonne distance par rapport à son interlocuteur, on n'a plus l'objectivité de la prise de décision* »²⁷.

Cette perte va envahir notre identité professionnelle pour faire surgir notre identité personnelle, les compétences infirmières risquent de s'évanouir face au patient, avec pour éventuelle conséquence de briser la relation établie.

Quelle peut-être alors l'image de l'infirmière aux yeux du patient ?

La représentation de l'infirmière compétente peut être perdue et cette situation peut être irréversible.

Les appréhensions futures du soigné face à cette infirmière émotive et celles du soignant dans sa gestion de ses émotions et son travail vont entraîner un malaise dans la relation dont la qualité sera incertaine.

Pourquoi la perte ou l'excès de distance relationnelle peuvent être des barrières à la qualité du soin ?

Afin d'éviter les écueils de l'élastique, les soignants essaient de trouver une juste distance.

Comme Richard, infirmier en réanimation, « *je trouve ma distance en gérant l'humain dans mon approche jusqu'à m'en faire un atout* »²⁸.

²⁴ Op. cit. PRAYEZ, p.110.

²⁵ MERCADIER, C. (2012). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital : le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*. Paris: Seli Arslan, p.11.

²⁶ Op. cit. GAURIER, P. p.84.

²⁷ Op. cit. PRAYEZ, P. p.109.

²⁸ Op. cit. GAURIER, P. p.91.

Pour mieux la comprendre, Pascal PRAYEZ la compare à une recette de cuisine : « *bien que chacun s'en défende, cette attente d'un procédé concret pour « gérer » la communication sur le mode d'une recette de cuisine reste forte* »²⁹.

Il serait en effet si simple de suivre un protocole de service dans le soin relationnel, comme dans le soin technique, validé par la hiérarchie et l'institution.

La distance établie se retrancherait derrière ce protocole et la charge émotionnelle du soignant se barricaderait derrière.

L'auteur poursuit « *certaines formations tentent d'ailleurs d'y répondre, réduisant la relation soignant-soigné à une interaction objective et quantifiable, que l'on peut maîtriser grâce à des techniques communicationnelle* ». *Comme si tous les soignants et tous les malades se ressemblaient, sans tenir compte de la singularité de chacun ...* »³⁰.

Les techniques de communication verbale (écoute, silences et reformulations) et non verbale (expressions faciales, regard, toucher ...) ne s'apprendraient donc pas, elles feraient partie de nous, nous aideraient dans les moments difficiles de l'exercice infirmier. Mais il semble complexe d'acquérir des connaissances et des compétences dans la parole au bon moment, l'expression au bon moment ...

L'infirmière doit-elle attendre d'avoir des années d'expérience pour enfin trouver cette juste distance qui l'empêchera de se perdre dans le soin relationnel ?

Pourquoi les compétences infirmières devraient inclure une juste distance relationnelle ?

²⁹ Op. cit. PRAYEZ, P. p.55.

³⁰ Op. cit. PRAYEZ, P. p.55.

2.2.2 Cadre législatif :

Concernant la souffrance morale du patient, nous pouvons nous référer au rôle propre de l'infirmière et à la relation d'aide, part invisible de l'activité infirmière.

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V :

Art R4311-2 :

« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;

5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage ».

Article R. 4311-5 :

« Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

19. Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : ... évaluation de la douleur ;

40. Aide et soutien psychologique »³¹.

La circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées comporte une charte de la personne hospitalisée qui stipule dans son deuxième point que *« la dimension douloureuse, physique et psychologique de la prise en charge des personnes hospitalisées, ainsi que le soulagement de leur souffrance, constituent une préoccupation constante de tous les intervenants. Tout établissement doit se doter des moyens propres à organiser la prise en charge de la douleur ... Une attention particulière doit être portée au soulagement des douleurs des personnes en fin de vie »³².*

Sur un plan législatif, l'infirmière se doit donc d'apporter soutien psychologique et soulagement de la souffrance du patient.

Cependant, l'intimité de la gestion des émotions restent à la charge de chacun.

Pourquoi l'infirmière peut se sentir en difficulté dans l'application des textes législatifs de la prise en charge de la souffrance psychologique du patient ?

³¹ <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/decret-nd-2004-802-du-29-juillet-2004-relatif-aux-parties-iv-et-v-annexe.html>

³² http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

En résumé de mes questionnements précédents, je formule le suivant :

« Pourquoi la charge émotionnelle vécue par l'infirmière peut influencer sur la qualité de la relation soignant-soigné ? »

2.2.3 Enquête exploratoire :

J'effectue mes entretiens semi-directifs, enregistrés avec leur accord et après acceptation de la Directrice des soins infirmiers (**Annexe I**), auprès de 4 infirmiers exerçant au sein d'un service de médecine polyvalente accueillant des patients atteints de polyopathologies.

IDE 1 (femme) : 52 ans et 31 ans de diplôme

IDE 2 (femme) : 30 et 10 ans de diplôme

IDE 3 (homme) : 39 ans et 10 ans de diplôme

IDE 4 (femme) : 33 ans et 3 ans de diplôme

En effet, mon travail de fin d'études ne se centre pas sur la souffrance psychologique de patients en particulier mais sur tout type de personnes hospitalisées, atteintes de pathologies diverses et sur sa résonnance sur l'infirmier.

J'effectue mes choix en fonction de l'expérience professionnelle, de l'âge civil et du sexe des infirmiers afin de recueillir des informations diversifiées.

Mon questionnement est centré sur l'infirmière face à sa charge émotionnelle dans son exercice professionnel et à sa conception de la posture infirmière.

L'outil utilisé pour les entretiens se trouve en **Annexe II**.

Mes objectifs lors de ces entretiens sont :

- Identifier la représentation de la souffrance du patient
- Identifier une souffrance passée ou actuelle de l'infirmière et en déterminer les causes
- Identifier les ressources extérieures et personnelles pour la gestion des émotions du soignant
- Identifier les conséquences de la charge émotionnelle

Les enregistrements ont été effacés après leur retranscription (**Annexe III**).

Plusieurs thèmes ressortent des entretiens semi-directifs menés auprès des 4 infirmiers, les uns étant liés aux autres, que je vais vous exposer.

La souffrance du patient :

Concernant la définition de la souffrance du patient, aucun des infirmiers interrogés ne répond spontanément à la question.

Je dois répéter, reformuler ou poser la question de relance afin qu'ils me répondent.

L'IDE 3 me dit « *qu'une souffrance physique peut induire une souffrance morale et inversement une souffrance morale peut apporter une souffrance physique* ».

Selon l'IDE 4 « *la souffrance cela dépend si elle est morale ou physique [...] ou autre* »

Je me rends compte de la difficulté d'une définition de la souffrance humaine, souvent associée, confondue et parfois dissociée de la douleur, elle apparaît comme complexe, atteignant toutes les dimensions de l'être humain.

Elle est variable, « *toutes les personnes sont différentes, c'est complexe la douleur, chaque patient ne la définira pas de la même façon par rapport à son ressenti* » (IDE 4).

La relation se joue avec cette souffrance, le soignant, en pleine conscience de celle-ci doit mettre en œuvre de multiples stratégies pour aider le patient.

Car selon l'IDE 3 « *voir la souffrance de l'autre n'est pas de soi facile à vivre* », le lien tissé dans la relation avec le patient peut se répercuter en nous (« *l'effet miroir* » cité par l'IDE 4).

La souffrance de l'infirmière :

Les infirmiers ont souffert dans leur exercice professionnel à un moment donné.

Selon ses dires, l'IDE 1 a été en arrêt maladie durant quinze jours pour dépression « *après le décès de plusieurs patients* ».

Pour l'IDE 2, « *rare sont les jours où j'ai pas, quand je sors d'ici, un ras le bol et un épuisement* ».

Quant à l'IDE 4, elle me dit : « *moi il m'est arrivé de souffrir plus d'une fois quand même lors de mes études et de mon début de carrière* ».

La profession d'infirmière apparaît comme usante émotionnellement. Faire face chaque jour à la maladie, la souffrance, la mort de l'autre peut se répercuter négativement sur le soignant.

La souffrance est-elle le propre de l'infirmier ? Est-ce un passage incontournable de cette profession ?

Pour l'IDE 4 « *le rapport à l'autre est faussé quand on est en souffrance* ».

La distance relationnelle :

Aucun des 4 IDE n'en vient à la réponse d'une rupture ou d'un excès de distance relationnelle comme conséquence d'une charge émotionnelle trop importante dans l'exercice professionnel, je leur demande à tous les 4 une définition de la juste distance relationnelle.

Ils ne parviennent pas à définir ce terme. Ils disent que cela est difficile à mettre en place (IDE 1, IDE 3), que cela dépend du patient, du service (IDE1, IDE 4) ou de qui on est (IDE 4).

Et comme dit l'IDE 4 « *tu peux essayer de l'établir mais finalement à quoi bon ?* ».

Cependant, nous risquons d'être dépossédés de notre objectivité dans la perte de la distance relationnelle ou de dépersonnaliser le patient dans l'excès de distance.

Maintenir cette distance pourrait servir à se protéger de ses émotions, tout en gardant cet élastique dont je vous ai parlé précédemment disponible pour se tendre ou se détendre en fonction des attentes et besoins du patient.

L'expérience professionnelle :

Elle semble se dresser comme une barrière pour le soignant face à la charge émotionnelle et permettrait de trouver cette juste distance relationnelle recherchée par les soignants.

Plus l'infirmière avance dans sa carrière, plus elle construit une clôture autour d'elle pour se protéger, mais cette clôture doit garder des ouvertures pour continuer à trouver du sens à sa profession.

IDE 2 : « ... je dirais qu'on l'acquiert (la distance relationnelle) avec l'expérience [...]. Je dirais qu'en fait c'est l'expérience qui nous apprend à nous blinder un petit peu, si je puis dire ».

Cette même infirmière me relate son début de carrière où « l'émotion montait, j'avais plus de mal à la canaliser, je partais pleurer parce qu'il fallait que ça sorte. Maintenant j'ai plus de recul, je pense que c'est soit l'expérience soit dû au fait de la maturité ».

L'infirmière s'habitue-t-elle à gérer ses propres émotions avec les années d'exercice professionnel ou en ressent-elle moins les effets négatifs ?

Pour l'IDE 3, l'expérience permet d'acquérir « une sorte de recul qui n'est pas inné en soi ».

La distance et le recul sur l'exercice infirmier semblent venir avec le côtoiement au quotidien des patients.

Quant à l'IDE 4, elle pense que « l'expérience peut faire comme dans la vie, on apprend de nos erreurs ». Erreur de rupture de distance relationnelle, de manque de gestion de ses propres émotions ? Et aussi que « l'expérience peut t'aider mais elle ne fait pas tout, tout dépend de la personne que tu es ».

Il existerait donc d'autres éléments pouvant nous servir de ressources face à nos propres émotions dans le soin.

« L'expérience [...], je ne dis pas que l'on s'habitue mais on arrive à mieux gérer nos ressentis, nos émotions. Mais il y a des situations que l'on a du mal à accepter en fonction de notre histoire personnelle ».

L'histoire personnelle de l'infirmier :

Cette notion comme citée ci-dessus par l'IDE 4 revient fréquemment dans le discours.

L'importance de la propre histoire de chacun semble peser dans la balance émotionnelle.

Existe-t-il alors un conflit entre le soi personnel et le soi professionnel ?

La construction de l'identité professionnelle de l'infirmière semble être sous l'influence du soi, chaque infirmière est un être humain unique avec ses propres valeurs, représentations et sa propre histoire qui vont jouer un rôle dans le soi professionnel.

L'IDE 1 pense que « c'est le renvoi à sa propre histoire, son propre vécu de décès ou maladie » qui peut amener le soignant à souffrir moralement.

L'IDE 3 parle d'« un bagage émotionnel qui peut être mis en avant par notre histoire personnelle, par notre vécu ». Bagage, plus ou moins lourd, que l'infirmier transporte de service en service.

En effet chaque infirmier ou infirmière est un être humain différent qui a fait le choix d'exercer cette profession pour des raisons qui lui sont propres.

Seulement les diverses situations rencontrées avec les patients risquent de le renvoyer à son histoire, à lui-même.

L'infirmière : être humain face à ses émotions :

IDE 2 : « ...prendre assez de recul sur soi-même et sa profession pour savoir que l'on est humain ».

IDE 3 : « ... nous restons aussi des êtres humains à part entière ».

IDE 4 : « ... on est aussi des êtres humains donc on a des sentiments ».

Trois infirmiers sur quatre précisent l'humanité du soignant, être pouvant avoir des faiblesses dans son exercice professionnel. Faiblesses émotionnelles notamment que le soignant tente de gérer en effectuant un travail sur lui-même et en sachant se remettre en question.

Pour l'IDE 3, « *bon nombre de soignants ont dans leur discours : il faut se blinder, il faut garder la distance, certes mais on reste avant tout des êtres humains et non des robots* ».

L'infirmier peut donc craquer parfois, se laisser aller à des émotions ...

Cette humanité de l'infirmière fait d'elle un être différent chaque jour.

En effet, « *si un jour on réussit à la faire (la distance relationnelle), et bien le lendemain on n'aura pas le même état de forme et on n'aura pas la capacité ou la force de mettre en place toutes les stratégies pour justement garder cette objectivité dans le soin ou dans l'appréhension de la souffrance ou dans la relation entre le soignant et le soigné* ».

Cependant la dimension émotionnelle de l'humanité du soignant paraît ne pas être reconnue et prise en compte par les institutions.

Selon l'IDE 2 : « *(les émotions du soignant dans le soin) ne sont pas assez prises en compte par le reste de l'équipe professionnelle* ».

L'IDE 3 confirme lui aussi les propos de la précédente, « *la souffrance du soignant n'est pas forcément toujours prise en compte [...] parce que nous sommes censés, du fait de notre formation, euh ... avoir une sorte de recul qui n'est pas inné en soi* ».

Je précise que ces deux infirmiers ont tous les deux dix années de diplôme.

Dix ans d'exercice professionnel peuvent sembler être un cap à franchir vers l'acceptation ou la désillusion.

Le manque de reconnaissance de l'émotionnel dans le soin peut-il amener le soignant vers une lassitude de sa profession ou vers d'autres conséquences négatives ?

En effet, la charge émotionnelle semble pouvoir aboutir à « *un désintérêt professionnel* » à l'issue duquel l'infirmière peut « *ne plus être professionnel dans les soins* » (IDE 1), ou « *à un écœurement de son travail, à ne plus arriver à faire son travail consciencieusement et avec le cœur* » (IDE 2).

Il semblerait « *que la plus grosse des difficultés c'est de faire fi de cette charge émotionnelle en nous pour essayer d'amener le plus de professionnalisme dans nos soins, dans nos actes, dans notre contact* » (IDE 3).

La charge émotionnelle et le professionnalisme seraient alors liés, les émotions non reconnues, non gérées par le soignant pourraient entraîner une perte de qualité dans l'exercice professionnel.

La difficulté est alors de rester infirmier, humain et professionnel en même temps pour le bien-être du patient en souffrance psychique.

La qualité du soin relationnel envers le patient semble dépendre de la connaissance et la maîtrise du « soi » de l'infirmière, être humain unique.

Les ressources internes : la gestion des émotions

Les émotions font partie intégrante de nous, de notre personnalité, de notre identité personnelle.

Savoir les reconnaître peut nous permettre d'effectuer un travail sur nous-mêmes et faire de nos émotions des alliées pour avancer dans notre pratique professionnelle.

Les refouler pourrait nous amener à une rupture de notre posture professionnelle au moment où elles ressurgiront.

Le fait de ne pas être préparé, de ne pas avoir de stratégies d'adaptation lors de ma situation d'appel m'a-t-il desservi en me rendant vulnérable face à la patiente ?

Rester soi, rester authentique est peut-être une réponse à l'acceptation de la souffrance d'autrui.

Pour l'IDE 4, « *il faut s'accepter tel que l'on pour pouvoir avancer avec les autres* » et « *si tu es respectueux envers toi-même, tu peux l'être avec l'autre* ».

Elle dit qu' « *un bon infirmier se remet toujours en questions* ».

Pour elle, l'acceptation semble être un maillon important dans l'exercice professionnel.

Quant à l'IDE 2 elle parle de « *travail sur soi* », elle a mis en place ses « *barrières* ».

Ce travail sur soi peut aussi permettre au soignant de rester fidèle à lui-même dans les soins et aider au mieux le patient tout en se protégeant de la souffrance de l'autre.

Pour l'IDE 3 « *quand on essaye de faire un travail sur soi, il y a soit la possibilité d'une remise en question [...] ou il y a une deuxième stratégie [...] c'est de nier la souffrance de l'autre pour éviter de s'approprier ce bagage émotionnel, le « soi-niant » est un peu dangereux, nier la souffrance de l'autre c'est nier sa propre souffrance* ».

L'infirmier semble devoir s'accepter, reconnaître ses propres blessures pour aider le patient en souffrance face à lui. « Soi-nier » n'est pas le synonyme de « Soigner ».

Cependant pour lui, « *gérer complètement (ses émotions) c'est de l'utopie* » et si le soignant n'est pas apte à les gérer « *cela peut amener à des « dérives » [...] pas forcément toutes nocives en soi. On peut parler de rupture d'écoute [...], on n'arrive pas à prendre du recul, on peut « oublier » le patient et ne penser qu'à soi, à l'inverse on peut être trop protecteur, trop bienveillant* ».

La difficulté est alors de rester soi-même et de trouver le juste dosage émotionnel pour rester professionnel.

Pour l'IDE 2 afin de se protéger il faudrait « *prendre assez de recul sur soi-même* » car « *l'émotionnel ça s'apprend pas je crois* ».

L'IDE 1 pense aussi qu'il faut essayer d'appréhender la souffrance « *avec le plus de recul possible* ».

Les émotions sont en nous, à nous de les connaître et les gérer.

Il existe cependant d'autres ressources pour que le soignant puisse faire face à ses émotions dans son exercice professionnel.

Les ressources externes : le travail en équipe et les groupes de paroles :

Les institutions mettent en place des groupes de parole avec le psychologue de l'établissement pour que les soignants puissent se décharger émotionnellement.

« Pour cela (la surcharge émotionnelle) on a une psychologue qui fait parfois des groupes de travail pour qu'on décharge un petit peu [...], on peut un petit peu évacuer, parler, se soulager, vider son sac, parce que c'est pas évident en tant qu'infirmière en fait on est pris de tout côté et personne n'est là pour nous écouter » (IDE 2).

L'IDE 1 s'appuie sur les collègues de travail, pour elle « c'est toute la structure qui peut être impliquée » pour faire face à ses émotions.

Cependant les ressources externes mobilisées par le soignant pour faire face à ses propres émotions sont souvent les collègues de travail car « par expérience, il nous est beaucoup plus facile de se mettre à « nu » » devant eux (IDE 3).

De plus « les outils sont à notre disposition mais on n'a pas la disponibilité pour les utiliser ». Toujours pour l'IDE 2 et l'IDE 3, le manque de temps lié à la charge de travail de l'infirmier ne permet pas toujours de faire appel aux ressources externes.

La charge émotionnelle du soignant n'aurait alors pas de place dans sa journée de travail.

En résumé, l'IDE 4 pour se protéger de ses émotions met en place certaines stratégies comme « l'acceptation déjà de la situation puis l'adaptation de soi, connaître ses limites et savoir demander de l'aide aux collègues de travail ».

Si la gestion des émotions n'est pas efficace chez le soignant ou s'il ne demande pas d'aide auprès de ses collègues de travail, l'accumulation de la charge émotionnelle peut amener le soignant vers un épuisement professionnel.

L'épuisement professionnel ou burn-out :

Conséquence ultime, après le désintérêt ou l'écœurement de sa profession, citée par trois des quatre infirmiers.

Je note que l'IDE 1 qui ne cite pas le terme de « burn-out » a été en arrêt maladie pour dépression « après le décès de plusieurs patients ». La surcharge émotionnelle l'a emportée malgré l'expérience professionnelle (31 ans de diplôme).

Pour l'IDE 4 « le burn-out je pense que cela touche pas mal de personnes dans ce milieu parce que c'est un surplus de tout, tu es là, tu donnes, tu vois plein de trucs que tu emmagasines, tu te dis c'est bon je vais accepter, je gère, mais tu es un être humain et à un moment donné ton corps n'accepte plus que tu le veuilles ou non ».

L'accumulation d'émotions face à la maladie, la souffrance et la mort peut entraîner le soignant vers ce burn-out tant redouté, tant exprimé.

« Quand le burn-out risque d'arriver, il faut se faire aider ».

A la suite de ces 4 entretiens semi-directifs questionnant la charge émotionnelle du soignant dans son exercice professionnel, je me questionne sur :

**Pourquoi les émotions de l'infirmière sont-elles étroitement liées à son
professionnalisme ?**

2.3 Synthèse de la phase contextuelle :

En reprenant les différentes parties de ma phase contextuelle, ma situation d'appel m'interroge sur les répercussions émotionnelles de la souffrance morale du patient sur le soignant.

De cette situation je retiens la rupture de distance relationnelle car les émotions négatives que j'ai ressenties ont fait basculer l'empathie vers la compassion.

Mes recherches bibliographiques m'ont alors menées sur le chemin de la complexité de la souffrance de l'être humain : patient et infirmière.

L'altérité, la rencontre de l'autre, le patient en deuil de sa pleine santé, pourrait mettre l'infirmière face à sa propre vulnérabilité.

La confrontation avec ses propres émotions demande à l'infirmière de savoir ce qu'elle peut accepter et de connaître ses limites.

La gestion des émotions passerait par leur reconnaissance pour ne pas se perdre dans la relation au patient.

Et se perdre dans la relation c'est perdre la distance relationnelle avec le patient, faire tomber les barrières.

Cependant ces barrières devraient rester modulables en fonction du patient, du lieu d'exercice, de la situation afin d'amener la meilleure partie de nous dans le soin infirmier.

La difficulté du maintien d'une juste distance relationnelle m'a été confirmée par mes entretiens semi-directifs auprès de 4 infirmiers en service de médecine.

Ces derniers ont eu une grande difficulté à la définir mais pour eux les conséquences d'une charge émotionnelle trop importante dans le milieu paramédical peuvent être le désintérêt professionnel, la perte de professionnalisme dans le soin infirmier et à terme le risque d'épuisement professionnel (ou burn-out).

Pour ne pas en arriver à une perte de sens du soin infirmier relationnel (l'aide à autrui), les ressources mises en place par les 4 infirmiers se résument en des stratégies d'adaptation externes (collègues de travail, groupe de parole ...) ou internes (remise en questions, recul, travail sur soi).

Ces dernières semblent pouvoir être mise en place par une gestion des émotions des soignants, les connaître pour mieux les reconnaître quand elles s'invitent dans le soin relationnel et les maîtriser.

Il me semble important d'explorer l'influence de cette gestion des émotions sur la qualité du soin relationnel apportée au patient.

Ma question de recherche définitive est alors :

En quoi la gestion des émotions ressenties par l'infirmière peut influencer sur la qualité du soin relationnel ?

3. Phase conceptuelle

Je choisis d'explorer le concept de la gestion des émotions en m'intéressant aux différentes théories les décrivant ainsi qu'à l'intelligence émotionnelle exposée par divers auteurs.

Ces émotions se reflétant dans notre langage non verbal, il m'a semblé important d'explorer les expressions faciales, le regard et le toucher dans le soin relationnel.

Puis je me suis attachée à faire la lumière sur la complexe distance relationnelle.

Ensuite je m'intéresse au concept de qualité du soin relationnel à travers les différentes définitions et la schématisation du cycle de la qualité de l'AFNOR (Association Française de NORmalisation) en l'adaptant à mon questionnement sur le lien de causalité entre le langage non verbal de l'infirmière relatif à ses émotions et la qualité du soin relationnel.

3.1 La gestion des émotions :

Les émotions sont la base de mon mémoire de fin d'études, elles sont essentielles à la vie de l'être humain, pour son bien-être et pour vivre en société.

L'infirmière ressent des émotions chaque jour face aux patients ce qui la met en mouvement.

Gérer (du latin *gerere* : porter, accomplir) ses émotions reviendrait à les réaliser : celles du patient, celles qu'il suscite en nous en acceptant de les ressentir, en les laissant cheminer en nous avant de les utiliser comme alliées dans le soin relationnel.

3.1.1 Les émotions :

Les émotions (de « *é* » : vers l'extérieur et « *motere* » : mouvoir) sont des incitations à l'action. Ressentir une émotion va mettre l'infirmière en mouvement physique et/ou psychologique.

Selon le Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers, l'émotion est « *un état affectif intense qui se traduit par des manifestations physiologiques (tremblement, pâleur, crispation, tachycardie, etc) et parfois par une confusion des idées ou du sens critique (équivalent possible du stress)* »³³.

Les manifestations physiologiques des émotions de l'infirmière peuvent être perçues par le patient montrant une image vulnérable.

La résonance émotionnelle peut entraîner celle-ci dans la perte de son jugement clinique, la perte de la relation avec le patient vulnérable qui a besoin de son aide.

Armelle NUGIER, maître de conférences en psychologie sociale expérimentale, nous éclaire sur quatre théories des émotions : la perspective Darwinienne, la Jamesienne, la cognitive et la socio-constructiviste que je vais vous présenter.

³³ POTIER, M. (2002). *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers*. Rueil-Malmaison: Lamarre. p.116

En 1872, selon **Charles DARWIN** (1809-1882), naturaliste anglais, dans « *L'expression des émotions chez les hommes et les animaux* », les émotions sont « *universelles* » et « *adaptatives* »³⁴.

Universelles quelle que soit la culture de l'individu, car certaines émotions semblent être innées, ce sont les cinq émotions de base (ou primaires ou discrètes ou fondamentales) : la peur, la joie, la tristesse, le dégoût et la colère. Certains auteurs y ajoutent la surprise.

Elles peuvent être plus nombreuses selon les auteurs, on peut rajouter : l'admiration, la jalousie, l'envie, la fierté, l'indignation, la honte, la culpabilité.

Les émotions complexes (ou secondaires) sont des combinaisons des émotions de base.

Adaptatives car elles préparent l'organisme à interagir avec son environnement : c'est « *la tendance à l'action* »³⁵.

Par exemples, la peur entraîne la panique, la colère : l'agression, le dégoût : le rejet.

La théorie darwinienne confère aux émotions une fonction dans la communication non verbale à travers les expressions faciales de l'homme.

En second lieu, pour **William JAMES** (1842-1910), psychologue, philosophe américain, la perception des changements physiologiques (les réponses neurovégétatives issues du système nerveux autonome) permet de faire l'expérience des émotions.

Cette théorie est soutenue par le danois Carl LANGE selon lequel la vasoconstriction traduit les émotions gaies et la vasodilatation les émotions tristes.

Nous n'avons pas peur parce que nous rencontrons un ours mais nous avons peur parce que la vue de l'ours nous fait trembler.

L'infirmière se sent triste parce qu'elle pleure et non l'inverse.

Cette théorie a été controversée par divers auteurs (notamment Walter CANNON), démontrant que les émotions existaient malgré l'impossibilité de réponses végétatives.

Troisièmement, la **théorie cognitive** développée par Magda ARNOLD (1903-2002) et Richard LAZARUS (1922-2002), psychologues américains, s'explique par « *l'émergence de différentes émotions chez différents individus ou parfois chez un même individu à différents moments* »³⁶.

La signification personnelle de la situation vécue à un moment donné sera différente à un autre moment.

Ces deux auteurs ont été les premiers à utiliser le concept d'« *appraisal* » (évaluation, en anglais) correspondant aux interprétations et représentations cognitives de la signification de l'évènement pour l'individu.

C'est l'évaluation subjective qui déclenche une émotion plutôt qu'une autre.

La dernière est la **théorie socio-constructiviste**, pour laquelle les émotions des individus sont construites socialement et culturellement.

³⁴ NUGIER, A. (2009). *Histoire et grands courants de recherche sur les émotions*. Revue électronique de psychologie sociale. p.8

³⁵ PHILIPPOT, P. (2011). *Emotion et psychothérapie*. Wavre (Belgique): Mardaga. p.37

³⁶ Op. cit. NUGIER, A. p.10

Les émotions et les comportements en découlant seraient liés à nos propres valeurs. Cela nous permettrait de comprendre pourquoi les émotions sont différentes d'une culture à une autre et pourquoi elles peuvent être interprétées différemment. L'interprétation est là aussi à la base du déclenchement de l'émotion.

En conclusion de l'article, l'auteure nous dit que la communication passant par les émotions, celles-ci ont un rôle important socialement. En considérant un partage émotionnel pensé par l'infirmière, cela permettrait de communiquer efficacement avec le patient. Car comme le dit Claude CURCHOD « croire que l'on ne peut pas ou plus changer, c'est accepter qu'une partie de nous-même soit morte »³⁷. Le soi n'est pas figé dans le temps, il se construit, se déconstruit parfois pour mieux se reconstruire et nous faire progresser dans notre pratique professionnelle. Le soignant, être humain unique, face à cet autre être humain unique malade qu'est le patient va ressentir diverses émotions positives ou négatives, primaires ou complexes. Le changement prôné par Claude CURCHOD pourrait venir de la connaissance de ses émotions et de leur reconnaissance face à un événement extérieur, alors l'infirmière pourrait adapter sa réponse émotionnelle aux besoins du patient.

3.1.2 L'intelligence émotionnelle :

Selon Margot PHANEUF, infirmière canadienne et doctorante en didactique (l'enseignement des connaissances), après l'intelligence rationnelle (conférant à l'infirmière « sa capacité d'analyse, de synthèse, de raisonnement, de jugement clinique et de résolution de problème »³⁸) seule valable pendant longtemps, une forme d'intelligence nouvelle a été découverte : l'émotionnelle.

Les émotions servent de « radar »³⁹ aux soignants dans leurs relations.

Pour PHANEUF, l'intelligence émotionnelle permettrait d'humaniser les soins et « de nous connaître et de remettre notre agir en question et de le rectifier pour nous aider à croître et à devenir des personnes plus accomplies et de meilleures soignantes ».⁴⁰

Meilleures soignantes, meilleurs soins relationnels.

Pouvoir agir sur son comportement suite à l'identification d'une émotion entraînée par l'effet miroir de la souffrance du patient amènerait l'infirmière à optimiser la qualité du soin.

En 1990, Peter SALOVEY et John MAYER, Docteurs en psychologie clinique américains, ont été les premiers à s'intéresser au concept d'intelligence émotionnelle.

Reuven BAR-ON, Docteur en psychologie clinique à l'Ecole de Médecine du Texas, a mis au point une des premières mesures de l'intelligence émotionnelle en utilisant l'expression « quotient émotionnel ».

³⁷ Op. cit. CURCHOD, C. p.174

³⁸ PHANEUF, M. (2010, Janvier). *Les intelligences émotionnelle et sociale, des outils pour la relation*. Consulté le Mars 13, 2013, sur Infiressources. p.1

³⁹ Ibid. p.2

⁴⁰ Ibid. p.4

Puis en 1995, Daniel GOLEMAN, psychologue américain et journaliste scientifique (né en 1946) l'a popularisé.

Il la définit comme suit : « *l'intelligence émotionnelle est la capacité de percevoir ses propres émotions et de les contrôler, de détecter les émotions d'autrui [...] la faculté de s'auto-motiver et d'entretenir des relations harmonieuses et fructueuses avec les autres* ». ⁴¹

Cinq composantes seraient nécessaires pour rendre les émotions intelligentes :

La conscience de soi :

Selon, John MAYER, « *la conscience de soi peut prendre la forme d'une attention objective à ses états intérieurs* » ⁴².

Pour lui, il existe trois types d'êtres humains :

- *Ceux qui ont conscience d'eux même : la connaissance de leurs émotions sous-tend une indépendance, la maîtrise des émotions, une conception positive de la vie et une bonne santé psychologique.*
- *Ceux qui se laissent submerger par leurs émotions : versatiles, ils ont peu conscience de leurs émotions qui prennent le commandement.*
- *Ceux qui acceptent leurs dispositions d'esprit : tout en ayant conscience de leurs émotions, ils les acceptent et ont tendance à s'y laisser aller sans rien faire pour les modifier* » ⁴³.

Avoir conscience de soi pourrait permettre à l'infirmière de guider sa vie professionnelle et sa vie personnelle.

La maîtrise de ses émotions :

Le bien-être ou le mal-être (du soignant, du soigné) serait déterminé par le rapport entre émotions négatives et positives.

Trop d'émotions négatives peuvent entraîner l'infirmière vers la souffrance, le stress et, à long terme, le risque de syndrome d'épuisement professionnel (ou « burn out ») peut se profiler.

En effet dans mes recherches bibliographiques, je cite Angelo SOARES, professeur au CINBIOSE de Montréal, qui fait un lien de causalité entre la dimension émotive et les conséquences sur la santé psychologique des travailleurs du secteur de la santé.

Le patient a besoin d'un équilibre émotionnel pour vivre sereinement sa maladie, celui-ci pouvant s'acquérir par la qualité du soin relationnel. En l'absence de cette qualité, il peut aussi sombrer dans la souffrance.

L'auto-motivation et un état d'esprit positif :

Avoir la conviction de pouvoir atteindre les objectifs qu'elle s'est fixée (diminution de la souffrance morale du patient par exemple) peut aider l'infirmière à les atteindre.

« *Les dispositions d'esprit négatives entravent la pensée, les ressources mentales accaparées ne sont plus disponibles pour le traitement d'autres informations. En revanche, les*

⁴¹ http://www.esen.education.fr/fileadmin/user_upload/Modules/Ressources/Themes/risp_emotion_08/e_stumpf.pdf p.12. Consulté le 16 Avril 2013.

⁴² ROSSANO-BEAUDOIN, V., & DI NUNZIO, M.-G. (2011, Septembre). Fiche de lecture. *L'intelligence émotionnelle de Daniel GOLEMAN*. p.7

⁴³ Ibid. ROSSANO-BEAUDOIN, V., & al. p.7

dispositions d'esprit positives et le rire augmentent la capacité à penser avec souplesse, facilite la résolution de problèmes »⁴⁴.

L'auteur nous parle de « *fluidité* », l'individu se consacre entièrement à ce qu'il fait, ne pense plus à lui-même, maîtrise totalement l'action et peut l'adapter aux besoins de l'autre. Une infirmière « *fluide* » pourrait se concentrer pleinement sur les besoins du patient et « *s'abstraire du tourbillon des émotions* »⁴⁵.

L'empathie :

« Elle repose sur la conscience de soi : plus nous sommes sensibles à nos émotions, plus nous pouvons déchiffrer celles des autres »⁴⁶.

L'empathie impliquerait une reconnaissance et une réponse émotionnelle adaptée au patient et ne pourrait se développer en niant ses propres émotions.

Elle « *nous pousse à réaliser les émotions des autres, mais sans les vivre vraiment, tout en préservant nos frontières personnelles* »⁴⁷ afin d'être dans le partage émotionnel.

Les signaux non verbaux (le toucher, le regard ...) seraient les modes d'expression des émotions. Quant aux mots, ils seraient ceux de la pensée rationnelle.

L'harmonisation et la maîtrise des relations humaines :

« Le degré de coordination émotionnelle entre deux personnes échappe à la conscience et se reflète dans les gestes et les expressions [...]. Donner le « la » émotionnel est être capable de gouverner l'état émotionnel de l'autre à un niveau profond »⁴⁸.

L'infirmière, telle un chef d'orchestre, dirigerait ce « la » émotionnel par la gestion de ses émotions.

Pour Margot PHANEUF, des relations « *harmonieuses* »⁴⁹ proviendraient de la reconnaissance, de l'expression de ses émotions et de la perception de celles des autres.

Ceci permettrait à l'infirmière d'utiliser ses propres émotions afin de mieux communiquer et d'améliorer ses soins relationnels.

Elle écrit de plus que les émotions en soins infirmiers sont des « *clés de décodage* » afin de mieux comprendre les relations humaines.

Ces clés de décodage activeraient l'ouverture des serrures de la communication non verbale, reflet de nos émotions.

⁴⁴ Op. cit. ROSSANO-BEAUDOIN, V., & al. p.8

⁴⁵ Ibid. p.8

⁴⁶ Ibid. p.8

⁴⁷ Op. cit. PHANEUF, M. (2010, Janvier). p.9

⁴⁸ Op. cit. ROSSANO-BEAUDOIN, V., & al. p.9

⁴⁹ PHANEUF, M. (2011). *La relation soignant-soigné. Rencontre et accompagnement*. Chenelière Education. p.14

3.1.3 La communication non verbale :

Dans l'étude réalisée sur la communication en 1967 par Albert MEHRABIAN, professeur de psychologie à l'Université de Californie, publiée dans l'article « *Décoder la communication contradictoire* » (« *Decoding of inconsistent communications* »), il décrit la « règle du 7 % - 38 % - 55 % » :

- 7 % de la communication est verbale (par la signification des mots)
- 38 % de la communication est para-verbale (intonation et son de la voix)
- 55 % de la communication est non verbale (expressions du visage et langage corporel) ⁵⁰.

Selon Catherine MERCADIER, les mots ne sont que la pointe visible de l'iceberg de la communication, l'importance du langage non verbal est dissimulée dans la partie immergée ⁵¹. Cependant les normes émotionnelles partagées par les soignants tendent à l'« euphémisation »⁵² de leurs émotions, les empêchant de transparaitre dans le soin.

Le langage non verbal du soignant sert à exprimer ses émotions, à appuyer ou contredire ses paroles, à réguler les échanges avec les soignés, à maintenir les liens et à affirmer l'image de professionnel en soins infirmiers.

55 % de la communication entre l'infirmière et le patient vient de la communication non verbale, celle-ci reflétant les émotions du soignant.

Pour PHANEUF, les yeux, le visage et le corps des soignants déclarent leurs émotions⁵³. Un soignant se laissant submerger par ces dernières sera de peu d'aide pour le patient.

L'image que le soignant renvoie au soigné peut être interprétée différemment par chacun, ainsi la qualité du soin relationnel ressentie sera différente d'un patient à l'autre.

Il faudrait alors savoir décoder le « feedback » (retour d'information) renvoyé par le patient pour savoir si notre langage non verbal convient à ses besoins.

Les expressions faciales : (Annexe IV).

DARWIN considérait que les expressions faciales de l'être humain avaient une fonction communicative.

Paul EKMAN, psychologue américain, a basé ses travaux (1984) sur la caractéristique d'une émotion à développer une expression faciale prototypique.⁵⁴

Le visage de l'infirmière exprimerait plus que ses paroles.

Le regard :

« *Les yeux sont le miroir de l'âme* » dit le dicton.

Le regard joue un rôle central dans la relation soignant-soigné, il révèle aussi les émotions les plus intimes. Regarder l'autre c'est être regardé par l'autre en retour.

⁵⁰ MONNIN, C., & Francis-Luc, P. (s.d.). *Le facteur humain au coeur de l'intelligence collective*. p.4

⁵¹ Op. cit. MERCADIER, C. p.22

⁵² Op. cit. MERCADIER, C. p.176

⁵³ Op. cit. PHANEUF, M. (2011). p.73

⁵⁴ Op. cit. PHILIPPOT, P. p.41

Pour Margot PHANEUF, « *le regard franc et direct de la soignante est l'indice d'une communication honnête et authentique* »⁵⁵.

Le patient en souffrance morale peut se confier à l'infirmière, elle apparaît comme une professionnelle apte à entrer en relation avec lui et à l'aider.

Le toucher :

« *Toucher c'est aussi être touché* »⁵⁶.

Le toucher dans le soin est intime et personnel. Il transmet facilement les émotions du soignant au soigné, même dans le silence de la communication verbale.

Pour Margot PHANEUF, « *le toucher intentionnel fait partie intégrante du langage essentiel à la relation soignante-soigné* »⁵⁷.

La question de la juste distance dans le soin est souvent abordée par les professionnels de santé, sans jamais vraiment savoir la définir.

Comme nous le précise Pascal PRAYEZ « *une vision restrictive de la pratique du soin consiste à confondre la distance professionnelle avec l'éloignement de la personne* »⁵⁸.

Se rapprocher du patient physiquement par le toucher et psychologiquement par l'expression maîtrisée de ses émotions pourrait améliorer les pratiques professionnelles.

3.1.4 La juste distance relationnelle :

Pour Marie DE HENNEZEL, psychologue et psychothérapeute française, citée dans l'ouvrage de GAURIER, « *la distance juste n'est pas la distance entre soi et l'autre, mais la distance vis-à-vis de nos propres affects en acceptant d'être leur disciple* »⁵⁹.

Ces propos sont confirmés par Pascal PRAYEZ, psychologue clinicien, pensant que la perte de distance relationnelle ne se confond pas avec l'absence de distance physique.

Ce n'est pas parce que nos mains touchent le corps du patient que la juste distance n'est pas établie.

Pour MERCADIER, la mise à distance du patient ferait suite à l'injonction par la communauté médicale et paramédicale d'une « *neutralité émotionnelle* »⁶⁰ qui montre un visage impassible du soignant.

En effet, pour PRAYEZ cette « *distance mal comprise, qui « aseptise » la relation soignante de tout affect, c'est-à-dire de toute dimension humaine, est en fait une distance défensive, qui ne peut se conjuguer avec la qualité du soin* »⁶¹.

La qualité du soin ne serait donc pas atteinte dans un excès de distance relationnelle.

⁵⁵ Op. cit. PHANEUF, M. (2011). p.79

⁵⁶ Op. cit. MERCADIER, C. p.34

⁵⁷ Op. cit. PHANEUF, M. (2011). p.94

⁵⁸ Op. cit. PRAYEZ, P. p.82

⁵⁹ Op. cit. GAURIER, P. p.185

⁶⁰ Op. cit. MERCADIER, C. p.211

⁶¹ Op. cit. PRAYEZ, P. p.XVII

Il poursuit par la « *dimension affective n'est pas un parasite de la relation d'aide, c'est au contraire un des éléments clés de la professionnalité, qui gagne à être reconnu par l'acteur lui-même, comme par l'institution qui l'emploie* »⁶².

Par une gestion de ses émotions, l'infirmière va pouvoir impulser un soin relationnel de qualité pour être professionnelle sur son lieu d'exercice.

La reconnaissance de ce travail émotionnel est cependant mal comprise par les institutions, ce qui m'a été confirmé dans mes entretiens semi-directifs dans ma phase exploratoire.

Nous risquons d'être déposséder de notre objectivité dans la perte de la distance relationnelle ou de dépersonnaliser le patient dans l'excès de distance.

Conservé une juste distance relationnelle permettrait de garder cet élastique dont je vous ai parlé précédemment disponible pour se tendre ou se détendre.

Le soignant tente d'acquérir cette juste distance permettant d'optimiser la qualité du soin relationnel, elle « *ne coupe pas d'autrui, elle construit au contraire un lien de qualité* »⁶³.

La qualité, subjective dans le cas du soin relationnel, possède différentes dimensions que je vais vous exposer dans le concept suivant.

⁶² Op. cit. PRAYEZ, P. p.XVII

⁶³ Ibid. p.75

3.2 La qualité du soin relationnel :

Je présente les soins relationnels comme des soins qui ont pour objectif d'apporter l'aide, le soutien nécessaire à chaque patient en souffrance physique ou psychique ainsi qu'à leur famille comme l'entretien d'accueil, d'aide, à visée éducative... afin que la personne soignée mobilise ses propres ressources et atteigne un certain bien-être face à sa pathologie.

La conception de la qualité du soin relationnel est différente pour chacun.

Afin de mieux comprendre ces écarts, je m'appuie sur la schématisation du cycle de la qualité de l'AFNOR (Association Française de NORMALISATION) définissant les quatre dimensions de la qualité entre les usagers et les professionnels ou les patients et les infirmières.

3.2.1 Le soin relationnel :

Selon le Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers, le soin est « *l'acte de soigner* » et aussi « *une attention particulière prêtée à ce que l'on fait pour obtenir le meilleur résultat possible* ». ⁶⁴

Selon Hervé MENAUT, infirmier en secteur psychiatrique et cadre de santé, « *un soin relationnel est une relation qui a la prétention de « soigner » !. Le soin relationnel prend la relation comme support : c'est la relation, par les interactions entre le soignant et soigné, qui amène les éléments qui vont soulager la personne. Ce n'est pas forcément ce que va dire ou faire le soignant qui fait le soin mais son aptitude à être dans la relation, à mettre en place les conditions nécessaires pour avancer dans son champ émotionnel et intellectuel* » ⁶⁵.

La relation, par les interactions entre le soignant et le soigné, amènerait les éléments qui peuvent soulager le patient.

La difficulté du soin relationnel est qu'il dépend de chacun, qu'il est subjectif, il n'existe pas de protocole précis pour effectuer un soin relationnel envers un patient telle une recette de cuisine (PRAYEZ).

3.2.2 La qualité du soin relationnel :

Selon le Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers, la qualité est « *la caractéristique d'une chose bien faite* ». ⁶⁶

Et la qualité des soins est « *la caractéristique des soins réalisés de manière à ce qu'ils soient bénéfiques pour le patient. [...] La qualité des soins doit être une volonté et une autoévaluation permanente de chaque infirmier* » ⁶⁷.

La volonté d'apporter le bien-être du patient et l'autoévaluation de ses émotions par l'infirmière peuvent la diriger vers la qualité du soin relationnel.

⁶⁴ Op. cit. POTIER, M. p.307

⁶⁵ MENAUT, H. (s.d.). *Les soins relationnels existent-ils ?* Consulté le Mars 19, 2013, sur <http://www.serpsy.org>.

p.2

⁶⁶ Op. cit. POTIER, M. p.271

⁶⁷ Ibid. p.271

L'auto-motivation est une des composantes de l'intelligence émotionnelle.

Avoir envie d'entrer en relation avec le patient, identifier et reconnaître ses émotions pourrait permettre à l'infirmière de les maîtriser et d'acquérir un langage non verbal adapté.

L'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé ⁶⁸ (IRDES) nous propose plusieurs définitions.

Pour Avedis **DONABEDIAN** (1919-2000), médecin et pionnier dans les travaux de la qualité sanitaire, ces soins dits de qualité « *maximisent le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfice/risque à chaque étape du processus de soins* ».

On peut noter que le bénéfice pour le patient revient fréquemment dans les définitions.

Cependant quel peut être le rapport bénéfice / risque d'un soin relationnel ?

Le bénéfice : le mieux-être, la satisfaction, la réponse aux besoins et attentes du patient. La souffrance morale du patient, par nos actes relationnels, va se trouver diminuée.

Le risque : que le patient, par un manque de qualité dans les soins relationnels de l'infirmière, s'enfonce dans sa souffrance. Et le risque pour l'infirmière ?

Quant à l'**OMS** (Organisation Mondiale de la Santé) la qualité est la capacité de « *garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques... lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains...* ».

Pour atteindre ce résultat, l'infirmière devrait pouvoir donner le meilleur d'elle-même dans chaque relation soignant-soigné.

Mais la définition la plus largement employée vient de l'**Institute Of Medicine** (IOM) américain qui précise que la qualité est « *la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment* ».

Les résultats de santé souhaités pour et par le patient conformément à la connaissance professionnelle de la gestion de ses émotions par l'infirmière.

Dans ce même document, l'IRDES nous expose les cinq composantes de la qualité :

- L'efficacité

Elle correspond aux effets souhaitables pour le patient.

Concernant le soin relationnel, cela pourrait être le soulagement psychologique.

- La sécurité

Elle est basée sur la non-malfaisance, le « *primum non nocere* » d'HIPPOCRATE.

D'un point de vue relationnel, le soignant ne devrait pas rajouter de la souffrance morale au patient, en ne souffrant pas lui-même peut-être.

⁶⁸ OR, Z., & COM-RUELLE, L. (Décembre 2008). *La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ?* Paris: IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé).

- L'accessibilité

Elle exige que les services de santé, donc les soignants soient disponibles au moment où le patient en a besoin.

La disponibilité pour les soins relationnels au patient est parfois mise à mal car la charge de travail de l'infirmier peut l'amener à le reporter ou à l'abréger.

- La réactivité

Elle renvoie au respect, à la dignité du patient, à la confidentialité, à la participation aux choix, au soutien social, aux choix de fournisseurs de soins. C'est la manière de gérer ce qui n'est pas en lien direct avec la santé du patient.

Pour le soin relationnel, être réactif c'est faire preuve d'empathie, de prendre en charge le patient dans sa globalité. Un autre terme est souvent employé « *patient-centeredness* » c'est-à-dire mettre le patient au centre des soins.

- L'efficience

Elle est l'utilisation optimale des ressources disponibles afin d'obtenir les résultats souhaités.

Ne pourrions-nous, concernant le soin relationnel, dire que la gestion des émotions est l'une des ressources de l'infirmière pour obtenir le bien être psychologique du patient en souffrance morale ?

Walter HESBEEN, infirmier et docteur en Santé publique de l'Université de Louvain (Belgique), propose cette définition de la qualité « *une pratique soignante de qualité est celle qui prend du sens dans la situation de vie de la personne soignée et qui a pour perspective le déploiement de la santé pour elle et pour son entourage. Elle relève d'une attention particulière aux personnes et est animée par le souci du respect de celles-ci* »⁶⁹.

Ce qui prend du sens dans les soins infirmiers n'est-il pas de prendre du sens dans la situation de vie du patient ?

HESBEEN nous dit de penser la qualité dans une « *perspective de santé* »⁷⁰ du patient.

La qualité du soin ne pourrait-elle se penser par les émotions ?

3.2.3 Le cycle de la qualité :

L'AFNOR, organisme officiel français de normalisation, a établi le cycle de la qualité. (AFNOR FD S 99-132).

Cette association est chargée d'organiser et de participer à l'élaboration de normes françaises, européennes et internationales.

Il en ressort une schématisation de la qualité dans le domaine des services et adaptées à la santé.

Ainsi, il est possible de distinguer quatre types de qualité :

- « *la qualité voulue (ou spécifiée) est formulée sous forme de critères explicites à partir desquels il est possible d'apprécier la conformité de la qualité délivrée*

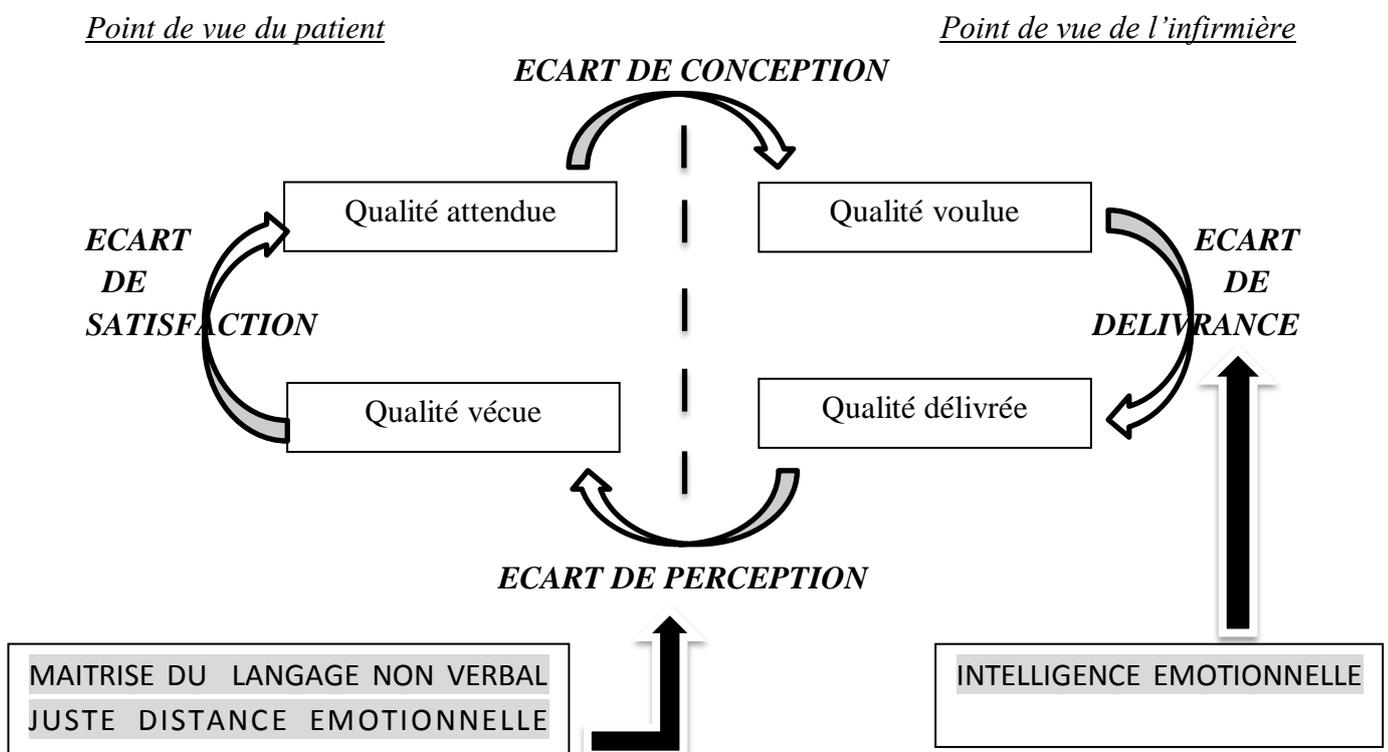
⁶⁹ HESBEEN, W. (2002). *La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante*. Paris: Masson. p.55

⁷⁰ Ibid. p.21

- *la qualité attendue par le patient se construit autour de ses besoins de santé, mais aussi de son expérience antérieure dans le système de soins*
- *la qualité vécue est celle qu'expérimente le patient. Elle dépend à la fois de la qualité attendue et de la qualité délivrée*
- *la qualité délivrée est celle que reçoit réellement le patient »⁷¹.*

La subjectivité de la qualité va engendrer des écarts (de conception, de perception, de satisfaction et de délivrance) entre les deux protagonistes du soin relationnel : l'infirmière et le patient.

En adaptant mon questionnement sur le lien de causalité entre le langage non verbal des émotions et la qualité du soin relationnel, il peut en ressortir la schématisation suivante :



Pour que l'infirmière puisse apporter un soin relationnel de qualité au patient, elle devrait s'engager à réduire les écarts.

L'écart de délivrance par l'infirmière pourrait être diminué par une gestion efficace de ses émotions, les identifier et les maîtriser lui permettrait de délivrer le soin désiré.

Quant à l'écart de perception, il pourrait être amoindri par une communication non verbale adaptée à la situation respectant une juste distance émotionnelle dans la relation.

L'infirmière montre au patient qui se cache derrière la blouse blanche.

L'image renvoyée au patient reste empathique.

⁷¹ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (1999). *Qualité des soins : revue à travers la littérature des outils et des critères utilisés en médecine ambulatoire*. p.11

La qualité vécue du soin relationnel par le patient pourrait se rapprocher de ce que veut à la base l'infirmière.

Pour que la qualité attendue par le patient soit au plus près de la qualité vécue, l'infirmière devrait analyser les « feed-backs » de l'interaction relationnelle ou l'encourager à exprimer ses attentes.

Le résultat de santé souhaité dans le soin relationnel est que le patient puise dans ses ressources afin d'avoir la force, la volonté ou les connaissances pour atteindre un certain bien-être, une certaine satisfaction de ses besoins.

Pour HESBEEN, en considérant le cycle de la qualité, les écarts entre la qualité attendue par le patient (qu'il a « *tant de mal à exprimer* ») et la qualité voulue par l'infirmière (« *dont la formation et l'organisation préparent à des actions de nature objective centrées sur le corps abordé comme objet* ») justifie l'insatisfaction en constante augmentation des personnes soignées⁷².

Concernant le langage non verbal, ce dernier fait référence à Richard L'ECUYER, Directeur Général de l'Hôpital Sainte Justine de Montréal : « *croire en la qualité [...] c'est être convaincu qu'elle me concerne d'abord, qu'elle se retrouve dans mes attitudes, mes gestes* »⁷³, le lien semble être établi entre le « la » émotionnel de l'état d'esprit positif avec les expressions faciales, le regard, le toucher adaptés avec la qualité du soin relationnel.

HESBEEN pense que « *l'œil qui regarde et qui est animé du souci d'une attention particulière, d'une aide subtile et appropriée permettant le déploiement de la santé, cet œil-là est tourné vers la qualité, est animé d'un désir de qualité* »⁷⁴.

Il nomme cela « *l'art soignant* », chaque soin pourrait être considéré comme une œuvre unique éphémère car elle est à recréer à chaque soin, à chaque patient, chaque jour.

Le dessein de la qualité du soin serait « *de penser et d'agir dans une perspective soignante* »⁷⁵. Dans un soin relationnel, l'objectif de l'infirmière est le « *déploiement de la santé* » du patient qui pourrait être atteint, en partie, en pensant ses émotions, en donnant la parole à son langage non verbal maîtrisé et en maintenant une juste distance avec ses propres émotions sans les nier.

⁷² Op. cit. HESBEEN, W. p.24.

⁷³ Ibid. p.166

⁷⁴ Ibid. p.53

⁷⁵ Ibid. p.168

3.3 Problématique :

L'analyse de ma phase conceptuelle fait ressortir que la gestion de ses émotions par l'infirmière dans un soin relationnel passe en premier lieu par la connaissance des différentes théories des émotions.

L'immense gamme émotionnelle de l'être humain sert de « *radar* » à l'infirmière dans la relation soignant-soigné.

Grâce à une intelligence émotionnelle comprenant plusieurs éléments comme la connaissance de soi, la maîtrise de ses émotions, l'auto-motivation, l'empathie et enfin la maîtrise des relations humaines l'infirmière pourrait impulser le « *la* » *émotionnel* » dans le soin.

Les composantes de cette intelligence émotionnelle permettent d'« *humaniser les soins* » en améliorant la part de soi dans la relation à l'autre.

La conscience de soi et des autres transformerait l'infirmière en instrument de soin.

Le reflet émotionnel de l'infirmière pouvant être perçu par le patient à travers des signaux non verbaux, comme les expressions faciales, le regard ou le toucher, elle devrait essayer de réguler la juste distance relationnelle, « *distance vis-à-vis de nos propres affects en acceptant d'être leur disciple* ».

L'infirmière se dévoile comme être humain par une communication non verbale (représentant 55% de la communication) adaptée l'amenant au plus proche de la conception du patient de la qualité du soin.

Sans nier ses émotions ni les refouler, mais sans les montrer ouvertement au patient, la relation non verbale qui se joue entre l'infirmière et le patient pourrait apporter un bien-être et une satisfaction du patient lors de son hospitalisation ou son institutionnalisation.

L'« *art soignant* » permettrait de dessiner un soin de qualité émotionnellement porteur de sens.

Cette analyse me conduit à reformuler ma question de recherche :

En quoi le langage non verbal de l'infirmière relatif à ses émotions peut influencer sur la qualité du soin relationnel ?

3.4 Hypothèse et variables :

Les éclairages amenés par ma phase conceptuelle m'amène à formuler l'hypothèse générale suivante :

La maîtrise émotionnelle du langage non verbal de l'infirmière permettrait d'optimiser la qualité du soin relationnel.

La variable indépendante est la maîtrise émotionnelle du langage non verbal de l'infirmière.

La variable dépendante est la qualité du soin relationnel.

4. Cadre opératoire

L'objectif du cadre opératoire est de savoir si la connaissance, l'identification des émotions et la maîtrise émotionnelle dans la communication non verbale d'un soin relationnel influence ou non sa qualité.

4.1 Choix de l'outil de recherche :

Dans le but de confirmer ou d'infirmer mon hypothèse générale sur la dépendance de la qualité du soin relationnel envers la maîtrise émotionnelle du langage non verbal des infirmiers, il me semble intéressant de choisir comme outil de recherche l'entretien semi-directif (**Annexe V**).

En effet, les émotions étant subjectives, personnelles à chacun, les entretiens permettraient un échange interactif et libre afin d'analyser la dimension humaine dans le soin et de découvrir d'éventuels nouveaux éléments pouvant étayer ma recherche.

En premier lieu, je questionnerai les soignants sur leurs déterminants sociaux : leur âge civil, la date d'obtention de leur diplôme d'Etat infirmier, le nombre d'années d'expérience dans le service où ils exercent.

Le guide d'entretien comprend sept questions ouvertes permettant une liberté de propos aux personnes interrogées.

Les résultats seront exprimés qualitativement en fonction des réponses apportées par les participants.

4.2 Population cible :

Echantillon de population :

Je mènerai mes entretiens semi-directifs auprès de 4 infirmières dans chaque service afin d'avoir un échantillon représentatif de la population.

Caractéristiques de la population :

Le soin relationnel, tel que l'entretien d'aide, étant une activité du rôle propre infirmier, j'ai décidé de n'interroger que les infirmières afin d'approfondir mes connaissances sur le thème de mon mémoire de fin d'études.

Je questionnerai des infirmières :

- d'âge civil différent pour questionner le lien entre l'expérience de la vie et la gestion des émotions.
- de sexe masculin ou féminin afin d'identifier une éventuelle approche différente des émotions.
- avec une expérience professionnelle allant de une à plusieurs années afin d'évaluer son importance dans la gestion des émotions.
- ayant eu ou non des formations de type « gestion du stress ou gestion des émotions » afin de connaître l'impact de ce type de formations dans l'exercice professionnel.

Lieux de l'enquête :

Je fais le choix d'enquêter dans différents services car les soins relationnels se retrouvent dans tous types d'exercices infirmiers :

- en service de soins palliatifs pour connaître l'influence de la fin de vie des patients sur les émotions des infirmières.
- en EHPAD (Établissement d'Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes) afin d'évaluer la répercussion d'une relation à long terme avec le résident sur les émotions.
- en service de soins psychiatriques, où les infirmières sont confrontées quotidiennement à des situations émotionnelles complexes, afin de savoir si la gestion des émotions y tient une place importante.

4.3 Limites de l'enquête :

Les patients n'étant pas interrogés, il semble complexe de juger la qualité du soin relationnel uniquement du point de vue soignant. Seule la qualité délivrée par l'infirmière pourra être analysée.

De plus la subjectivité des émotions et de leur gestion par les infirmières peuvent être un biais car elles sont intimes. Une infirmière peut penser les gérer mais ne pas le faire dans son exercice professionnel.

Enfin le peu de place accordé parfois à l'échange émotionnel dans le soin pourrait fausser les résultats.

5. Conclusion

Mon mémoire de fin d'études m'a amené sur le chemin des émotions de l'infirmière dans son exercice professionnel et leur lien avec la qualité du soin relationnel.

Ces émotions présentes, mais souvent ignorées ou refoulées par une tradition soignante implicite, peuvent être un frein ou un atout dans le soin apporté au patient vulnérable face à la souffrance, la maladie, la fin de vie.

L'humanité des deux protagonistes entraîne un miroir émotionnel incontournable.

Avoir conscience de soi, vivre ses émotions et les maîtriser permet de se mettre au service de la relation à l'autre, l'infirmière est son propre outil de travail reflétant son authenticité dans son langage non verbal.

La parole des émotions se situe au cœur du soin.

Il existe deux types de personnes : les externaliseurs qui expriment leurs émotions non-verbalement et les internaliseurs les exprimant peu. Pour ces derniers les émotions ont acquis un statut de « stressor » pouvant entraîner des répercussions physiologiques ou des problèmes de santé ⁷⁶.

Nier ses émotions ou les laisser guider les pratiques professionnelles pourrait empêcher d'entendre les besoins et attentes du patient, elles pourraient nuire à la qualité du soin relationnel.

L'insatisfaction du patient peut alors émerger l'entraînant dans une spirale de souffrance.

Quant à l'infirmière, la surcharge ou le déni liés aux émotions risquent d'influer sur sa qualité de vie au travail l'exposant à long terme à un épuisement émotionnel, une déshumanisation de la relation à l'autre et un sentiment d'échec professionnel, triade des symptômes de « burn-out » ou syndrome d'épuisement professionnel en réponse à un stress émotionnel chronique et répétitif.

Le « burn-out » souvent mentionné dans mon mémoire, notamment par les infirmiers interrogés dans mon enquête exploratoire, est considéré comme la « *maladie de la relation d'aide* »⁷⁷.

L'émergence des risques psycho-sociaux liés au travail dans les années 1980, dont le stress est une des manifestations cliniques, a amené les législateurs à s'interroger sur leurs différentes dimensions, nous y retrouvons les exigences émotionnelles.

La gestion des émotions pourrait être un outil à la prévention des risques psychosociaux afin de ne pas perdre le sens de l'exercice professionnel infirmier.

Tout au long de la construction de mon mémoire, en m'attachant à connaître la place des émotions du soignant j'ai pris conscience de l'importance de la dimension émotionnelle et du développement d'une compétence émotionnelle dans l'exercice professionnel infirmier.

⁷⁶ Op. cit. PHILIPPOT, P. p.43

⁷⁷ DELBROUCK, M. (2003). *Le burn-out du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel*. Bruxelles: De Boeck. p.39

6. Bibliographie

Internet :

http://www.serpsy.org/formation_debat/soin_relationnel.html

http://www.esen.education.fr/fileadmin/user_upload/Modules/Ressources/Themes/risp_emotion_08/e_stumpf.pdf

<http://www.lecorpshumain.fr/corpshumain/3-emotions.html>

<http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/decret-nd-2004-802-du-29-juillet-2004-relatif-aux-parties-iv-et-v-annexe.html>

http://www.google.fr/imgres?q=EXPRESSIONS+FACIALES+%C3%A9MOTIONS&sa=X&rls=com.microsoft:fr:IE-Address&biw=1366&bih=651&tbn=isch&tbnid=43qkBEqSIIdktNM:&imgrefurl=http://menwomen2ds.blogspot.com/2011/04/facial-emotions-and-expressions.html&docid=nbCQAfb0_fIHtM&imgurl=http://2.bp.blogspot.com/-FIAvj7TaS0/TbVC3d9v54I/AAAAAAAAAAo/slcVXcHvUso/s1600/marni_emotions.jpg&w=500&h=356&ei=O4CDUfT6E8rRhAevmlGQAw&zoom=1&iact=hc&vpx=233&vpy=224&dur=9948&hovh=189&hovw=266&tx=144&ty=134&page=1&tbnh=153&tbnw=215&start=0&ndsp=27&ved=1t:429,r:2,s:0,i:91

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (1999). *Qualité des soins : revue à travers la littérature des outils et des critères utilisés en médecine ambulatoire*. p.1-64

MENAUT, H. (s.d.). *Les soins relationnels existent-ils ?* Consulté le Mars 19, 2013, sur <http://www.serpsy.org>. p.1-5

PHANEUF, M. (2010, Janvier). *Les intelligences émotionnelle et sociale, des outils pour la relation*. Consulté le Mars 13, 2013, sur Infiressources. p.1-16

Ouvrages :

CURCHOD, C. (2009). *Relations soignants-soignés : prévenir et dépasser les conflits*. Issy-les-Moulineaux: Masson.

DELBROUCK, M. (2003). *Le burn-out du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel*. Bruxelles: De Boeck.

GAURIER, P. (2009). *Quand les soignants témoignent ... Du droit individuel à "l'oubli" au devoir collectif de mémoire*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

HESBEEN, W. (2002). *La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante*. Paris: Masson.

MERCADIER, C. (2012). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital : le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*. Paris: Seli Arslan.

PHANEUF, M. (2011). *La relation soignant-soigné. Rencontre et accompagnement*. Montréal (Québec): Chenelière Education.

PHILIPPOT, P. (2011). *Emotion et psychothérapie*. Wavre (Belgique): Mardaga.

POTIER, M. (2002). *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers*. Rueil-Malmaison: Lamarre.

PRAYEZ, P. (2009). *Distance professionnelle et qualité du soin*. Rueil-Malmaison: Lamarre.

Rapports

ESTRYN-BEHAR, M. (2008). *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Rennes: Presses de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP).

MONNIN, C., & Francis-Luc, P. (s.d.). *Le facteur humain au coeur de l'intelligence collective*.

OR, Z., & COM-RUELLE, L. (Décembre 2008). *La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ?* Paris: IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé).

ROSSANO-BEAUDOIN, V., & DI NUNZIO, M.-G. (2011, Septembre). Fiche de lecture. *L'intelligence émotionnelle de Daniel GOLEMAN*.

Périodiques :

DANY, L., DORMIEUX, A., FUTO, F., & FAVRE, R. (mars 2006). *La souffrance : représentations et enjeux*. Recherche en soins infirmiers n° 84, 91-104.

NUGIER, A. (2009). *Histoire et grands courants de recherche sur les émotions*. Revue électronique de psychologie sociale, 8-14.

SOARES, A. (2000). *La charge émotive du travail infirmier*. Objectif prévention. Vol 23. n° 2, 10-11.