

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
CROIX ROUGE FRANCAISE
ANGOULEME

PROMOTION 2004-2007
ANNEE SCOLAIRE 2006-2007

**LES EMOTIONS :
UN FORMIDABLE OUTIL DE « RAISONNANCE »
DANS LA RELATION SOIGNE/SOIGNANT**

TRAVAIL DE FIN D'ETUDES EN VUE DE L'OBTENTION
DU DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER

Ecrit par : **Michel BEGUIER**

Sous la direction de : **Magalie JOSEPH-JOUBERT**

juin 2007

« Sur la voie de la réalisation, apprendre à connaître ses émotions, à les gérer et à les canaliser n'est pas ce qu'il y a de plus aisé, mais c'est cependant un passage obligé »

Auteur anonyme

SOMMAIRE

<u>Introduction</u>	p 1
I - <u>Pourquoi ce choix de situation ?</u>	p 2
II - <u>Cheminement vers une problématique</u>	p 3
1- <u>Les représentations du soignant sur la mort</u>	p 4 à 6
2 - <u>La communication avec une personne en fin de vie</u>	p 7 à 11
III – <u>Problématique</u> : « En quoi la reconnaissance de ses émotions par le soignant améliore t'elle la qualité d'écoute » ?	
1 – <u>La reconnaissance de nos émotions</u>	p 12 à 14
2 – <u>La qualité d'écoute</u>	p 15
IV - <u>présentation de la pré enquête sur le terrain</u>	
1 - Enquête, analyse et confrontation à la littérature	p 16 à 17
2 – Où je chemine doucement	p 18
V- <u>Hypothèse théorique</u> : « L'expression émotionnelle du soignant en équipe influence sa disponibilité pour le patient ».	p 19
• Devis d'enquête	
VI – <u>Hypothèse opérationnelle</u> : « Plus le soignant exprimera ce qu'il ressent à l'équipe, plus il sera à l'écoute du patient ».	p 20
• Explication du devis d'enquête	
<u>Conclusion</u>	p 21 à 22

Bibliographie

Annexes

- I- Description de la situation initiale
- II- Guide d'entretien de la pré enquête
- III- Retranscription des entretiens
- IV- Grille de dépouillement des entretiens
- V- Autres documents

DESCRIPTION DE SITUATION

Une situation particulière m'a interpellée pendant mon stage de pré professionnalisation en juillet. ___ Nous sommes le lundi, c'est ma 1^{huit} du stage suivant deux semaines de jour. cela se passe dans un service de soins comptant huit lits de médecine (pneumo, traitement de la douleur...) et quatre lits de soins palliatifs. .

Ce service reçoit des malades sous chimio thérapie, des insuffisants respiratoires, mais aussi des patients suivis par des gastro-entérologues pour des bilans variés :asthénie, pancréatite, fécalome etc....

La majeure partie des hospitalisations est constituée de personnes souffrant de cancers évolutifs et suivis par un médecin oncologue attaché au service.

Ce suivi consiste le plus souvent à des cures de chimiothérapie, des transfusions en cas de baisse importante du taux d'hémoglobine, mais aussi des suivis de patients pour lesquels les thérapeutiques ont atteint leurs limites et qui sont hospitalisés jusqu'au décès avec le passage administratif du curatif au palliatif. Dans ce cas, le but affiché est de diminuer la douleur et de maintenir un confort maximum à la personne, du point de vue physique en réduisant les actes invasifs et en permettant aux familles de passer le plus de temps possible avec leur parent. Ce service bénéficie également de la visite hebdomadaire de deux bénévoles de l'Asp 16 (association de soins palliatifs de la Charente). Ces personnes prennent en charge, à la demande des familles et/ ou du service, l'accompagnement psychologique du patient et de sa famille.

Une psychologue attachée à l'établissement peut intervenir à la demande de l'équipe soignante ou des familles.

Certains gastro-enterologues hospitalisent pour des examens endoscopiques (camera permettant d'examiner les organes internes)

La situation qui nous intéresse concerne Mme X, 80 ans.

Suivie depuis 5 ans pour polyarthrite chronique, mal voyante, mal entendante. Hospitalisée une semaine auparavant pour douleurs abdominales diffuses et altération de l'état général. Seul un petit fils et sa femme de ménage ont pris de ses nouvelles. Les examens prescrits ont montrés l'existence d'une lithiase biliaire, d'où la décision de l'opérer.

J'avais pu rencontrer Mme X au début de son hospitalisation, quand je travaillais de jour et j'avais échangé un peu avec elle dans la limite de ce que je pouvais lui dire de sa pathologie, mais surtout, j'ai veillé à l'installer avec soin dans son lit et à m'assurer qu'elle était le moins mal possible compte tenu des circonstances (il faisait 35° dans les chambres le jour). Mme X se sentait très fatiguée et ne comprenait ni ce qu'elle avait, ni ce qu'on lui faisait malgré les explications du chirurgien sur la nécessité et le déroulement de l'intervention. Elle m'avait dit n'être pas très optimiste quant à ses chances de guérison et de retour à domicile.

Cette dame a donc subi trois jours avant les faits, une intervention nommée CPRE (cholangiographie endoscopique pancréatique par voie rétrograde) qui consiste à aller examiner les voies biliaires à but de pratiquer une incision du sphincter de Odi¹ pour évacuer la lithiase. Un effet secondaire fréquent et très grave est la pancréatite, c'est-à-dire l'inflammation du pancréas et des voies biliaires causée par une surpression dans le cholédoque.

Ce fut le diagnostic posé dans le cas de Mme X pendant le week-end.

Aux transmissions du soir. Nous apprenons qu'elle est à J3 de son opération qui, sur le plan chirurgical s'est bien passée. A J1 et J2, elle était bien réveillée, mais présentait une t° constamment à 39° et des douleurs continues mal calmées par le traitement. Un diagnostic de pancréatite post interventionnelle est posé pendant le week-end. Depuis ce matin elle est inconsciente ne réponds pas à la parole et geint pendant les soins de confort. Son pronostic vital est engagé à court terme.

Le traitement injectable consiste en une perfusion de 3L de soluté poly ionique/24 h, des antalgiques de niveau 1, un anti-inflammatoire et de la morphine à la demande. Elle bénéficie également de 3 antibiotiques qui sont le traitement habituel en cas de pancréatite

Cette dame est sous 2L d'O2/Mn, porteuse d'une sonde vésicale, d'une aspiration gastrique et elle a une protection compte tenu de selles liquides, incontrôlées et très acides.

Au tour de 22 h, nous l'avons changée, massée et réinstallée. Son état cutané était satisfaisant mis à part des œdèmes aux membres inférieurs. Elle a gémit, ce qui nous a laissé supposer qu'elle souffrait, mais l'infirmière a préféré ne pas lui faire de morphine de peur d'aggraver son insuffisance respiratoire. Sa tension artérielle était

¹ But : libérer la bile dans le duodénum

à 6/2,5 avec un pouls filant à 110 ce qui pouvait indiquer un problème d'hypovolémie d'origine vasculaire ou cardiaque. La réanimation mise en place dans la soirée est de 3L/24 h d'entrées, ce qui est important compte tenu des sorties autour de 1,5L, et qui aurait du faire remonter la TA ..

En surveillant la tension, je me suis aperçu que celle-ci, à 22 h 45, ne remontait pas j'en réfère à l'Ide et lui demande de pouvoir apprendre à régler les alarmes maxi et mini afin de permettre une meilleure surveillance.

Je retourne dans la chambre de Mme X 10 Mn plus tard, accompagné de deux collègues Esi et nous commençons à manipuler les commandes de l'appareil.

Après dix minutes, nous avons bien compris le mode de fonctionnement, l'Ide de nuit s'était jointe à nous et Mme X était toujours dans un état comateux.

Je reprends une nouvelle tension avant de partir et là : pas d'affichage. L'appareil ne trouvait ni TA, ni pouls, je change le brassard de position, et j'obtiens un pouls à 50 et la TA à 14/12, ce qui m'inquiète beaucoup, d'autant que notre patiente a une respiration difficile, courte et superficielle. Je tente de reprendre la tension, pensant à une erreur de l'appareil, plus rien ne s'affiche et Mme X semble ne plus respirer.

L'Ide et moi avons cherché en vain un pouls carotidien, puis Mme X a eu un gasp (respiration ample et bruyante se manifestant à la fin de l'agonie) puis est restée immobile et inerte

.Mme X venait de décéder, en présence de l'Ide et de moi qui avons déjà assisté à des décès, et d'une Esi qui n'en avait jamais vu.

INTRODUCTION

Le thème de départ de ce travail est la **difficulté à être soignant accompagnant jusqu'au bout de la vie.**

En tant qu'infirmier, je ne dois pas être qu'un technicien, cependant au cours d'une situation de stage, je n'ai été que cela. En effet que dire d'un soignant qui ajuste une machine alors que la personne qu'il soigne est en train de mourir ? (annexe 1)

C'est la question essentielle qui m'a amené à ces recherches. J'ai pu analyser cette situation que j'ai vécue comme dévalorisante et frustrante dans un premier temps puis comme une nécessaire introspection. Je me suis réfugié derrière une technique, inutile en l'occurrence, car je n'étais pas dans un « savoir être » adéquat. A cet instant comme à d'autres dans ma vie personnelle et professionnelle, je ne laissais pas vivre mes émotions. Ces recherches m'ont amenées à l'interrogation suivante : « *en quoi les représentations du soignant sur la mort influencent elles la communication avec une personne en fin de vie* »

Je n'ai pas décidé du déroulement de ce travail de recherche. Il s'est imposé au fur et à mesure de lectures, rencontres, réflexion et maturation. Le mot cheminement me paraît approprié pour le définir.

En effet, parallèlement j'ai pu étudier des concepts aussi larges et variés que les représentations en général et les miennes en particulier, la mort, l'équipe de soin, les besoins essentiels d'une personne soignée.

Dans un même temps, presque à mon insu, ma conception de soin a évolué. Cette façon subtile de voir les choses sous l'angle d'un travail de recherches, d'introspection m'amène à une dimension soignante en devenir.

Ce travail m'a conduit à une confrontation d'une problématique : « *en quoi la reconnaissance de ses émotions par le soignant améliore t'elle la qualité d'écoute ?* » à deux experts ayant des champs de compétences communes parfois divergentes quant à leur application.

Par la suite, j'ai choisi de poser une hypothèse théorique portant sur la nécessaire expression des émotions dans l'équipe pour le soignant dans le but d'être plus disponible pour la personne soignée intitulée : « *l'expression émotionnelle du patient en équipe influence sa disponibilité pour le patient* ».

Ce qui me permettra après recherches et devis d'enquête d'affirmer que « *plus le soignant exprimera ce qu'il ressent, plus il sera à l'écoute de la personne soignée* ».

I - Pourquoi ce choix de situation ?

A ce stade, je ne le sais pas encore, mais il m'amène à des questionnements inattendus.

Les faits se sont passés en deux temps dans la faction de nuit. Mme x était en phase palliative d'une pancréatite, le pronostic vital était engagé à très court terme.

J'avais laissé cette dame la semaine précédente, communiquant verbalement et avec une possibilité de retour à domicile, je la retrouve ce jour mourante.

Je ressens d'abord du désarroi, l'état de santé de Mme X avait radicalement changé en quatre jours. De communicante, je la retrouvais inconsciente et agonisante. je ne savais pas quel comportement adopter.

« En quoi le changement brusque d'état de conscience d'une personne peut interpeller le soignant dans sa communication avec le soigné ? »

Un autre ressenti, positif celui-ci a été d'avoir été à l'écoute des besoins physiques de Mme x.

J'ai éprouvé de la satisfaction plaisir à faire ces gestes de maintien de confort.

Je n'avais pas envie de partir. J'avais comme l'impression de l'abandonner, comme si j'avais quelque chose à faire ici, mais je ne savais pas quoi.

« Quels pouvaient être les besoins réels de cette personne » ?

Il est un domaine où je ne m'étais pas encore interrogé, celui de la souffrance morale, de la conscience et de l'inconscience. En fait, **« est ce que Mme x avait besoin de communiquer ? Est ce que le fait d'être dans un état d'inconscience et d'agonie abolit tout désir, toute sensation de plaisir ou de déplaisir » ?**

Je me demande si elle se rendait compte de son état, du peu de temps qu'il lui restait à vivre et si oui, que désirait elle le plus à ce moment là ?

Je m'aperçois que je ne connaissais cette personne qu'à travers sa pathologie et les soins en rapport.

23h : J'ai ressenti le besoin ou l'envie d'aller voir Mme x, je ne sais pas pourquoi.

J'ai proposé à une collègue étudiante de venir avec moi pour me montrer les réglages du tensiomètre dans la chambre de la patiente. Pendant cinq minutes, nous

avons étudié le fonctionnement de l'appareil. Puis je me suis approché de Mme X et j'ai constaté que sa respiration était imperceptible et après vérification, je me suis aperçu de l'absence de pouls. C'est alors qu'elle a eu un grand soupir et plus rien, c'était fini. J'ai pensé : « sa vie l'a quittée. »

J'ai eu une sensation de paix, comme si c'était naturel, Mme X était arrivée au bout de sa vie et l'énergie qui l'habitait n'existait plus. De plus elle était partie sans manifestation de souffrance.

Je m'interroge toujours sur la véritable raison qui m'a amené dans cette chambre. Est-ce en relation avec un vécu personnel récent ? Je crois que le réglage de l'appareil n'était qu'un prétexte à venir passer un moment avec Mme X. Mais j'avais besoin d'être dans le « savoir faire » pour justifier mon incapacité à établir une relation basée sur une approche concernant le « savoir être ».

Il m'est apparu durant ce travail d'introspection difficile que j'avais des difficultés à évaluer les besoins d'une personne mourante ne communiquant plus verbalement, par conséquent, j'ai eu également des difficultés à trouver un accompagnement adapté.

Je veux être un soignant attentif et les soins que j'ai prodigués à Mme X m'apparaissent incomplets.

Pourquoi ai-je choisi de parler de cette situation ? Est ce à cause d'un défaut de distance, d'une sensation d'échec en rapport avec un « mauvais accompagnement » ?

Quelle est ma représentation de la mort en général et de la mienne en particulier?

Quelles émotions m'habitaient pendant le temps de cette situation et par la suite ?

Est-ce un paradoxe que de soigner une personne et d'accepter sa mort ?

Aujourd'hui, je pense que j'avais des attentes de l' « accompagnement parfait ». Dans les faits, je me suis retranché derrière des actes techniques et je ne pouvais pas agir et être, différemment vis-à-vis de cette personne à ce moment là.

L'analyse de cette situation me fait prendre conscience de l'intérêt à porter à la diversité des besoins de l'humain. Il me paraît important d'aller investiguer ces besoins qui ne sont pas uniquement de nature physique, c'est-à-dire des soins de confort et techniques et de les nommer : espérance, désirs, spiritualité...

Ces questions et réflexions sont en lien direct avec mon malaise de n'avoir pas su communiquer avec Mme X. Pour pouvoir peut être y répondre et me confronter à ma capacité d'empathie, j'arrive à cette question de départ :

« **En quoi les représentations du soignant sur la mort influencent elles la communication avec une personne en fin de vie ?** »

II - Cheminement vers une problématique :

Dans la représentation de la mort il m'est difficile de dissocier la personne soignante de l'humain qu'elle peut être. Je définirais les concepts présents dans la question précédente en partant du principe que dans ce travail de recherche, l'essentiel n'est pas d'être exhaustif, mais de mettre en lumière les paramètres essentiels qui me paraissent participer à la relation entre la personne qui soigne et celle qui va mourir.

1 - LES REPRESENTATIONS DU SOIGNANT SUR LA MORT :

1.1 Représentations de la mort :

En philosophie, la représentation est : « ce par quoi un objet est présent à l'esprit »² ou encore une image, figure ou symbole représentant une idée.

La représentation est un des thèmes majeurs de la philosophie³. Descartes lui donnait deux acceptions : celle où elle est l'acte amenant à l'organisation de l'objet de pensée, et l'autre où elle désigne le contenu de l'acte de pensée, conscient ou non.

En sciences humaines⁴ la représentation est généralement définie comme un ensemble de définitions et de croyances, encodées en mémoire et que l'on peut extraire et manipuler mentalement. On les utilise aussi pour **communiquer avec autrui**, pour rêver, imaginer, planifier et orienter nos conduites. Plus nous nous approchons de la mort, plus nous nous rapprochons de la représentation que nous nous en sommes faite durant notre vie. Comme Dieu, le bonheur ou la société idéale, la mort appartient au **monde de l'imaginaire** qui n'est pas nécessairement celui de la fausseté ou de l'illusion. Cette distance entre notre univers soi disant réel et notre monde imaginaire constitue un élément central et permanent de l'existence humaine. Faut-il rappeler que la vie c'est-à-dire l'amour, la sexualité, l'argent par exemple, n'est souvent vécue « en réalité » qu'à travers la présentation représentation que nous en proposent les diverses idéologies de notre milieu. Dans son article « *le rôle des représentations de la maladie et de la douleur dans la relation patient*

² PETIT LAROUSSE 1991

³ DORON .R, 2005

⁴ DORTIER-J.F, 2002

soignant »⁵, Cedrashi note l'importance de « la relation » : si le comportement du patient ne correspond pas aux attentes du soignant, ou inversement le comportement du soignant apparaît comme incompréhensible aux yeux du soigné, la relation va en être forcément affectée. Le sociologue Uli Windisch affirme que « n'importe qui ne fait, ne pense ou ne dit pas n'importe quoi, n'importe comment, à n'importe qui, n'importe quand, n'importe où, dans n'importe quelle situation, à n'importe quelle fin, avec n'importe quel effet »⁶ Je retire de ces différentes approches que les **représentations sont moteurs de nos actions et pensées**, qu'elles existent à notre insu et qu'un même groupe culturel a des représentations similaires.

Nous allons maintenant évoquer le **concept de mort** qui s'inscrit dans une réflexion sur la nature même de l'homme : Le Larousse nous dit « *cessation complète et définitive de la vie* ».

Historiquement, selon Aries⁷, l'évolution des attitudes et représentations liées à la mort s'est présentée en **quatre modèles** en occident depuis le V^e siècle. D'abord une mort familière, réglée par la coutume, vécue comme une cérémonie publique. C'est l'acceptation du destin sans émotion excessive. Deux siècles plus tard, la peur du jugement dernier fortement encouragée par le clergé et liée à la nécessité de rendre des comptes fait son apparition. Puis la Renaissance met la mort à distance. Et à partir XVII^e siècle, la mort de soi est progressivement niée et celle de l'autre devient pathétique. Et depuis un siècle, nous assistons progressivement, en lien avec l'urbanisation massive, à un rejet de la mort. Ainsi en France, près de trois décès sur quatre ont lieu à l'hôpital. Les familles ne voient plus le mort qu'un bref instant et le deuil ne fait plus partie des pratiques sociales. La mort, malgré une interrogation intellectuelle renouvelée, constitue une **sorte de tabou**.

Du point de vue médical, le médecin constate un décès, la vie a quitté le corps et on peut le mesurer par l'**absence de signes vitaux**.

Descartes et Malbranches considéraient que la mort n'était que la fin d'une vie corporelle terrestre, mais pas le néant de l'âme⁸. Marx et Comte nient l'existence même de l'âme et ne reconnaissent l'**immortalité qu'au travers de la mémoire laissée au monde**⁹.

L'**existentialisme** prôné par Sarthe considère la mort comme **faisant partie intégrante de la vie**, ce qui lui confère son caractère absurde¹⁰.

Quelques soient les approches philosophique ou physiques du concept de mort, il est question du moment : avant et après. Nous constatons également que la notion de mort est devenue tabou aujourd'hui, après avoir fait partie de la vie depuis le début de notre ère. On aborde également la notion d'immortalité avec Descartes qui nous parle de l'« *Ame* ». Marx et Comte en revanche, ne reconnaissent pas l'âme, mais voient l'immortalité dans le souvenir laissé au monde.

Suite à toutes ces références voyons maintenant :

1.2 la représentation du soignant :

⁵ CEDRASHI, 1998

⁶ WINDISCH, 1993

⁷ ARIES 1977

⁸ HACHETTE, 2002

⁹ Ib.id.

¹⁰ Ib.id.

D'après le Larousse c'est une « Personne chargée de soins en vue du bien être des malades dans un hôpital »

C'est aussi une personne qui au cours de sa formation et de son expérience a acquis des compétences faisant de lui un professionnel. Ses rôles reconnus sont du domaine de la prévention, du curatif, du palliatif et de l'accompagnement qui en découle. Walter Hesbeen¹¹ nous rappelle que soigner, c'est « *être attentif à une personne en vue de lui venir en aide dans la situation de vie particulière et singulière qui est la sienne.* » Ce qui veut dire que chaque malade étant unique, il a besoin de soins uniques. Il me semble important de rappeler que, « *le prendre soin est tributaire de l'intention soignante* » Cette notion que « *le prendre soin* » lie le soigné, le soignant, et l'envie, me paraît très pertinente quand on sait à quel point un malade est sensible à la communication verbale et non verbale. Pour qu'un soin soit congruent il me semble que l'écoute est une qualité indispensable chez un soignant. Seule la conscience de son importance peut permettre au soignant de répondre mieux à la personne en demande de soins.

Représentation de la mort par le soignant :

Depuis une vingtaine d'années **le lieu des décès s'est déplacé** du domicile des personnes vers l'hôpital. Malgré les efforts de maintien à domicile des personnes âgées et le développement des soins à domicile, 75% de la population en France meurt à l'hôpital¹².

Certaines familles ne se sentent pas capable de faire face à la mort de leur proche et préfèrent le transfert à l'hôpital.

Malgré ce fait, l'hôpital est devenu dans l'esprit des hommes davantage un lieu de guérison qu'un lieu de mort. En effet, la représentation de l'hôpital était dans l'imaginaire collectif du début du XX^e siècle, un lieu où venaient les indigents, les blessés de guerre, et autres malades seuls et démunis, et était synonyme de décès. Les soignants n'étaient pas formés et leurs attributions mal définies. Pourtant 75% des décès se passent dans les murs de l'établissement. Ce paradoxe implique et renvoie les soignants à leurs propres représentations et à celles du but de leur métier. Sont ils là pour guérir ? Où plutôt comme le relevait M-F Colliere pour « soigner » ? Ou bien pour accompagner (marcher avec) C'est à dire permettre de passer (une étape de la vie par exemple), dépasser, trépasser... Les soignants sont des passeurs.¹³ Au final, je comprends que les soins auprès d'une personne en fin de vie nous parlent de notre condition de mortel, inhérente à l'être humain. Dans son article, Hélène Brocq¹⁴ nous rappelle que l'accompagnement de patients en fin de vie confronte les soignants à des émotions en lien avec l'angoisse de mort. Afin de « métaboliser » cette angoisse, le soignant est conduit à mobiliser ses propres ressources, ce qui représente un réel travail psychique, coûteux en terme d'énergie et de souffrances. De plus, l'auteur souligne que l'accompagnement en fin de vie du point de vue psychique consiste à soutenir le désir de vivre d'un individu qui va mourir. Là, interviennent les propres représentations du soignant ainsi que les moyens qu'il a mis en place pour faire face à ses peurs.

1.3 Souffrances et protections du soignant :

¹¹ HESBEEN, 1998

¹² PRAHIN, 1999

¹³ COLLIERE, 1996

¹⁴ BROCCQ, 2002

Hélène Harel Biraud¹⁵ nous parle de ces mécanismes qui s'installent progressivement. « La souffrance du soignant est d'abord psychologique, l'impression d'avoir soigné pour rien. Puis peuvent apparaître des manifestations psychosomatiques (migraines, dorsalgies, insomnies) qui vont perturber le soignant ayant ce vécu paradoxal de soigner et d'accompagner vers la mort. »

Nous avons effectivement rencontré ou vécu des expériences douloureuses moralement et dans notre corps, sans pouvoir donner d'explications rationnelles. La seule vraie protection, toujours selon Harel- Biraud, consiste « à se connaître soi-même, ses limites, capacités et moyens pour se ressourcer. Savoir ce que l'on veut pour soi, et accepter l'aide d'autrui »

Nous sommes **face à un échec** bien que n'étant pas responsables. L'échec des thérapeutiques multiples et variées appliquées afin **de guérir ou de sauver**. Tous les efforts de soins, de relation d'accompagnement que l'on accompli pour finir à un décès. Nous sommes alors souvent renvoyés à nos propres peurs et à nos propres morts. Nous pouvons ressentir une souffrance liée à une culpabilité à n'avoir pas pu ou su accompagner une personne chère. Au final, nous restons souvent sur un malaise lié à des non dits car on ne sait pas où, quand, ni à qui parler de cette émotion qui n'est pas vraiment définie. C'est **pourquoi la communication est indispensable** dans notre profession et le thème que je souhaite maintenant développer.

2 - LA COMMUNICATION AVEC UNE PERSONNE EN FIN DE VIE

C'est un concept large que je vais essayer de comprendre en me demandant dans un premier temps :

2.1 Qu'est une personne en fin de vie ses souffrances et besoins ?

Une personne en fin de vie, encore appelée « mourant », est d'abord un être humain qui s'approche plus ou moins vite du terme de son existence. Cette période peut s'étaler dans le temps de quelques heures à quelques semaines, voire des mois.

Pour un soignant, être conscient que cette personne demeure dans la vie jusqu'à la mort reste indispensable. J Pillot nous dit : « il ne s'agit pas d'accompagner à la mort, mais d'accompagner jusqu'à son dernier souffle une personne à la fois vivante, souffrante et désirante »¹⁶. C'est-à-dire une personne digne d'intérêt, comme le souligne souvent Walter Hesbeen dans ses écrits, mais aussi un être qui souffre et qui a des besoins et des désirs qu'il ne peut plus accomplir seul.

Mais qu'est ce que peut être la **souffrance d'un mourant** ? L'étymologie nous apprend que ce terme est à l'origine des mots : *deuil* et par extension *douleur*. Bioy, Bourgeois et Nègre nous la définissent ainsi : « *elle peut être de nature physique (épuisement), psychologique (proximité de la mort) ou spirituelle (questionnements existentiels de toute nature)* »¹⁷. Par ces termes, je pense que le mourant est un être humain à part entière qui ressent des angoisses spécifiques générées par sa situation palliative. Les peurs de cette personne doivent être entendues et le devoir et la raison d'être du soignant est de lui

¹⁵ HAREL BIRAUD 1991

¹⁶ PILLOT, 1993

¹⁷ BIOY, 2003

apporter une attention et une écoute individualisée. Ce qui m'amène à me demander que sont **les besoins d'une personne en fin de vie**. Le besoin est : « un désir, une envie, une insatisfaction dus à un sentiment de manque. d'ordre nécessaire et indispensable »¹⁸

Nous nous trouvons face à des besoins physiques élémentaires, de l'ordre du soulagement de la douleur, du bien être physique optimal.

Mais qu'en est il des autres besoins, soulagement de la détresse psychologique, spirituelle et autres désarrois qui ne sont pas ou peu exprimés par une personne en état d'inconscience ? C'est peut être là que le mot accompagnement prend tout son sens ; dans l'accomplissement de tâches et dans un comportement en adéquation avec les besoins du mourant. Ces actions ont pour but d'établir une relation entre le soignant et la personne soignée. Quand la communication verbale est impossible, il nous faut trouver alors un autre mode de décryptage pour l'entrée en relation.

-2.2 La Relation soignant soigné et l'accompagnement sont définis par le Larousse comme « *un lien entre deux personnes* », que « *le soignant est chargé du soin aux malades* » et que « *le soigné est la personne dont on prend soin* ». Selon Masseboeuf et Manoukian, la relation soignant / soigné est « une rencontre entre deux personnes, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies différentes et deux histoires »¹⁹. L'avis de Tournebise est complémentaire et amène une notion d'importance dans ce qui se vit dans la relation : « *l'information échangée compte plus que les interlocuteurs (émetteur, récepteur)* »²⁰

Au regard de ces définitions, il ressort que l'entrée en relation est le minimum incontournable et le préalable à toute communication vraie. Sinon la relation soigné/soignant ne pourra pas devenir une relation de confiance et d'aide utile au malade et satisfaisante pour le soignant.

Je me pose alors la question : comment aider sans solution ? Pour aider, souvent, le premier réflexe est de vouloir trouver une solution. Notre culture nous a habitués à ce tandem problème/solution. Dans le monde soignant cette envie de «*solutionniste*» est encore renforcée. La croyance est tenace, mais la fin de vie bouscule cette attitude de pouvoir. Ici le chercheur de solution se trouve devant un néant insupportable. Il est amené à découvrir une autre façon d'aider, une manière de soigner où la notion de solution n'a plus droit de cité... car ce qu'on voudrait, c'est que la mort ne soit pas... mais elle est tout de même. Alors on doit aider autrement par une présence, une écoute, un accompagnement. C'est évidemment très déroutant ! Et de ce fait le soignant peut être amené à s'interroger sur sa pratique et se demander qui soigne qui ?

Quant à l'accompagnement, je citerais Pillot qui a souligné toute l'ambiguïté à soigner sans vouloir guérir : « accompagner quelqu'un, ce n'est pas vivre à sa place,

¹⁸ LE PETIT LAROUSSE, 2001

¹⁹ MANOUKIAN 2005

²⁰ TOURNEBISE 2004

c'est savoir que l'on peut apporter quelque chose dans la pire des souffrances, par la présence, les soins, l'écoute mais aussi accepter la part d'inachevé, d'imperfection, d'insatisfaction dans nos attentes sans être détruits, ni la vivre comme un échec personnel. »²¹ j'en arrive maintenant à la communication.

2.3 Au fond, c'est quoi la communication ?

Selon le petit Larousse : « Action, fait de communiquer, d'établir une relation avec autrui. Action de communiquer, de transmettre quelque chose à quelqu'un ».

Pour Tournebise : « *c'est lorsque l'on est ouvert à l'autre et que les individus comptent plus que les informations qu'ils échangent* » il dit aussi « la communication, c'est quand l'information est proposée par l'émetteur et accueillie par le récepteur ».²²

La communication est une notion qui est étudiée depuis les années 1970.

L'étymologie du mot signifie mettre en commun. A l'origine c'est un synonyme de communier, ou mettre en communauté et progressivement il va prendre le sens de transmettre et d'échanger.

Le **processus de communication**²³ d'après Kæppelin est composé de l'intention d'une personne émettrice d'envoyer une information en direction d'une autre personne en tenant compte des éléments pouvant perturber la réception tels que des difficultés de décodage ou des parasites. La finalité est la réponse du récepteur (feed-back).

Mais gardons à l'esprit que la communication soigné/soignant est variable dans sa fonction, ses mécanismes, ses thèmes, et le patient. mais également selon la personnalité de chaque professionnel. Le soignant a à s'adapter à chaque situation.

Les Mécanismes de la communication sont de deux types à savoir la communication **verbale** qui est conceptualisée par des mots (mots qui peuvent être utilisés par le langage parlé, ou écrit), et la communication **non verbale** systématisée par des gestes ou des attitudes. Ils sont inséparables, ils permettent ensemble de préciser le sens du message ou au contraire de le discréditer.

C'est là que se pose la difficulté de la communication avec le patient en état végétatif, car il n'utilise pas les mêmes modes de transmission que nous, soignants. Mais l'absence de réponse ne signifie pas forcément que les messages ne sont pas entendus, compris, reçus, il peut y avoir communication sans « *feed-back* »

communication verbale : Parler avec le patient.

Parler ne se réduit pas à regrouper des mots pour en faire des phrases. Parler est un soin, une manière de communiquer qui nécessite un savoir-faire, un savoir être et un savoir. Les gens sortis de coma évoquent l'importance du bain de parole. On pourra parler du temps

²¹ PILLOT, 1999

²² TOURNEBISE, 2000

²³ KAEPPELIN, 1993

qu'il fait, commenter le journal télévisé, chanter, et il est également important d'informer le patient, de le prévenir et de lui expliquer ses soins.

Quant à la **communication non verbale**, elle comprend différentes composantes qui sont le contact des yeux, l'expression faciale, les odeurs, les sons, le contact physique.

Le regard, c'est déjà porter attention à l'autre et observer son visage et les émotions qui sont exprimées. Les odeurs qui représentent pour certains le seul lien, agréable ou non, avec l'extérieur. Quant aux sons, paroles ou musique, elles ont potentiellement un poids dans le monde émotionnel de l'autre. Kaepelin nous dit « qu'entendre l'autre relève du besoin et passe par l'écoute autant que par l'ouïe. **L'écoute** serait elle comme le « bon sens », « la chose du monde », selon Descartes « la mieux » ou la moins « partagée » ? serait elle ainsi qu'un sixième sens, « le bon sens », celui qui ferait la synthèse de tous les autres ? »²⁴. Et enfin le sens **du toucher** qu'une citation de Paul Valéry résume : « *Ce qu'il y a de plus profond chez l'Homme, c'est la peau* ».

Mais puis je parler de toucher sans dire « **je suis touché** », je suis renvoyé à **l'émotion**. « Je suis ému », ce geste ou ces paroles me parlent de contact, et également de mes affects. C.Mercadier²⁵ nous explique, que cet impact émotionnel généré par la relation soigné/soignant est éclairé par l'anthropologie. « *Le corps malade sous ses différentes facettes appartient au domaine sacré et représente un danger de contamination symbolique.[...], C'est pour se protéger de ce risque, qui peut se manifester sous la forme d'un mimétisme symptomatologique, et pour respecter les normes d'expression émotionnelle instituées au sein de l'hôpital, comme au sein de la société, que les soignants déploient des mesures de prévention qui consistent pour l'essentiel en une mise à distance du malade.* » et inconsciemment, **cette mise à distance** nous fait croire qu'elle nous protège de la maladie et de la mort : angoisse existentielle de l'homme occidental.

Mais pour Marie de Hennezel²⁶, « *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.* » ce qui semble vouloir dire que nous avons tout à apprendre de nos affects. Mais **qu'est ce qu'un affect** exactement ?

Selon le petit Larousse : « *Emotion, état affectif qui, selon la théorie psychanalytique, accompagne une pulsion.* ». Freud²⁷ quant à lui estime que « *les affects sont avec les représentations, les deux composantes des pulsions.* » La pulsion ne saurait donc être réduite à l'affect, de même que l'affect ne peut en tout état de cause être compris comme synonyme d'émotion.

Ces définitions nous amènent à chercher le sens du mot *émotions* en référence à *sentiments*. Le Larousse nous dit : le **sentiment** est la composante de *l'émotion* qui

²⁴ Ib.id

²⁵ MERCADIER.C, 2002

²⁶ HENNEZEL M, 1999

²⁷ FREUD.S, 1940

implique les fonctions cognitives de l'organisme. Il renvoie à la [perception](#) de l'état physiologique du moment. Le professeur de psychologie et de philosophie [William James](#) disait en 1887 : « *Le sentiment est la perception du corps réel modifié par l'émotion.* » Sa théorie²⁸ était que **l'émotion** en tant que fait psychique **est la prise de conscience des modifications corporelles provoquées par la perception d'un sentiment**. Plusieurs auteurs dont Spinoza s'accordent à dire qu'il est prudent de ne pas définir trop précisément ce concept. Ils estiment que celui-ci fait référence à trop d'aspects différents et en évolution permanente.

Darwin décrit en 1872 les émotions comme étant « *innées, universelles et communicatives.* »

Dans un registre soignant, force nous est de constater que nos **émotions nous accompagnent** où que nous allions et quoi que nous fassions. Cela peut créer une forme de peur d'être submergés par celles-ci. Peut-être est-ce une raison qui pousse le soignant à se retrancher derrière des actes dits « *techniques* ». Se retirer derrière une technicité, des appareils et des compétences soignantes et n'engager que « *le savoir faire* » peut sur le moment **être protecteur**. De quoi ? Peut-être de l'investissement affectif, du danger à être soi-même, humain auprès d'un autre humain. Alors il semble urgent et indispensable de **considérer nos émotions** non pas comme des handicaps, mais bien **comme des alliées**. En effet, c'est grâce à elles que nous pouvons **reconnaître celles de l'autre** et de fait, mieux les comprendre.

J'en arrive au fait que **l'écoute de l'autre**, au travers de ses besoins réels et supposés est **indissociable de la connaissance de soi du soignant**, puisque c'est celle-ci qui va déterminer la qualité des soins qui vont être dispensés. Par conséquent, il me semble important de prendre en compte les émotions révélées par la rencontre. Permettant ainsi de les gérer et d'apporter un soin de meilleure qualité. Je conclurais par une citation de Walter Hesse : « *prendre soin implique aussi de se porter une attention particulière, [...] celle qui permet d'identifier ses limites et d'optimiser ses ressources en vue de donner du sens à sa pratique quotidienne* »²⁹

Toute cette réflexion m'amène à la problématique suivante :

III – « en quoi la reconnaissance de ses émotions par le soignant améliore-t-elle la qualité d'écoute » ?

Effectivement, nous entrons au contact des personnes malades avec nos affects, nos représentations, notre dialogue et notre expression non verbale. Nous allons rencontrer la même chose chez eux, avec souvent une angoisse du futur liée aux interrogations que peut susciter un problème de santé.

²⁸ JAMES.W, 1902

²⁹ HESBEEN, 1998

Pour pouvoir reconnaître cette peur chez l'autre, nous devons pouvoir la reconnaître en nous, et de ce fait, proposer un soin « individuel » d'où la connaissance de soi dans la reconnaissance de nos émotions.

Tout d'abord, précisons le sens des mots clefs du concept étudié :

1. LA RECONNAISSANCE DE NOS EMOTIONS

1.1 : définition

Selon le petit Larousse la reconnaissance est « *l'action de reconnaître comme sien, comme vrai, réel ou légitime* ». Le sentiment, lui, y est défini comme « *une connaissance plus ou moins claire, donnée d'une manière immédiate* ».

Au regard de ces définitions, on peut dire que la reconnaissance de nos sentiments nous invite à accepter comme nôtre quelque chose que l'on ne connaît pas bien.

Nos Sentiments nos émotions nos affects agissent dans notre **relation à nous-même, au monde et tout particulièrement à la personne malade.**

Au préalable, distinguons ces trois termes car l'usage sémantique qui en est fait pourrait fausser la représentation que l'on en a. Selon Max Pagès, « le sentiment est plus élaboré que l'affect ». JG Boula lui, écrit que si l'affect « *se vit au présent, le sentiment se construit sur l'affect et dans la durée* »³⁰. On peut en déduire que ces trois éléments sont aussi indissociables que complémentaires et participe à ce que Boula appelle le **système émotionnel**.

Travailler sur la reconnaissance de nos émotions, c'est donc tenter de comprendre un monde encore méconnu, celui des affects, l'affect étant « *une impression élémentaire d'attraction ou de répulsion associée à une charge émotive* »³¹.

Selon le même auteur, les phénomènes affectifs et émotionnels sont « *un système primitif de communication de notre rapport au monde* ». Il s'agit d'un « *circuit moteur psychosensoriel privé de sens pour le sujet, rétif à toute opération mentale qui puisse permettre une distance* ». Qui sont donc ces envahisseurs de l'âme ?

Historiquement ignorées voire reniées de la scène scientifique au profit des recherches sur la raison, les recherches sur les émotions connaissent un regain d'intérêt depuis les années 1970 et plus encore depuis les années 1990. Ainsi, selon J. Ledoux³², il existe un Cerveau des émotions extrêmement puissant qui est le guide

³⁰ BOULA, J-G, 2003

³¹ LE PETIT LAROUSSE, 1999

³² LEDOUX, J, 2005

précaire de nos comportements. Mais quelle est cette étrange “machine” qui habite chacun d’entre nous ?

1.2 Anatomiquement parlant, le système émotionnel trouve sa source dans une partie du cerveau globalement appelée le système limbique. En réponse à un stimulus externe, il provoque des « *réactions comportementales archaïques, programmées dans notre cerveau par le cours de l’Évolution* »³³. Ce système anatomique des émotions est constitué d’un « **circuit court** » que nous avons en commun avec l’animal. Il est extrêmement rapide, Il a permis à l’animal que nous étions de s’adapter à son environnement et de survivre. Nos émotions sont donc vitales. Puis l’homme s’est distingué de l’animal en se dotant d’un « **circuit plus long** » : le cortex cérébral, qui a fait de nous les « maîtres de la nature » que nous sommes, en nous dotant du pouvoir de la pensée et de la conscience. Ces deux systèmes, marchent de pair. Ainsi, Dortier nous explique que « *pour prendre ses décisions, le cortex cérébral s’appuie sur des informations émotionnelles provenant du circuit court fonctionnant comme un système d’alerte* »³⁴. Le sentiment qui en résulte doit être respecté car il est le seul aspect mentalisé de toute une construction émotionnelle inconsciente mais utile à l’homme.

Cependant « *une fois leur rôle d’alarme accompli, il ne fait pas si bon les laisser continuer à diriger nos existences. Elles sont, comme le rappelle André, de bons serviteurs et de mauvais maîtres* »³⁵. En effet, « *privées d’émotions, les décisions de l’homme deviennent inadéquates* »³⁶. Mais Goleman nous met en garde, car si elles sont « *non identifiées, non maîtrisées, les émotions entravent l’intellect* »³⁷. Elles anéantissent le pouvoir de penser. Il suffit pour s’en convaincre, d’interroger le langage commun s’y rapportant : être envahi par ses émotions, être en proie à ses émotions, être submergé par l’émotion, être paralysé par l’émotion...

Donc, au royaume du cerveau humain, « l’esprit règne mais ne gouverne pas »³⁸.

Pourtant, « *notre raison doit partager le pouvoir avec les émotions en matière de conduite de nos existences* », car « *quiconque est aveugle à ce qu’il ressent est à la merci de ses sentiments* »³⁹.

1.3 De la gestion de nos émotions ou l’intelligence émotionnelle :

³³ PRAHIN, J-J, 1999

³⁴ DORTIER, J-F, 2006

³⁵ ANDRE, C, 2006

³⁶ DORTIER, J-F, 2006

³⁷ GOLEMAN, D.,1997

³⁸ ANDRE, 2006

³⁹ GOLEMAN, 1997

Si les émotions ne doivent pas être étouffées, elles doivent néanmoins s'apprivoiser. Or, « *seule leur régulation est sous le contrôle -relatif- de notre volonté* »⁴⁰.

C'est là qu'intervient le concept nouveau que P.Salovay a appelé l'**intelligence émotionnelle**, et dont D.Goleman a retracé les grandes lignes.

Son principe est simple. « *En partant du postulat : l'émotion veut dire quelque chose, il s'agit de donner du sens à ce dont nous ne pouvons nous passer : les émotions* »⁴¹ L'intelligence émotionnelle, c'est une intelligence intra personnelle, « ***lorsqu'une partie de notre personnalité se met à l'écoute d'elle-même*** »⁴² pour comprendre et utiliser les émotions en tant que sources d'information, d'énergie et d'influence. La clef de voûte de l'intelligence émotionnelle est « *d'être conscient de soi, de ses propres sentiments, au fur et à mesure de leur apparition* ». « *C'est une simple attention objective portée en permanence à son état intérieur* », une sorte **d'observatoire de soi-même**. Elle favorise une « conscience impartiale des sentiments passionnés ou agités, une distanciation par rapport à l'expérience vécue, une évolution au-dessus ou à coté du flux principal »

Il s'agit simplement de **ressentir et d'accepter ses ressentis sans jugement**, sereinement. « *C'est la conscience de notre humeur ainsi que la conscience de nos pensées relatives à cette humeur* ». Ex. : « *Je suis en colère* » relève de la réaction du circuit court alors que le simple fait de se dire : « *c'est de la colère que j'éprouve* » fait intervenir la pensée, donc le circuit long. **La distance** ainsi prise sur ce que l'on éprouve permet une « *capacité d'autoréflexion même dans la tempête des émotions* ». Une fois nos **ressentis repérés, identifiés, observés par la pensée**, on devient plus lucide sur la situation vécue. On peut alors lui donner une signification, une direction, afin de voir au-delà et d'adopter alors un comportement plus empreint d'humanité. En fait, il s'agit **d'être capable de résister à nos pulsions**. C'est de cette aptitude que « *dépend la maîtrise des émotions puisque par nature celles-ci déclenchent un besoin impérieux d'agir* »⁴³. Je me demande alors :

1.4. quelle place ont nos émotions dans le soin.

Développer nos qualités émotionnelles en permettant une « perception plus affinée des évènements qui se jouent en nous sans s'immerger ni se perdre en eux »⁴⁴, l'intelligence émotionnelle permet une compréhension plus approfondie de soi et a fortiori des autres. En nous **libérant de l'étau de nos propres ressentis**,

⁴⁰ ANDRE, 2006

⁴¹ BOULA, J-G, 2006

⁴² GOLEMAN, 1997

⁴³ GOLEMAN, 1997

⁴⁴ ROGERS-K? 1990

elle facilite une plus grande **concentration** sur notre environnement, en l'occurrence, **sur la personne soignée** et de façon plus large, sur notre environnement professionnel. L'auteur rappelle d'ailleurs que c'est dans l'intelligence émotionnelle que se trouvent les racines de l'empathie... Comme elle, elle repose sur la conscience de soi, permettant **d'accéder à une perception plus fine des émotions d'autrui**. En effet, « pour voir l'autre, ce qui est important, c'est de s'individualiser. Être pleinement Soi face à quelqu'un à qui on accorde d'être pleinement Lui ».⁴⁵

Ces auteurs nous encouragent à nous extraire de l'emprise de notre circuit court, de nos pulsions, pour laisser vivre notre circuit lent, moins bien connecté, plus frêle mais tellement humain. Prahin va conclure que « prendre la responsabilité de ses émotions, c'est exprimer son autonomie et s'engager dans ses choix envers soi-même et autrui »⁴⁶.

Je souhaite maintenant développer l'autre concept de la problématique :

2. LA QUALITE D'ECOUTE DANS LA RELATION :

Le petit Larousse nous dit pour la qualité : « *Manière d'être, mérite de quelqu'un ou quelque chose, caractéristiques bonne ou mauvaise* » et concernant l'écoute : « *action d'écouter et d'être attentif à ce qui se dit et à ce qui se passe.* ». Nous pouvons comprendre que la qualité d'écoute sera différente en fonction de qui écoute qui, et de quelle façon ?

Plus dans l'exemple, Michel Serres affirme que l'écoute mobilise l'être tout entier. « Écoute moi » équivaut à dire « *fait que j'existe pour toi toutes affaires cessantes* ». « Je t'écoute » revient à dire : « *je suis à toi, je m'ouvre à tes paroles comme à toi même* »⁴⁷.

En tout cas, nous pouvons constater au travers de ces définitions et de nos vécus que la qualité de nos relations est en rapport étroit avec celle de notre écoute.

Dans notre métier infirmier, **l'écoute** semble être le préalable à toute **entrée en relation**, à tout recueil d'informations. Elle permet d'accueillir la parole d'autrui en commençant par se taire. Ecouter n'est pas dire à l'autre ce qu'il doit faire, mais lui permettre d'exprimer sa souffrance, ses difficultés, ou ses incertitudes. Enfin, l'écoute aide la personne à identifier et exprimer les réponses qu'elle a en elle. A tous ces titres, elle représente un maillon indispensable à une prise en soin de qualité⁴⁸.

⁴⁵ TOURNEBISE, T, 2000

⁴⁶ PRAHIN, J-J, 1999

⁴⁷ SERRES, 1986

⁴⁸ HESBEEN, 1998

IV - présentation de la pré enquête sur le terrain :

J'ai souhaité rencontrer et interroger deux personnes expertes dans le domaine complexe des émotions.

Mon choix s'est porté sur Mme **N** psychologue travaillant avec des malades cancéreux et des équipes de soins, et Mme **H**, infirmière titulaire d'un DU en soins palliatifs.

J'ai conçu une grille d'entretien permettant d'avoir les mêmes critères évalués par les experts (annexe II). Puis après l'enregistrement j'ai effectué la retranscription (annexe III) pour en extraire l'essentiel grâce à une grille de dépouillement (annexe IV).

1. PRE-ENQUETE, ANALYSE ET CONFRONTATION A LA LITTERATURE :

L'analyse de ces entretiens pointe l'importance de l'écoute, de l'ouverture et des émotions dans la qualité d'une rencontre. A ce titre, elle est en adéquation avec l'analyse des concepts de la problématique tels qu'ils ont été décrits par les auteurs choisis.

Par exemple le psychologue Goleman va-t-il traiter **de l'intelligence émotionnelle** comme étant « *L'habilité à percevoir et à exprimer les émotions, à les intégrer pour faciliter la pensée, à comprendre et à raisonner avec les émotions, ainsi qu'à réguler les émotions chez soi et chez les autres.* »⁴⁹. Parallèlement, Le psychothérapeute comportementaliste Prahin reconnaîtra que notre monde émotionnel est partie prenante essentielle de notre personnalité et qu'à ce titre là, il contribue grandement à notre **système de communication**. Les experts consultés abondent également en ce sens. Ils expriment que c'est le facteur primordial dans une relation de soin.

Dortier⁵⁰ nous dit que les décisions de l'homme sont inadéquates si elles sont privées d'émotions, Mme **H** pense quant à elle qu'on « **est** » parce qu'on vit des émotions. Est-ce que si on ne les vit pas, on peut-être amputé d'une partie de notre être ? Mme **N** définit la relation soignant-soigné comme un **accompagnement** limité dans le temps, bénéficiant d'une neutralité occultant les ressentis. Malgré cela, **la spontanéité et l'écoute** en l'absence de jugement semble pour elle des qualités essentielles à l'entrée en relation.

⁴⁹ GOLEMAN 1995

⁵⁰ DORTIER,2006

J'en déduis que le monde émotionnel a autant de facettes que les personnes qui en parlent.

Mme **H** se place d'emblée sur le terrain de l'intériorité et de la **difficulté à affronter la souffrance de l'autre**, la plus difficile à gérer dans les relations humaines pour elle. En effet elle impose au soignant de trouver une **juste distance** qui lui permette de rester soignant et à la personne soignée d'être bien soignée. Pour cela, le soignant doit pouvoir se protéger d'affects trop forts qui le conduiraient à une relation faussée avec le patient et à une perte d' « objectivité ». Elle estime en effet que si l'on est **envahi par nos ressentis**, il est difficile de se concentrer sur ce que le patient exprime. Pire, **on peut ne plus être attentif à tout ce qu'il n'ose pas exprimer**.

Cette quête de **la bonne distance** se fait au travers de plusieurs paramètres propres à la complexité des relations humaines. Il me semble que si tous les auteurs et autres experts s'accordent à reconnaître **les émotions comme une composante essentielle** et inaliénable (Goleman) **de l'être humain**, les moyens de les contrôler et/ou de s'en servir divergent selon le but à atteindre. **Doit on les maîtriser**, les vivre, les laisser vivre **ou les nier** comme le préconisait Skinner (fondateur du behaviorisme).

Elle passe tout d'abord par **l'écoute de soi** qui dans certains cas va pousser le soignant à **passer le relais** à un autre membre de l'équipe parce qu'il ne se sent pas capable à un moment donné d'être **psychologiquement disponible** de manière objective. A ce propos, M. DE HENNEZEL écrit « *...qu'une souffrance entendue et accueillie au sein d'une équipe solidaire, reconnue comme une dimension naturelle de l'humain, pourrait être la voie d'accès vers une véritable compassion d'équipe qui rejallit sur le patient* »⁵¹.

Nous pouvons voir à quel point **la reconnaissance de nos limites** peut être **bénéfique**, pour le soigné qui va être entendu, et pour le soignant qui ne sera plus seul devant une situation trop lourde à porter pour lui.

Elle passe aussi par **l'expression de ce l'on ressent**, en équipe, lors de temps formels ou informels. Dans l'unité de soins palliatifs où travaille Mme **H**, un temps d'expression avait été demandé par **l'équipe en souffrance** suite à un accompagnement difficile, mais **faute d'objectifs clairement déterminés**, « *tout le monde est resté sur sa faim* » et l'expérience vécue négativement n'a pas été renouvelée.

⁵¹ DE HENNEZEL, M.,2004

Aurait-il été possible qu'avec des objectifs posés en équipe, « à froid » par rapport à l'événement douloureux et une volonté de toute l'équipe qu'un projet de groupe de paroles ait pu aboutir ?

La **qualité relationnelle avec le patient s'anticipe**. Le **bien-être personnel**, une bonne **cohésion d'équipe** s'avèrent être des éléments essentiels à la **qualité du soin**.

Cependant, il est des moments où le soignant se retrouve seul avec le patient, confronté à ses propres émotions, soudaines. Il semble donc que le soignant ait intérêt à être en **accord avec lui-même, avec ce qu'il ressent**. Ainsi, un patient lui a dit un jour : « Même avec un masque, je saurai ce que vous pensez!... ». Elle ajoute que « quand il y a eu échanges d'émotions, cela crée forcément un lien de confiance » et que dans les relations humaines, « l'échange va dans les deux sens ».

Pour conclure, Mme H dira que dans le domaine des relations humaines, il n'y a pas de secret : **il faut de la spontanéité et du naturel**. Elle fait de cette rencontre un moment privilégié de partage et d'écoute. Elle estime que **l'on est humain avant d'être soignant**, ce qui implique pour elle une **approche basée sur l'humilité et la reconnaissance de ses limites émotionnelles**. Mais elle insiste sur le fait **que sans l'équipe, l'individu n'est rien et pourrait être dangereux, voire maltraitant pour lui et/ou le soigné**. Pour confirmer cela, je cite MF Colliere qui nous somme, à la fin de sa vie de ne pas oublier qu' « Il suffit d'un mouton noir dans une équipe pour que la fragilité de celui qui quitte la vie soit confrontée au désarroi, voire au désespoir le plus abrupt. ».

Elle rajoute : « *Sachez que j'ai pu par mon expérience de vie me conduisant jusqu'à la mort constater qu'il suffit d'une rupture comportementale ou gestuelle dans la continuité des soins, pour que toute la qualité du travail d'une équipe soit détruite.* » (Écrit par A.Denayrolles le 22/01/2005)

Justement, la psychologue Mme N fait remarquer le danger à se laisser envahir par des émotions qui pourraient nous emmener vers une **identification au patient** nuisible pour l'un et l'autre. Il lui apparaît important afin d'éviter cet écueil à la communication, d'être au clair avec sa propre histoire et l'idée que l'on se fait de sa déchéance et finitude. Les moyens proposés pour tendre vers cela sont similaires à ceux évoqués par Mme H : c'est-à-dire des « **espaces où la parole pourrait se dire** ». Mais aussi **des moyens personnels** de ressourcements au sein de la structure ou à l'extérieur. Par exemple, des établissements comme l'hôpital Mondor à

Paris proposent des formations dans le cadre de la formation continue, et où la finalité est le développement personnel de l'humain soignant.

Cependant, j'ai pu noter deux points importants abordés par les experts et qui n'apparaissent pas en aval de la problématique.

Le premier est le fait que Mme **N** au cours de l'entretien, à une question sur les besoins de la personne, me dit « ne pas se considérer comme une soignante » (annexe III), arguant du fait qu'elle ne participe pas au soin, mais est seulement à l'écoute.

L'autre point qui n'a pas été développé par les auteurs choisis est **le travail en équipe** et le risque d'usure générée par une confrontation quotidienne avec la souffrance. En effet, l'infirmière a exprimé que « **ne pas repérer ses émotions pouvait facilement conduire à la maltraitance du soignant vers le soigné, mais aussi envers lui-même** ». (annexe III)

2. OÙ JE CHEMINE DOUCEMENT:

Au regard de l'analyse de ces deux entretiens, il me semble que **la juste distance** où le soignant doit se trouver pour répondre le mieux possible aux besoins du patient **part d'abord de lui-même**. Mais il n'est pas seul, il travaille avec d'autres personnes, possédant des compétences et des approches du soin différentes et souvent complémentaires autour d'un **projet commun centré sur le patient**.

Or je n'ai pas du tout développé le concept du **travail d'équipe** dans mon travail de recherches alors qu'il me semble aujourd'hui être **un point clef** dans l'exercice de la profession infirmière, pour une meilleure prise en charge des patients accueillis.

Paul Fustier dit : « L'équipe, les équipes sont un support indispensable à l'action individuelle et l'équipe transforme le vécu professionnel quand il est raconté ». ⁵²

Il m'apparaît que l'équipe est le reflet des individus et des énergies qui la composent.

Ainsi, raconter aux autres, à l'équipe, c'est **partager la charge affective**, c'est rendre ce qui appartient à tous. « *L'équipe soignante n'est pas décrétée mais s'élabore continuellement et se fonde sur le respect et de la fonction et des talents de chacun.* » dit encore Fustier et il ajoute que raconter permet de passer du subjectif " individuel " à un subjectif " collectif ". **Ce qui est dit par un individu est éprouvé et digéré par les autres.**

Par l'expression de leurs avis, de leur subjectivité, les membres de l'équipe **partagent la charge émotionnelle** de l'évènement évoqué. Il y a là, une rencontre

⁵² FUSTIER 1993

et une mise en commun. C'est cette rencontre qui fait que l'équipe opère un travail de « *contenance, une éponge* », nous dit encore ce même auteur.

Nous pouvons dire alors que l'intime, le vécu, le ressenti individuel est reconnu par l'équipe. C'est ce qui participe à lui donner une forme professionnelle. Et par conséquent la rencontre autour de moments partagés et racontés permet de construire la **compétence liée au savoir être**. Elle ne trouve pas sa cohérence lorsque **chaque un** partage le même point de vue mais bien au contraire lorsque les **différences** ou les divergences en équipe sont **porteuses de sens**.⁵³. Ce développement introduit l'hypothèse théorique suivante :

V- « L'expression émotionnelle du soignant en équipe influence sa disponibilité pour le patient. »

Cette hypothèse comporte deux variables :

-Une variable indépendante : « **l'expression émotionnelle du soignant en équipe** ».

-Une variable dépendante qui est « **la disponibilité pour le patient** ».

Mes recherches m'ont démontré l'importance des groupes de paroles, de la verbalisation et du travail en équipe. Ces outils permettent de ne pas être seul face à des situations difficiles. Desmoulin⁵⁴ nous dit qu'il est démontré que : « face à des situations vécues comme difficiles, il paraît essentiel de donner aux soignants la possibilité de verbaliser leur souffrance émotionnelle, de se recharger ou encore de se ressourcer. Il est primordial de créer des espaces de paroles sur le lieu de travail ».

L'idée que le soignant doit avoir une **vigilance toute particulière envers lui-même** dans la relation avec le patient afin de reconnaître ce qui est attribuable à sa propre problématique, et de **prévenir toute interférence** de celle-ci dans le soin a largement fait son chemin depuis quelques années⁵⁵. Cette vigilance est rendue possible par un *travail sur soi* abouti, permettant une entière disponibilité du soignant à son patient et la capacité à être dans l'assertivité. Tournebise⁵⁶ définit l'**assertivité** comme une attitude dans laquelle on est capable de **s'affirmer tout en respectant autrui**. Il y s'agit de se respecter soi-même en s'exprimant directement, sans détour, mais avec considération. Cela conduit à diminuer le stress personnel, donc l'épuisement professionnel, à ne pas en induire chez autrui et à augmenter l'efficacité dans la plupart des situations d'entretien.

Ceci m'amène à l'**hypothèse opérationnelle** suivante :

VI- « Plus le soignant exprimera ce qu'il ressent à l'équipe, plus il sera à l'écoute du patient. »

⁵³ WWW.Serpsy.org

⁵⁴ DEMOULIN, 1998

⁵⁵ BALINT, 1967

⁵⁶ www.maieusthesie.com, 2001

Devis d'enquête :

Je vais comparer deux services de médecine traitant de pathologies lourdes.

- **le premier** où les soignants participeront à des groupes de paroles réguliers et où l'expression de leurs émotions dans le groupe pourra être évaluée.

L'outil d'évaluation pourrait être la grille de **Maslach Burnout Inventory** (annexe V) qui permet de mesurer le degré d'épuisement des soignants et qui passe par un certain nombre de remises en question du groupe professionnel par lui-même. En effet, avant le Burnout, de nombreux signes d'alerte apparaissent, et en tenir compte à ce moment là permettrait d'éviter l'aggravation du malaise.

-**le second** où il n'existera pas de lieu ni de temps de parole formalisé.

Le but est de démontrer que le premier groupe sera plus disponible pour répondre aux besoins d'écoute du patient que l'autre.

Et pour évaluer la capacité d'écoute du soignant, nous pourrions utiliser un questionnaire d'évaluation adapté et anonyme auprès d'un panel de personnes hospitalisées comparable dans les deux services. Il passerait par une interrogation sur la prise en compte des besoins multiples du malade tels que :

- Etre écouté
- Etre entendu
- Etre accepté
- Etre reconnu
- Etre accompagné

Et l'on pourrait concevoir une grille de scores représentatifs.

CONCLUSION

En me posant la question des représentations du soignant sur la communication, la mort, les émotions et la souffrance chez le soignant, sur la qualité du soin, j'ai ouvert la première « poupée russe ». D'autres ont suivies et il en reste encore....

En effet mes recherches pointent **l'importance de l'impact de nos représentations sur la qualité de notre relation à l'autre.**

Il s'avère que si le soignant n'**identifie** pas précisément ce qui relève de ses **propres représentations**, il expose la personne soignée à ne pas être **respectée** pour ce qu'elle est. Il prend alors le risque de projeter sur elle sa propre perception des choses, s'éloignant inévitablement de ce que la personne vit réellement et de fait, tomber dans **une pseudo rencontre**.

Mais attention, le poids de nos représentations n'est pas le seul piège à éviter dans notre relation à l'Autre. Il y a aussi notre « **système émotionnel** ». Il constitue une forme d'intelligence inconsciente qu'il convient de ne pas ignorer car elle a eu de tout temps une fonction adaptative à notre environnement. Cette **fonction vitale** est sous tendue physiologiquement par des connections neuronales très développées qui lui confèrent une puissance remarquable : un circuit court, animal. Cependant, ce qui a différencié l'homme de l'animal, c'est le développement de **notre faculté de penser** : le développement d'un circuit plus long.

L'homme, et tout particulièrement le soignant, a beaucoup de difficultés à reconnaître et à se **détacher de ses pulsions émotionnelles** ancrées au fond de lui depuis le commencement de la vie. Cependant, il doit apprendre à **fonctionner en symbiose avec ce qu'il ressent**, sans se laisser déborder... Pour cela, une attention à lui-même s'impose, une **attention sensible** à ce que il ressent, sans désir de refoulement. C'est **l'intelligence émotionnelle**. Fonctionner de la sorte lui permettra d'éviter des réponses comportementales inadaptées dans le meilleur des cas, voire délétères parfois pour le patient.

« Il s'agit « simplement » d'apprendre à gérer un peu mieux ses sentiments pour les accorder à sa pensée, car c'est celle-ci qui nous fait devenir plus humain : c'est elle qui nous permet de choisir quoi faire de nos sentiments et à quoi nous voulons qu'ils **nous servent** »⁵⁷, pour accompagner le patient de façon adaptée.

En affirmant la **nécessité pour le soignant d'exprimer ses ressentis** auprès de son équipe afin d' **améliorer l'écoute** qu'il pourra proposer au patient, l'hypothèse opérationnelle finale me paraît être, en fait, le début d'une étape essentielle de ma future profession : **la compréhension des difficultés liées aux relations humaines**.

Car si les relations humaines sont complexes dans la vie quotidienne, elles le sont plus encore à l'hôpital. Construites autour de représentations culturelles, religieuses, sociales et historiques propres à chacun d'entre nous, l'hôpital y ajoute les dimensions de souffrance, de maladie, de vieillesse et de mort, sujets tabous qui

⁵⁷ HEES.M, 2000

ne font qu'augmenter les difficultés relationnelles. **Quotidiennement, la surcharge émotionnelle générée par cette relation à l'autre doit amener le soignant à ne surtout pas rester seul.**

Grâce à ce travail de recherches, j'ai le sentiment d'avoir appris à mieux me connaître. Premier pas vers la reconnaissance de l'autre.

A présent, je crois que le plus difficile reste à faire, c'est-à-dire **mettre ces belles paroles en actes au quotidien**, avec sensibilité et compassion. Moyennant quoi, je pourrais peut être contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes rencontrées : les personnes hospitalisées, les étudiants, les familles et l'équipe dont je fait partie....

De plus je veux insister sur l'intérêt et le besoin pour chacun de se former en permanence. Car hormis le coté enrichissement professionnel, toute rencontre avec les autres peut être source d'apprentissage et d'épanouissement.

BIBLIOGRAPHIE

Dictionnaires :

LE PETIT LAROUSSE, *dictionnaire encyclopédique*, ed Larousse Paris, 2001

DORON-R, PAROT-F, *dictionnaire de psychologie*, ed PUF-Paris, 2006(3^eed)

Ouvrages :

ARIES-Philippe, *l'homme devant la mort*, ed Le Seuil, 1977

ARIES-Philippe, *sciences humaines*, n°27, p 29, Avril 1993

BIOY- BOURGEOIS-NEGRE, *communication soignant/soigné*, ed Bréal, 2003

BROCQ-H, *Le groupe ressource : une démarche d'accompagnement dans le cadre des soins palliatifs*.- Médecine palliative, 2002, vol.1 n°2.- p.95-102

COLLIERE Marie-France, *soigner. Le premier art de la vie*, ed Interedition 1996

COTINAUD-O, *infirmier aujourd'hui*, ed Le Centurion, 1983

EKMAN-P, *la nature des émotions*, ed Université Press, New York, 1994.

FUSTIER-P, *les corridors du quotidien*, ed PUF, 1993.

FREUD-S, *pulsion et destin des pulsions(métapsychologie)*,ed gallimard1940.

GOLEMAN-D, *L'Intelligence émotionnelle*, Editions Robert Laffont, 1997.

HAREL-BIRAUD, *manuel de psychologie à l'usage des soignants* Masson, 1991

HEKMAN-P, *la nature des émotions*, Oxford Université Press,1994

HENNEZEL-M, *la mort intime*, ed Pocket, 1999

HENNEZEL-M, *l'art de mourir*, ed Pocket, paris, 2000

HENNEZEL (M.), *Le souci de l'Autre*. Ed Robert Laffont. Paris, 2004. , p11

HESBEEN-W, *la qualité du soin infirmier*, ed Masson, 1998

JAMES-W, *la théorie de l'émotion*, ed Alcan, 1902

KAEPPELIN-P, *L'écoute, mieux écouter pour mieux communiquer*, ed ESF, 1993

MANOUKIAN-MASSEBOEUF, *la relation soignant/soigné*, ed Lamarre, 2005

MERCADIER-C, *le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, ed Seli Arslan, 2002

ROGERS K, *Le développement de la personne humaine*,ed Dunod, 1991 p230

SERRES-M, *les cinq sens*, ed Hachette littérature, 1998, 461 pages

TOURNEBISE-T, *Chaleureuse rencontre avec soi-même*, Editions Dangles, 1995

TOURNEBISE-T, *se comprendre avec ou sans mots*, ed Dangles, 2000

WINDISCH U, *les formes de la communication*, ed L'age de l'homme, 1993

ZUNDEL-M, *à l'écoute du silence*, ed Tequi, 1979

Articles :

ANDRE C, *Peut-on gérer ses émotions ?* Sciences humaines n°171, 05/2006, p 34/37

BOULA-JG, *conditions d'aliénation dans les situations de soins*, psychologies et éthiques médicales, [ed](#) Aldo Campana, 2004

CEDRASHI-C, *le rôle des représentations de la maladie et de la douleur*, Douleur et analgésie n°2, 1998

DEMOULIN-L, *Souffrance des soignants face à la mort*, [objectifs](#) soin n° 67, sept 1998

DORTIER-J.F, *l'univers des représentations ou l'imaginaire de la grenouille*, sciences humaines, n°128, juin 2002, p42

DORTIER-J.F, *Les émotions en questions*, Sciences humaines, n°171, 05/2006, p 44/47.

HEES-M, *l'autre et soi dans la relation de soin*, Perspectives soignantes n°7, Avril 2000, p 7/10.

LEDOUX, J, *Les émotions, la mémoire, et le cerveau*, Sciences Humaines, 2005.

PILLOT-J, *l'écoute dans l'accompagnement de la souffrance*, Jalmalv, juin 1999, p 27

PILLOT-J, *l'approche psychologique du malade en fin de vie*, revue du praticien, tome 6, n°182, 15 juin 1993.

PRAHIN-JJ, *Emotions de soignant, émotions de soigné*, Soins n°634, Avril 1999, (p13/16)

PETIT-GIRARD, *la vertu de compassion comme fondement de la pratique soignante*, Perspectives soignantes n°1, Avril 1998 (p46/51)

Web :

BALINT, *groupes de paroles et d'analyse*. www.balint.smb.france.org

BOULA-J.G, *émotions et sentiments*, Ad : www.gfmer.ch/Presentations_Fr/emotion-sentiment.htm

HACHETTE, *encyclopédie multimédia*, www.ehmelhm.hachette-multimedia.fr/

TOURNEBISE-T, *communication, chapitre II*, ad : <http://www.maieusthesie.com/>

SERPSY, *la distance thérapeutique*, Dorsaf Daunj(mémoire infirmier 1999-2001) www.serpsy.org

TRAVAIL DE FIN D'ETUDES EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER

Auteur : Michel Beguier

année : 2007

nombre de pages :22

Titre : LES EMOTIONS : UN FORMIDABLE OUTIL DE RAISONNANCE DANS LA
RELATION SOIGNE/SOIGNANT

Parti d'une situation me révélant impuissant devant le moment du mourir, je suis allé chercher pourquoi. Ce travail de recherches variées m'a amené à la reconnaissance des émotions, celles du soigné et aussi celles éprouvées par le soignant comme étant le passage obligé vers l'autre. J'ai pu m'extraire des *représentations* en les expliquant. J'étais parti d'un défaut de *savoir faire*, j'arrive au *savoir être* comme racine de la relation avec l'autre, quel qu'il soit. Pour ce faire, je suis allé interroger les champs conceptuels de l'intelligence émotionnelle, de l'écoute et du travail d'introspection. La conclusion à laquelle j'abouti est que l'on ne peut vivre et à fortiori soigner en occultant de sa vie : ses émotions, les échanges dans une équipe ou ailleurs et le ressourcement personnel. C'est ce qui participera dès demain à tendre vers toujours plus d'humanité dans nos vies.