

Institut de Formation en Soins Infirmiers
Hôpital Rangueil
Avenue du Pr. Jean-Poulhès
TSA 50032
31059 TOULOUSE CEDEX 9

Soignants et émotions : apprendre à gérer ses maux

« Mémoire de Fin d'Etudes en vue de la validation des U.E.
3.4, 5.6 et 6.2 »



LAGOUARDETTE Anna
Promotion 2012-2015

Institut de Formation en Soins Infirmiers
Hôpital Rangueil
Avenue du Pr. Jean-Poulhès
TSA 50032
31059 TOULOUSE CEDEX 9

Soignants et émotions : apprendre à gérer ses maux

« Mémoire de Fin d'Etudes en vue de la validation des U.E.
3.4, 5.6 et 6.2 »



LAGOUARDETTE Anna
Promotion 2012-2015

SOMMAIRE

Introduction	1
1 Synthèse des situations d'appel et questionnement.....	2
2 Phase exploratoire.....	3
2.1 Les émotions dans le soin	3
2.1.1 Définitions :	3
2.1.2 Les différents types d'émotions.....	4
2.1.3 Infirmiers et émotions.....	4
2.2 La relation soignant-soigné.....	6
2.2.1 Définitions	6
2.2.2 Les facteurs influençant.....	6
2.2.3 La communication	7
2.2.4 L'infirmier dans la relation soignant-soigné	8
2.3 Rencontres de professionnels.....	9
2.3.1 Hypothèses de travail.....	9
2.3.2 Méthodologie des entretiens.....	9
2.3.3 Analyse des données.....	10
2.3.4 Synthèse relative à la rencontre des professionnels.....	14
3 Phase conceptuelle.....	14
3.1 Définition du processus de coping.....	15
3.2 Stress et coping	15
3.3 Les stratégies.....	16
3.3.1 Stratégies de coping centrées sur le problème.....	16
3.3.2 Stratégies de coping centrées sur l'émotion	17
3.3.3 Stratégies de coping centrées sur l'évitement	17
3.3.4 L'influence du choix des stratégies de coping.....	18
3.3.5 Le développement des stratégies de coping	19
3.4 Synthèse	20
4 Les limites	20
Conclusion.....	22

LISTE DES ABREVIATIONS

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

BO : Bloc Opératoire

MFE : Mémoire de Fin d'Etudes

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ma guidante de mémoire, Madame Toitot, pour sa grande disponibilité et son soutien tout au long de l'élaboration de ce travail.

Je remercie également ma formatrice référente de 3ème année d'avoir accompagnée notre groupe en cette dernière année d'études.

Merci aux trois professionnels infirmiers d'avoir accepté de me rencontrer et d'avoir répondu avec intérêt à mes questions.

Un grand remerciement à mes camarades de classe de l'Institut de Formation de Carcassonne et de Toulouse-Rangueil pour les bons moments partagés.

Aux personnes figurant sur la couverture, merci d'être présentes dans mon quotidien, merci d'être vous.

INTRODUCTION

En troisième année d'apprentissage des soins infirmiers, nous sommes amenés à effectuer un Mémoire de Fin d'Etudes (MFE), conduisant l'étudiant à une position de réflexion professionnelle et personnelle.

Dès le début de ma formation, j'ai pris conscience de la place qu'occupent les émotions dans la pratique. Ce petit ressenti que les normes nous demandent de maîtriser pour se protéger. Mais comment faire ? J'ai beaucoup appris auprès des professionnels de santé, tant dans les soins relationnels que techniques. Pourtant, s'il y a bien un élément que l'on ne nous enseigne pas en pratique, c'est la gestion de nos émotions. En effet, ce travail semble personnel et donc paraît difficile à partager puisque relevant de l'intime. Les représentations que se font les non soignant sous-entendent une certaine résistance face à la souffrance. Qui n'a jamais entendu dire : « Vous avez du courage, moi je ne pourrais pas faire ce métier, je ne supporterais pas de voir tous ces malheurs ! ». Cela impliquerait-il qu'il est nécessaire d'être insensible pour être infirmier ou que nous sommes plus courageux que certains des individus ? Je ne pense pas. Le soignant est avant tout un humain et c'est parce qu'il est sensible qu'il est en capacité d'aider. Les émotions sont l'essence de l'Homme et donc indissociables du soignant.

Lorsque j'étais en troisième année, j'ai vécu une situation au cours de laquelle les émotions m'ont tellement submergée que je n'étais plus en mesure de me positionner en professionnelle dans une relation d'aide à l'entourage. Il me semble difficile d'occulter ce que je suis. En effet, l'authenticité et la sincérité sont pour moi des valeurs essentielles à notre exercice infirmier. Je ne souhaite donc pas me « blinder ». Alors, comment composer avec nos émotions afin de nous protéger mais surtout de ne pas impacter la relation soignant-soigné ? C'est donc dans un intérêt à la fois professionnel et personnel et dans celui du patient que j'ai décidé d'orienter mon étude vers l'influence de la gestion des émotions dans la relation soignant-soigné.

En premier lieu, j'exposerai la situation vécue et l'ensemble du questionnement qui ont fait émerger la question de départ de ce mémoire. Ensuite, j'ai sélectionné un ensemble de théories visant à éclairer le sujet et réalisé des entretiens afin d'effectuer un état des lieux auprès des professionnels. Enfin, je proposerai des éléments de réponses à la question posée grâce à un concept et exposerai les limites de ce travail

1 SYNTHÈSE DES SITUATIONS D'APPEL ET QUESTIONNEMENT

La situation dont je vous fais part se déroule lors d'une sortie en Service Mobile d'Urgence et Réanimation, dans le cadre d'un stage en Service d'Accueil d'Urgences.

La régulation du département contacte un des médecins urgentistes présent dans l'unité pour une intervention concernant « un patient retrouvé inconscient au sol ». Durant le trajet, nous recevons un complément d'information émis par les pompiers déjà présents sur les lieux : M. Q, 78 ans, actuellement en arrêt cardio-respiratoire avec une réanimation engagée.

J'appréhende la situation qui rappelle un souvenir personnel, trois mois auparavant qui concernait mon grand-père.

L'épouse et la petite-fille de la victime nous reçoivent. Cette dernière se jette dans mes bras, s'effondre en larmes sur mon épaule et indique la chambre où se trouve M. Q. Le corps est allongé au sol et la pièce inondée de sang. Trois pompiers présents dégagent l'environnement, l'ambulancier exerce des compressions thoraciques et le médecin tente d'intuber le patient.

Je décide d'assister ma tutrice dans la pose d'une voie veineuse périphérique et de faire abstraction de mon ressenti. Je me concentre sur mes ampoules de catécholamines, trocarts et seringues pour fuir la scène se déroulant sous mes yeux. L'infirmière n'arrivant pas à perfuser M. Q., le médecin nous propose d'aller voir la famille restée dans le salon. Nous leur disons avec des mots simples que nous essayons de redémarrer le cœur et la respiration de leur parent. La petite-fille s'effondre à nouveau dans mes bras tandis que l'épouse de la victime nous explique les circonstances de découverte de son mari au sol. L'histoire m'émeut je revis la détresse que j'avais ressentie quelques mois plus tôt. Je me sens de plus en plus mal au fil des secondes. Ma tête tourne, mon cœur bat très vite et je n'arrive plus à me positionner dans la relation d'aide. Un moment après, le médecin urgentiste les informera du décès de M. Q. A ce moment-là, je quitte la pièce pour fuir la détresse de la famille et pour me protéger.

Questionnement général à propos de la situation :



Que m'a renvoyé cette situation ? Qu'ai-je ressenti ?



Quelles sont les causes de(s) l'émotion(s) ressentie(s) ? Qu'est-ce qui l'a influencé ?

Est-ce la complexité de l'intervention, le manque d'expérience ou le fait de m'être identifiée à l'entourage ?



Comment expliquer mon comportement de fuite ? Assister à une telle situation de détresse était-il trop difficile pour moi ? Ou bien sont-ce mes émotions qui m'y ont conduite ?



Pourquoi cette fois-ci, ne suis-je pas parvenue à « prendre sur moi » ? Les émotions sont présentes dès lors que j'entre en communication avec autrui mais sans pour autant m'handicaper habituellement au point de ne plus adopter une posture professionnelle.

De l'ensemble de ce questionnaire a émergé la question de départ suivante :

En quoi les émotions ressenties par les infirmiers peuvent influencer la relation soignant-soigné ?

Mots-clés : émotions, Infirmier Diplômé d'Etat, relation soignant-soigné

2 PHASE EXPLORATOIRE

Compte tenu du sujet, j'ai choisi de m'appuyer sur les champs disciplinaires de la psychologie et du soin. Ainsi, en première partie je traiterai des émotions dans le soin infirmier et en seconde partie j'exposerai un éclairage autour de la relation soignant-soigné.

2.1 LES EMOTIONS DANS LE SOIN

Les émotions sont bien connues par les soignants. Dès notre apprentissage, nous bénéficions de cours théoriques autour de celles-ci, dans le but de les connaître et ainsi de mieux se connaître soi-même. En effet, ce qui fait la complexité des émotions c'est qu'elles sont propres à chaque être humain. Elles sont donc indissociables des soignants et donc du soin.

Mais que sont les émotions au sens propre ? Comment se caractérisent-elles ?

2.1.1 DEFINITIONS :

De multiples définitions relatives à ce concept sont recensées. J'ai retenu les théories apportant un éclairage au sujet de mon travail de recherche.

Au sens commun, Le Petit Larousse définit l'émotion comme un « *trouble subit, agitation passagère causés par un sentiment vif de peur, de surprise, de joie etc.* ». Cette définition met en évidence le caractère soudain de l'émotion empêchant l'individu de la prévoir. Lorsqu'elle est déclenchée, elle s'impose. Kant appuie cette notion de surprise puisque pour lui « *l'émotion est le sentiment d'un plaisir ou d'un déplaisir actuel qui ne laisse pas le sujet parvenir à la réflexion. Dans l'émotion, l'esprit surpris par l'impression perd l'empire sur lui-même* »¹. Ici, je note donc une opposition entre les émotions et la rationalité. En effet, mon ressenti en lien avec la situation était négatif et m'a envahi, peut-être parce-que je ne m'y attendais pas et n'ai donc pas réussi à me raisonner.

Mais, par quoi est-elle provoquée ? Quelles sont les origines de ce ressenti ? D'un point de vue psychologique, « *les émotions seraient déclenchées et différenciées sur la base de l'évaluation subjective, directe, immédiate et intuitive, consciente ou inconsciente, d'un certain nombre de*

¹ KANT, Anthropologie d'un point de vue pragmatique

critères ou dimensions de la situation qui serait pertinent pour l'individu »² (GRANDJEAN et SCHERER, 2009). Finalement, les émotions seraient une interprétation personnelle d'une situation. D'ailleurs, après débriefing de l'intervention avec l'équipe, je me suis rendue compte être la seule à avoir été envahie. La notion de subjectivité a donc toute sa place dans l'origine d'une émotion. Mais alors, comment déceler et évaluer l'état émotionnel d'un individu ?

2.1.2 LES DIFFERENTS TYPES D'ÉMOTIONS

Certains chercheurs ont avancé l'existence d'un nombre limité d'émotions, dites « fondamentales » ou encore « primaires ». Elles ont pour caractéristique d'être universelles et donc susceptibles d'être ressenties par chaque individu, peu importe sa personnalité et sa culture. Le modèle d'EKMAN et AL. (1972) en considère six : la joie, la surprise, la colère, la tristesse, le dégoût et la peur. Pour appuyer l'attrait commun, DARWIN C. (1872) dresse une description précise physique que chacune procure (ANNEXE I). Par exemple, la tristesse se caractérise sur le visage par une pâleur, des paupières abaissées, une tête penchant vers le bas du corps, des rides creusées au niveau du front, un abaissement de la commissure des lèvres, les muscles se détendent et la circulation ralentie³. Ainsi, les émotions relèvent de l'intime mais peuvent pour autant être perceptibles par le biais du non-verbal. La seconde grande classe sont les émotions dites « mixtes ». Selon EKMAN, elles sont la résultantes du déclenchement de deux émotions en simultanée⁴. La honte serait à l'origine d'un mélange entre la colère et la peur. Chacune d'entre elle se caractérise par un degré d'intensité, une polarité (positive ou négative) et sexuées (dépendance socio-culturelle)⁵.

En effet, lorsque je me suis retrouvée face à la famille, j'ai ressenti une forte tristesse qui s'est traduite par des réactions physiologiques pouvant être visibles. Bien que nous sommes des êtres humains, le soignant doit avant tout rester professionnel et conserver son rôle quelle que soit la situation. Alors, qu'en est-il de la place des émotions dans l'exercice du métier d'infirmier ?

2.1.3 INFIRMIERS ET ÉMOTIONS

Elles ont longtemps étaient dissociées de la profession puisque les infirmiers devaient faire preuve de neutralité émotionnelle pour ne pas montrer de « faiblesse ». En effet, « *il faut être fort pour porter celui qui est fragilisé par la maladie* »⁶ Mais, petit à petit est entré dans les mœurs et les institutions que les soignants étaient avant tout des humains et donc sujets à

² GRANDJEAN D. et SCHERER K.R., Théorie de l'évaluation cognitive et dynamique des processus émotionnels, Dunod, Paris, p. 46

³ DARWIN C., L'expression des émotions chez l'Homme et les animaux, 1874, Ed Rivages (Ed de 2001), p. 189.

⁴ EKMAN P., Facial Expression and Emotion, University of California, San Francisco, CA, USA, Chapter 16, 1984.

⁵ HOWELL D. C., Méthodes statistiques en sciences humaines, Bruxelles, DE BOECK, 1998.

⁶ GAUDRON S., Distance professionnelle et qualité du soin, 2009, Ed Lamarre, 2^{ème} Ed.

ressentir des émotions. MERCADIER C. explique que « *la culture professionnelle est contaminée par la culture de la société qui exprime beaucoup plus facilement les émotions qu'il y a 10 ou 20 ans* »⁷. A mon sens, cette évolution évite une aseptisation du soin relationnel et permet ainsi l'authenticité de la relation soignant-soigné. Mais quel est le rôle des émotions soignantes ? Quels sont leurs enjeux ?

2.1.3.1 Les émotions, un outil de protection

MATSUMOTO et EKMAN (2009) détermine que les émotions sont « *conçues pour aider les individus à s'adapter et à faire face à des événements qui ont des implications pour leur survie et leur bien-être* »⁸. Apparaît ici une notion d'aide psychique pour l'individu. Comme si ne pas les ressentir nous mettrait en danger. Dans la pratique soignante, les nier pourrait donc conduire l'infirmier à l'épuisement. Au contraire, accepter de les ressentir permet d'aider le soignant à les gérer et ainsi contribuer à son bien-être. Me concernant, je n'ai pas réussi à les réguler au moment où elles se sont présentées et ont été un frein au soin relationnel. En effet, lorsque j'ai ressenti l'émotion, mon comportement a changé et je ne me situais plus dans une démarche d'aide. J'ai donc rompu la relation instaurée avec l'entourage. Comme indiqué dans cette partie, il n'est pas possible d'empêcher une émotion d'arriver. Alors, comment gérer cette sensation ?

2.1.3.2 La place de la gestion des émotions dans le soin

La législation relative à la profession infirmière appuie l'importance de la gestion des émotions, puisque « *l'infirmier ou l'infirmière agit en toutes circonstances dans l'intérêt du patient* »⁹ et qu'il « *doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard* »¹⁰. D'ailleurs, nous y sommes formés dès notre entrée à l'IFSI. A travers la réalisation d'analyse de pratique professionnelle et la validation de la compétence sept nous sommes entraînés à développer des capacités d'analyse critique de notre posture en vue de l'améliorer. Ces deux exercices, nécessaires à la validation du diplôme d'état, peuvent être exploités dans le cadre de situations vécues comme difficiles où des émotions sont entrées en jeu.

Un déni des émotions ou une mauvaise gestion peuvent être lourds de conséquences. Pour le personnel soignant elles peuvent induire des risques psychosociaux comme un stress chronique, un mal-être/souffrance, ou encore un burn-out (AUDOIRE H., 2014). Enfin, les émotions des soignants perçues comme négatives peuvent renvoyer au patient une vision négative du

⁷ MERCADIER C., Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital, Thèse, 2002.

⁸ <http://tel.archives-ouvertes.fr/>

⁹ Article 25 du Code déontologique de la profession infirmière, décret n°93-221, 16 février 1993

¹⁰ Article 26 du Code déontologique de la profession infirmière, décret n°93-221, 16 février 1993

professionnel et mener vers une tension, un conflit.

Apparaît ici un lien indéniable entre l'infirmier et le patient. Ainsi, quels sont les éléments nécessaires à l'instauration d'une relation soignant-soigné ?

2.2 LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE

Au XVIIème siècle, DESCARTES annonçait qu'il « *suffisait de remplacer l'organe malade pour guérir le malade* ». Cette vision très mécanique de l'Homme se résumant au corps (et de ce fait à la pathologie) éradiquait tout lien avec l'esprit. Cependant, au XXème siècle, l'Organisation Mondiale de la Santé donne une définition plus générale de la santé, en stipulant qu'elle est « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »¹¹ Ici, nous notons deux composantes : la composante objective qui est la science médicale du corps humain et la composante subjective qui est la prise en compte de la psyché. Le concept de relation soignant-soigné est apparu et fait désormais parti des incontournables en matière de sciences infirmières.

2.2.1 DEFINITIONS

D'après MANOUKIAN A. et MASSEBOEUF A. la relation se définit comme « *Une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires [...]* »¹². Cette relation, aussi spécifique au monde paramédical soit-elle, est plus précisément éclairée comme un « *Lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé. [Cette relation] a pour but l'aide et le soutien de la personne soignée jusqu'à son retour vers l'autonomie, [et] permet d'identifier les demandes de la personne et d'analyser les interactions.* »¹³

Pour moi, le concept de relation soignant-soigné se rapproche du « prendre soin ». C'est à dire cette différence qui permet d'inscrire son action, le contenu de son métier, dans « *une perspective soignante, porteuse de sens et aidante pour la personne soignée* »¹⁴. Ainsi, le soin et le prendre soin s'articulent également autour de la relation.

2.2.2 LES FACTEURS INFLUENÇANT

Ce qui fait le caractère de chaque relation est son unicité. Elle dépend de tous les éléments entrant dans la composition d'une relation, aussi vastes soient-ils. Ainsi, une relation entre deux

¹¹ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946, signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

¹² MANOUKIAN A. & MASSEBOEUF A., La relation soignant-soigné, 3^{ème} Ed, Ed Lamarre, 2008, p9

¹³ Dictionnaire Encyclopédique des soins infirmiers

¹⁴ HESBEEN W., Prendre soin à l'hôpital, Paris, Masson, 2007, p.2

mêmes personnes n'est pas figée. Son évolution est la résultante du mouvement des éléments la composant.

MANOUKIAN A. relève trois principaux facteurs :

- « *Les facteurs psychologiques : principalement les valeurs personnelles, les représentations, les préjugés, les émotions, les désirs, les enjeux particuliers de cette communication etc ;*
- *Les facteurs sociaux : l'appartenance à une catégorie professionnelle, à une classe d'âge, à une culture, ainsi que les rôles et les fonctions de chacun ;*
- *Les facteurs physiques : les perceptions propres à chacun, l'aspect physique... »¹⁵*

Nous comprenons donc que des éléments que nous ne pouvons contrôler à l'instant de la relation entrent en jeu. Dans la situation que je vous ai exposée, j'ai été confrontée à la brutalité de la mort ainsi qu'à la détresse d'une famille effondrée. Je me trouvais sur le terrain dans le rôle du soignant avec la personnalité sensible qui est la mienne. Tout au long de l'intervention, j'ai essayé de composer avec l'ensemble de ces facteurs et ainsi tisser une relation d'aide auprès des proches. En vain. DESHAYS C. a dit : « *là où il y a relation, il y a du risque. Quel risque ? Celui d'être affecté, touché et de perdre la clairvoyance d'un raisonnement rationnel* ».

En plus des trois facteurs énoncés ci-dessus, je me permets d'y ajouter la notion de distance. En effet, elle est annonciatrice du type de relation qui va être mise en place. Selon HALL, il en existe quatre types : la distance intime (0 à 0,45m), la distance personnelle (0,45 à 1,20 m), la distance sociale (1,20 à 3,50m) et la distance publique (3,50 à 8m)¹⁶. Une distance supérieure à 1,20m ne permettra pas d'avoir un échange de proximité et le contact physique n'est pas possible. Ainsi, selon la distance choisie, la relation ne sera pas la même. Ce choix appartient principalement au soignant puisque c'est lui qui va vers le patient.

2.2.3 LA COMMUNICATION

Etymologiquement, le mot communication vient du latin « mettre en commun ».

Il existe deux types de communication, pour le moins indissociables : la communication verbale et la communication non-verbale. Chacune nécessite au moins un émetteur, un récepteur et un message codé à transmettre.

De façon habituelle transmettons notre message oralement. C'est la communication dite verbale. Si dans le métier d'infirmier nous sommes particulièrement précautionneux quant au contenu, aux manières d'aborder certains sujets, nous savons aussi que notre attitude, nos gestes, mimiques sont tout aussi importants à maîtriser.

¹⁵ MANOUKIAN A. & MASSEOEUF, Op. Cit., p9

¹⁶ HALL E. T., La dimension cachée, Paris, Ed Points, p. 143

Peter Drucker¹⁷ a dit : « *la chose la plus importante en communication, c'est d'entendre ce qui n'est pas dit* ». En effet, la communication non verbale apporte un complément à nos paroles et peut parfois révéler ce que nous ressentons ou qui n'est pas exprimable oralement. La posture, le regard, le toucher transmettent des messages qui ne pourraient être explicités par la voix. Ainsi, un patient peut ressentir si le message non verbal n'est pas en adéquation avec le message verbal. Il est donc nécessaire que le message verbal et le message non verbal soient concordants pour que l'information transmise par le soignant soit perçue à sa juste valeur. Nous avons décrit de façon générale la notion de relation entre le soignant et le soigné mais qu'en est-il du rôle de l'IDE dans cette interaction ?

2.2.4 L'INFIRMIER DANS LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE

Le soin relationnel fait partie du rôle propre infirmier. HENDERSON V. affirme que « *le rôle de l'infirmière consiste à aider l'individu, malade ou en santé, au maintien ou au recouvrement de la santé [...] par l'accomplissement de tâches dont il s'acquitterait lui-même s'il en avait la force, la volonté, ou possédait les connaissances voulues et d'accomplir ces fonctions de façon à l'aider à reconquérir son indépendance [...]* »¹⁸. Concrètement, l'IDE est un guide pour le patient, grâce aux connaissances et compétences qu'il possède. Par cela, il détient un rôle important au cours de la relation. HESBEEN W. (2007) expose en ce sens les huit éléments que l'infirmier doit s'approprier pour engager une relation : la chaleur, l'écoute, la disponibilité, la simplicité, l'humilité, l'authenticité, l'humour et la compassion¹⁹ (ANNEXE II). Le soigné, lui, se trouve en position de demandeur de soins, en quête de besoins relatifs à son bien-être. Ainsi, l'articulation des deux acteurs va définir le type de relation à mettre en place, soit : la relation sociale de civilité, la relation fonctionnelle, la relation d'aide et la relation d'aide thérapeutique. La législation relative au mode d'exercice de la profession stipule que l'infirmier doit « *protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social* »²⁰. Egalement, la Charte de la Personne Hospitalisée énonce que « *la personne hospitalisée est traitée avec égard* ».

Au regard de la théorie recensée, j'ai choisi de modifier ma question initiale. En effet, j'ai appris

¹⁷ DRUCKER P-F., (1909 – 2005), professeur, consultant américain en management d'entreprise, auteur et théoricien

¹⁸ COLLECTIF, Virginia Henderson : 1897 – 1996, Biographie et analyse de son œuvre, Recherche en soins infirmiers n°68, 2002, p.10.

¹⁹ HESBEEN W., Prendre soin à l'hôpital, Ed Masson, 2007, p.37

²⁰ Code de la Santé Publique, Art R4311-2, 2004

que les émotions sont essentielles au soin. Pourtant elles doivent être gérées par le soignant en vue de se protéger. La relation avec le patient étant au centre des préoccupations, comment agir lorsqu'un état émotionnel perçu comme négatif survient à cet instant ? Comment la préserver ? Ces interrogations m'amènent à la question suivante :

En service de soins généraux, en quoi l'IDE peut-il gérer ses émotions négatives induites au cours d'une relation soignant-soigné, afin de ne pas impacter celle-ci ?

2.3 RENCONTRES DE PROFESSIONNELS

2.3.1 HYPOTHESES DE TRAVAIL

Les entretiens réalisés permettront d'apporter des éléments de réponse à la question centrale posée. Ainsi, j'ai choisi de dégager deux principales hypothèses de travail :

1 – Le soignant possède des ressources personnelles pour agir au moment où l'émotion négative apparaît, en vue de conserver la relation soignant-soigné.

En effet, la fonction première des émotions serait d'aider les individus à s'adapter dans une situation complexe et ainsi de viser à leur bien-être. Mais qu'en est-il précisément dans le métier d'infirmier où soignant et soigné interagissent constamment ?

2 – Le soignant possède lui-même des ressources d'ordre personnel, mais il peut aussi s'appuyer sur les ressources collectives qu'offre le travail d'équipe pour soulager ses souffrances et ainsi ne pas impacter la relation soignant-soigné.

Les études des ergonomes et médecins du travail montrent que les infirmiers sont profondément affectés par la souffrance des malades gravement atteints et ce d'autant plus qu'elles le vivent dans un sentiment de solitude. Cette hypothèse permettra donc de faire un point sur les mesures collectives appliquées. Selon M. HENNEZEL, les groupes de paroles possèdent des vertus indéniables, mais qui ne sont malgré tout que peu intégrés dans l'organisation formelle d'un service. Qu'en est-il de ce constat ? Ce manque est-il pallié d'une autre façon ?

2.3.2 METHODOLOGIE DES ENTRETIENS

Afin d'apporter des éléments de réponse à la question posée, j'ai choisi de m'orienter vers une démarche qualitative en réalisant trois entretiens semi-directifs.

APPELLATION	QUALITE	INTERET DU CHOIX
I1 	<p>Infirmier depuis 2010, il a intégré immédiatement après son diplôme le bloc opératoire d'une clinique privée de Toulouse.</p> <p>Il est formé dans plusieurs domaines dont l'urologie, la pneumologie, la gastrologie.</p>	<p>Il peut paraître que le service du bloc opératoire (BO) est un des endroits où il y a peu de relations soignant-soigné. Pourtant, bien qu'elle soit de courte durée, celle-ci est très intense et laisse place à de nombreuses émotions.</p> <p>Cette dimension d'intensité m'a interpellée et m'a donc dirigée vers un entretien avec un infirmier exerçant au BO.</p>
I2 	<p>Infirmier depuis 2011. Cela fait 3 ans qu'il exerce dans un service de réanimation polyvalente du Centre Hospitalier Universitaire.</p> <p>Avant, il a travaillé en tant qu'intérimaire puis il a exercé 3 mois dans un service traditionnel d'urologie et 2 mois en soins continus d'urologie.</p>	<p>Le service de réanimation est vu comme « complexe » et nos représentations nous appellent à imaginer des situations difficiles auxquelles sont confrontés les soignants. Qui dit situation difficile dit émotions. J'ai donc souhaité m'entretenir avec un infirmier exerçant dans un tel service.</p>
I3 	<p>Infirmière diplômée de 2009.</p> <p>Cela fait 5 ans qu'elle travaille dans le service des soins intensifs de gastro-entérologie au CHU de Toulouse. Avant, elle a exercé un peu plus de 6 mois dans le service traditionnel de la même spécialité</p>	<p>Etant en stage dans ce service, je me suis rendue compte que les émotions avaient une place prépondérante dans cette unité. C'est en observant les infirmières et notamment le vécu de situations plus ou moins difficiles que je me suis dirigée vers un entretien avec une IDE du service.</p>

2.3.3 ANALYSE DES DONNEES

2.3.3.1 Etude du contexte

Définition d'une émotion négative selon les professionnels

Ici, deux principales notions ont été énoncées par les trois professionnels.

Premièrement, I1 et I2 énoncent clairement qu'une émotion négative est un ressenti qui influe le soin de façon négative. Pour I1, « *une émotion négative c'est une émotion qui nous empêche de travailler [...] de manière efficace, qui peut nous ralentir dans nos pensées.* », alors que I2 précise que « *quand on la ressent on peut avoir des conduites dangereuses [...], [par exemple] quand un patient fait que sonner, à force je n'y vais pas de suite...* ». Je comprends ici que ressentir des émotions entravent la raison, comme l'appuie KANT dans « *l'Anthropologie d'un point de vue pragmatique* ».

I3, est la seule à souligner la notion de subjectivité à travers ses propos : « *C'est pas forcément pareil pour tout le monde mais... C'est très subjectif. C'est une émotion que l'on peut avoir envers une personne alors que d'autres ne l'ont pas forcément* ». Je note donc un lien avec une des cinq composantes de l'émotion défendue par SCHERER K, qu'est la dimension subjective.

Les situations rencontrées renvoyant des émotions négatives

Inutile d'énumérer les situations rencontrées renvoyant des émotions négatives puisqu'elles sont pour chacun des soignants différentes. En somme, nous sommes tous inégaux face à l'origine de nos émotions. Comme l'illustre bien I3 « *les situations vécues comme difficiles pour moi ne seront pas les mêmes que ma collègue...* ». La théorie de SCHERER sur la notion de subjectivité semble donc à nouveau confirmée.

Les conséquences des émotions négatives ressenties par les soignants :

Les trois infirmiers ont mis en avant au cours de l'entretien l'impact de leurs émotions sur la relation avec le soigné, mais ont également évoqué les conséquences sur eux-mêmes.

Ils soulignent que les émotions leurs permettent d'apprendre à se connaître, de déceler leurs limites. C'est bien parce qu'ils ressentent une émotion qu'ils prennent conscience de leurs limites et qu'ils adaptent ainsi leur comportement. La théorie de MATSUMOTO et EKMAN est alors confirmée sur le terrain : une des fonctions des émotions consiste à permettre à l'individu de s'adapter face à une situation.

Enfin, tous les trois évoquent l'impact de leurs émotions sur la relation soignant-soigné. I3 détaille : « *Ca peut bloquer... Soit parce qu'on se protège, donc on n'arrive pas à être forcément bien avec le patient... Soit on est agacé et dans tous les cas on arrête d'écouter le patient* ».

2.3.3.2 Le travail d'équipe contribue à la gestion des émotions

Lors des rencontres avec les trois professionnels, chacun m'a évoqué spontanément le rôle du travail d'équipe dans la gestion des émotions. En effet, lorsque j'ai interrogé les soignants sur leur manière de gérer les émotions, tous les trois ont cité « *en parler à l'équipe* ». Ils relèvent aussi le cadre dans lequel se déroulent ces discussions. Et c'est à ce sujet que les disparités apparaissent.

I3 déclare que des temps formels appelés « *réunions de cas difficiles* » sont organisés une fois

par semaine. Le but est que « *chacun donne son point de vue, on essaie de comprendre...* » mais elle précise que « *on ne peut pas le faire avec tous les patients...* ». L'infirmier en réanimation polyvalente me parle de réunions pluridisciplinaires, une fois par semaine également où ils évoquent les situations qui leur posent problèmes. Il souligne que ces temps ne sont « *pas ciblés sur notre vécu [...] Finalement c'est rare quand on aborde une situation difficile pour nous émotionnellement [...] il y a tellement de choses à traiter, à parler, que notre vécu, bon... Cela passe en second plan [...] les IDE, on privilégie plus ce qui dépend directement à la prise en charge du patient et à sa famille, plutôt que de parler de nous...* ».

Les trois soulignent le manque de temps formel consacré à la discussion autour de leur vécu. Ils s'avouent frustrés de cette situation « *car les émotions font vraiment parties de notre quotidien...* ». D'ailleurs, tous déplorent l'absence de reconnaissance de leur souffrance. Alors que M. HENNEZEL vante les vertus des groupes de paroles et précise qu'ils permettent notamment de soulager les souffrances des soignants et de renforcer l'unité de l'équipe.

Alors, les soignants s'adaptent et s'expriment autour de temps qualifiés d'informels, le plus souvent durant la pause ou lors des transmissions orales. Ces temps se produisant plusieurs fois par jours, ils sont susceptibles de répondre de façon quasi immédiate à leurs besoins. D'ailleurs, Il met en avant les avantages des discussions entre collègues : « *confronter nos avis avec les collègues nous permet aussi à nous de réfléchir différemment sur les choses...* ». De plus, le travail d'équipe permet, lorsque cela est possible, de « passer le relais », ou « passer la main ». Cela suppose donc que l'infirmier chargé d'émotions se libère en demandant à un collègue ayant un regard neutre sur la situation d'aller exécuter ce qu'il n'a pu réaliser auprès du patient. Enfin, chacun expose des limites à cet échange inter-équipe. Sont soulignés le manque de temps, le besoin de s'entretenir avec un aidant extérieur à la situation lors des réunions de services et enfin le manque d'encadrement pour apprendre à les gérer.

Au regard de ces données et de l'analyse, le travail d'équipe semble une ressource indispensable pour les professionnels pour les aider à gérer leurs émotions. En effet, les temps formels étant insuffisants, ils n'hésitent pas à provoquer des moments d'échanges avec des collègues lorsqu'ils en ressentent le besoin.

Cependant, cette aide, bien que provoquée, ne peut être réalisée qu'à certains instants de la journée. Tous s'accordent à dire que le moment le plus délicat pour eux reste l'instant même où l'émotion surgit face aux patient. Il argumente : « *[...] sur le moment, quand on ressent de mauvaises choses, on est tout seul... [...] On est tout seul à les ressentir déjà et puis surtout tout seul face au patient. Donc je me maîtrise, j'essaie de faire comme je peux pour ne pas subir et faire subir au patient. C'est dur !* ». La sensation de solitude du soignant face à son émotion lui impose une maîtrise de soi immédiate, le poussant à puiser dans ses ressources personnelles, pour ne pas souffrir lui et mettre à mal la relation soignant-soigné.

2.3.3.3 Les ressources personnelles, atout majeur de la gestion des émotions

Il existe de nombreuses théories, conseils et astuces proposés pour réaliser un travail émotionnel personnel. C'est peut-être parce que l'émotion implique une très grande part de subjectivité que les professionnels interrogés semblent accorder plus d'importance à la gestion des émotions en travaillant sur eux - notamment lorsque celle-ci survient au pied du lit d'un patient - plutôt qu'un travail collectif.

Pour résumer, il me semble important de mettre en évidence que les attentes envers les éléments de travail proposés sont différentes. En effet, les trois infirmiers attendent de l'équipe de l'écoute et un partage de différents points de vue. Par contre, ils attendent d'eux-mêmes une maîtrise de l'émotion au moment où elle survient. I2 argumente clairement l'enjeu de la maîtrise d'une émotion négative en argumentant que *« si finalement on n'arrive pas à s'en détacher au début, cette émotion va nous suivre le reste de la journée si on ne trouve pas de solution pour s'en débarrasser ! [...] on ne se sent pas bien et puis surtout il y a des conséquences sur notre prise en charge... [...] Et puis de façon plus extrême, cela peut nous conduire au burn-out... »*. Au cours de notre rencontre, chacun m'a expliqué ses techniques pour pallier l'envahissement d'une émotion. Elles varient selon chacun et semblent très personnelles.

I1 et I2 utilisent la déviation pour lutter contre les émotions négatives. L'infirmier de bloc me raconte *« y pallier en mettant de la musique dans la salle d'intervention ! Cela peut paraître anodin, mais cela me permet de faire mon travail [...] et de dévier mon attention vers autre chose. Comme ça je ne rumine pas trop sur ce qui m'attriste, m'énerve ou me fait peur. »*. L'IDE exerçant en réanimation polyvalente, lui m'explique qu'il essaye de travailler son imagination et de transformer son émotion négative en positive. I3 allie son caractère aux attentes qu'elle a d'une relation soignant-soigné : *« Je sais que je suis face au patient et je suis un peu impulsive... Alors je ne me cache pas et j'explique au patient ce qui m'agace, me rend triste... Je trouve que comme ça la discussion est plus authentique et des fois ça permet de réamorcer sur de bonnes bases. Ça me permet de me rendre compte pourquoi lui est comme ça aussi [...] et ça débloque le malaise. »* Et lorsqu'une discussion n'est pas envisageable, elle utilise la déviation en allant chercher immédiatement après des émotions positives auprès d'un patient ou d'une collègue.

Finalement, au cours des entretiens aucune limite n'était évoquée. J'ai donc choisi de les guider afin qu'ils les expriment. J'ai ainsi pu dégager deux catégories.

Premièrement, est ressorti le manque d'efficacité à long terme, puisque deux des soignants avouent ne pas arriver à laisser leurs émotions de côté en quittant leur poste. I3 précise que dans son cas l'expérience ne l'aide pas puisqu'avec le temps elle accumule de plus en plus et se trouve de moins en moins tolérante. Malgré tout, elle affirme que *« gérer les émotions à*

l'instant où elles arrivent, c'est 90% du travail fait... Du moins à court terme cela nous aide à rentrer dans une autre chambre en suivant en étant neutre, comme si de rien était... Et ensuite il reste à composer avec les 10 autres pourcents, difficiles à évacuer. ». Enfin, Il regrette le manque d'échange entre professionnels autour des stratégies de chacun. Cela m'a interrogée dans la mesure où ces techniques sont très personnes-dépendantes. Les communiquer peut être révélateur de la personnalité, du caractère de chacun. L'absence d'échanges à ce propos n'est-il pas lié à la pudeur, à la crainte que l'autre s'imisce dans notre intimité ? Aussi, ces stratégies sont-elles appliquées par tous de façon consciente ?

2.3.4 SYNTHÈSE RELATIVE A LA RENCONTRE DES PROFESSIONNELS

Cette analyse de données permet de mettre l'accent sur divers points. Tout d'abord, elle confirme l'intérêt que portent les professionnels au sujet de mon travail. En effet, le but premier de la rencontre avec les professionnels étant d'éclairer la question de départ posée, elle a aussi permis d'instaurer un climat de confiance et de mener les soignants à la confiance.

J'ai pu constater que la gestion de leurs émotions est essentielle puisqu'ils ont tous évoqué des outils, ressources qu'ils utilisent quotidiennement, en plus des temps formels organisés. Le travail d'équipe, bien que discutable puisque jugé insuffisant, possède des attributs indéniables d'entraide, d'écoute et de soutien favorisant la gestion des émotions des soignants appartenant au groupe. A cela s'ajoute un travail exclusivement personnel, mais essentiel, qui permet à chacun de s'adapter au moment même où l'émotion surgit. C'est une notion d'adaptation que nous avons étudiée à l'école, dans le cadre de l'UE 4.2 mais qui pour autant m'était restée inconnue sur le terrain. Jamais ou que très peu évoquées, les stratégies d'adaptation semblent cependant l'atout majeur des professionnels dans la gestion des émotions. C'est ainsi pour cette raison que j'ai choisi d'éclairer le concept de « Stratégie d'adaptation » et plus précisément la « Stratégie de Coping ».

3 PHASE CONCEPTUELLE

La mise en place des stratégies d'adaptation face à une émotion négative a largement été évoquée dans le discours des soignants rencontrés.

Le Dico Psycho²¹ les décrit comme un «*ensemble des réponses physiques, psychiques, d'un individu soumis à des circonstances stressantes, notamment à une agression imprévue.* ». Plus précisément, il s'agit des phénomènes déployés consciemment par un individu, mis en place dans le but de faire face à des situations vécues comme difficiles en modérant son influence sur les plans émotionnels, physiques et sociaux – les deux derniers plans n'étant pas traités dans le

²¹ Dico Psycho, www.psychologies.com/Dico-Psycho

sujet, il n'en demeure néanmoins que tous les trois s'intriquent puisque en corrélation. Les stratégies d'adaptation se déclencheraient donc dans un cadre stressant et imprévu.

CHABROL H. et CALLAHAN.S²² s'opposent à l'emploi de ce concept utilisé au Canada puisqu'il serait restrictif. Selon eux, l'utilisation de « Processus de coping » est plus adaptée puisque plus globale.

3.1 DEFINITION DU PROCESSUS DE COPING

Le coping est un terme d'origine anglaise qui se traduit par « faire face à ». Cette notion est relativement récente dans l'histoire des concepts en psychologie.

Il se distingue superficiellement des mécanismes de défenses de par son mode d'action. En effet, dans le coping, le processus se fait de manière consciente, alors que, les mécanismes de défenses sont issus d'un processus inconscient.

LAZARUS et LAUNIER²³ le définissent comme un « *ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer des demandes spécifiques internes et/ou externes, vécues par le sujet comme menaçant, épuisant ou dépassant ses ressources.* » (1978). Les professionnels de santé ont chacun développé des « stratégies » visant à réguler l'impact des émotions négatives sur eux-mêmes et donc sur la relation soignant-soigné.

Plus précisément, selon KRAMER²⁴ (2010), le processus de coping vise à :

- ✍ La régulation des affects, réduisant ou écartant les affects négatifs
- ✍ L'homéostasie, en restaurant un niveau confortable de fonctionnement ou en retournant au niveau de fonctionnement de base.

LAZARUS et FOLKMAN, eux, décrivent les fonctions de coping plus généralement comme agissant sur le stress. Cependant, les professionnels affirment eux, déclencher des stratégies de coping lorsqu'ils ressentent des émotions négatives. Ainsi, quel lien entre stress et émotions ?

3.2 STRESS ET COPING

Pour comprendre le lien qu'il existe, il est nécessaire de revenir à l'origine d'apparition des émotions. En effet, lorsque, la relation soignant-soigné, nous perturbe, notre corps va déclencher l'état de stress, qui se caractérise précisément par la libération de cortisol dans l'organisme. Ainsi, des réactions physiologiques anormales (type tachycardie, sueurs, vision

²² CHABROL H. est professeur de psychopathologie à l'université de Toulouse II – Le Mirail. Il est aussi pdo-psychiatre. CALLAHAN S. est professeur de psychopathologie à l'université de Toulouse II – Le Mirail. Elle est aussi psychologue clinicienne. Ces deux professionnels ont rédigé un livre intitulé « *Mécanismes de défense et coping* » en 2013, Ed Dunod, 300pages.

²³ LAZARUS R.S (1922-2002), Professeur en psychologie à l'université de Californie. Il est le pionné de l'étude du stress et des émotions. Il a également réalisé un travail de recherche autour du coping. LAUNIER, associé de LAZARUS dans le rechercher autour du coping.

²⁴ KRAMER U., Coping and defence mechanisms : what's the difference ?, Psychology and psychotherapy : theory, research and practice, 2010

trouble...) apparaissent. C'est le ressenti de ces réactions qui nous permet d'interpréter l'élément perturbateur et ainsi d'identifier une émotion. Ainsi, le coping permet de réguler l'état de stress ressenti et par conséquent d'agir sur l'émotion. (ANNEXE VI). Le processus de déclenchement d'une émotion est de durée très courte. Aussi, le stress peut varier en intensité (de très faible à très forte). Ces deux affirmations m'amènent à supposer que sa perception est rendue délicate et expliqueraient ainsi pourquoi les soignants interrogés de les ont pas évoqués.

3.3 LES STRATEGIES

Le processus de coping comprend donc l'identification d'une situation perturbante, menant à l'adoption d'une stratégie. En effet, à la fonction de « faire face » s'ajoute sa fonction interne pour la personne²⁵. Bien qu'il en existe une multitude, trois sont plus couramment utilisées :

-  La stratégie de coping centrée sur les émotions
-  La stratégie de coping centrée sur le problème ou la tâche
-  La stratégie de coping centrée sur l'évitement

Pour résumer le rôle de chacune des stratégies employées sur la relation soignant-soigné, je propose un schéma synthétique que j'ai réalisé : (ANNEXE VII)

3.3.1 STRATEGIES DE COPING CENTREES SUR LE PROBLEME

De manière générale, le coping centré sur le problème implique des stratégies orientées vers le « management » de l'évènement. C'est-à-dire que l'individu s'oriente vers l'action dans le but de changer la relation entre la personne et sa situation par le biais d'actions qui auraient ou non du succès. Tenter suffit à justifier de l'adoption d'une stratégie. Cette situation me ramène à la technique adoptée par I3. En effet, l'infirmière m'a dit provoquer une discussion avec le patient, autour de l'élément perturbateur, afin que « *le malaise se débloque* ». Au regard de la théorie et du schéma proposé, il me semble pertinent d'avancer que l'IDE se situe dans une démarche centrée sur le problème. Ainsi, lorsqu'elle a identifié l'émotion concernée, elle essaie de modifier directement la situation posant initialement problème afin de changer son interprétation par le biais de la compréhension et ainsi éradiquer ses émotions. La situation perturbante s'annule pour ainsi ne plus impacter l'interaction soignant-soigné. Cependant, je note une limite à ce modèle : il est nécessaire que la stratégie de coping mise en place s'avère efficace afin qu'il n'y ait de conséquences dans la relation des deux protagonistes. MARX et SCHULTZ (1991) relèvent également que ce type de coping est « *pertinent pour réduire l'anxiété dans les évènements contrôlables, mais a tendance à augmenter l'anxiété lorsque la situation est incontrôlable* »²⁶. D'ailleurs I3 semble appuyer cette limite en précisant que « je

²⁵ CHABROL H. et CALLAHAN S., « Mécanismes de défense et coping », 2^{ème} Ed, Ed Dunod, p165

²⁶ Cit. Mécanismes de defense et coping"CHABROL H. et CALLAHAN S. p166

ne le fais pas avec tous, comme je te disais des fois je vois que du négatif chez certains patients et donc je ne pense pas qu'une discussion me ferait changer d'avis... ». Bien que la raison soit quelque peu différente, différence qui peut se discuter, elle semble consciente que son comportement n'est pas applicable à toute situation dans la mesure où le résultat n'est pas systématique.

3.3.2 STRATEGIES DE COPING CENTREES SUR L'EMOTION

Ces stratégies regroupent des processus de régulation de l'émotion associée à l'évènement stressant. Selon LAZARUS et FOLKMAN (1984), le coping centré sur l'émotion comprend des stratégies cognitives qui ne modifieront pas la situation mais plutôt l'attitude de la personne envers ladite situation. En effet, l'IDE de réanimation précise faire marcher son imagination afin que l'image négative qu'il en a soit rendu plus acceptable. Pour reprendre l'exemple qu'il a évoqué, positiver l'image d'un corps qui le dégoûte lui permet d'atténuer son ressenti et ainsi d'entrer à nouveau en contact avec le patient par le biais du toucher. Lorsque cette stratégie s'avère efficace, elle inhibe les conséquences sur la relation soignant-soigné. HOLMES et STEVENSON (1990) énoncent que le coping centré sur l'émotion soulage le stress vécu dans les situations incontrôlables mais rarement dans les situations contrôlables.

3.3.3 STRATEGIES DE COPING CENTREES SUR L'EVITEMENT

Le coping évitant consiste à détourner l'attention de la source du stress par le biais de comportements ou de cognition. En principe, l'individu touché utilise un objet « refuge ». Ainsi, il a l'impression que la tension émotionnelle est anéantie et éprouve un sentiment de bien-être. Il nous dit que lorsqu'il ressent des émotions négatives, il prend sur lui de façon à ne pas impacter la relation soignant-soigné, puis en second temps fait abstraction de ses émotions grâce à la musique durant une intervention. Cependant, qu'entend-il par « prendre sur lui » ? Peut-on imaginer qu'il s'autocontrôle en modifiant ses émotions ? Le manque d'informations recueillies à ce propos rend impossible la réalisation d'une analyse objective. Il aurait pourtant été intéressant d'obtenir des détails quant au comportement adopté en premier lieu. Peut-être étions-nous face à un soignant utilisant délibérément deux stratégies de coping différentes. Je m'attarde donc un peu plus sur son intérêt à écouter de la musique lors d'une intervention. En effet, il nous précise par la suite qu'écouter de la musique ne dérange pas son travail car à ce moment-là il pratique une tâche uniquement technique. Le patient étant sédaté durant l'intervention, la relation soignant-soigné n'existe plus à dans ce cas-là. Cette piste n'est donc pas évaluable dans le cadre de ce travail.

Aussi, tous les trois ont annoncé s'appuyer sur le travail d'équipe. Or, dans la partie concernant l'analyse des entretiens, j'ai dissocié les ressources d'équipe et les ressources individuelles,

considérant qu'uniquement ces dernières relevaient de la stratégie d'adaptation. Et pourtant, c'est en effectuant de plus amples recherches sur le concept que j'ai appris que l'appui de l'équipe pouvait s'inscrire quasi-systématiquement dans la stratégie de coping centrée sur l'évitement. En effet, c'est l'individu en difficultés qui décide d'agir sur son ressenti en se faisant remplacer par un nouvel acteur. D'ailleurs, l'expression « passer la main » relevée par les trois infirmiers parle d'elle-même. Elle permet à l'IDE de se soustraire à la situation difficile et de passer à une autre tâche. Une des limites de cette stratégie d'ailleurs mise en avant par les professionnels, est qu'il n'est pas toujours possible de transmettre la tâche à une collègue.

Aussi, la stratégie d'évitement me renvoie vers la situation vécue lors de la sortie en SMUR décrite au début du travail. Effectivement, à l'instant où je suis entrée en relation avec l'entourage du patient, j'ai ressenti des émotions négatives de type peur, tristesse. J'ai traversé une grosse phase de stress car j'ai pris conscience que ma vision se floutait, que mon cœur battait vite. J'étais envahie par la tristesse et la peur, incapable de me situer dans une relation d'aide et ai pris la fuite en m'isolant à l'extérieur. L'intervention se terminant peu de temps après, je ne suis en capacité de mesurer l'efficacité de ce comportement.

Finalement, il existe une multitude de stratégies renvoyant à celle de l'évitement. De manière générale, elles se regroupent dans la fuite, la distraction et la diversion sociale.

La mise en place de ce comportement semble être un générateur de stress par la suite. Il peut donc être efficace à court terme mais pas à moyen terme. Pour preuve, CHABROL H. et CALLAHAN S. donnent l'exemple suivant : « *en évitant de penser aux problèmes financiers, des soucis financiers plus importants peuvent se développer* ». Cet exemple m'amène à supposer que le coping évitant peut conduire l'individu à un état d'hypovigilance puisqu'il détourne les indices liés aux dangers, le conduisant de façon extrême à la faute professionnelle.

3.3.4 L'INFLUENCE DU CHOIX DES STRATEGIES DE COPING

De nombreuses études ont été réalisées dans le but de rechercher les facteurs influençant l'adoption de telle ou telle stratégie de coping.

Les variables de personnalité influencent largement le choix de la stratégie (ANNEXE VIII). LAZARUS (1993, 1995) reconnaît la nécessité d'intégrer la personnalité dans les modèles psychologiques du stress puisqu'il indique que « *l'évaluation psychologique ou biologique* » et « *la réaction face au stress* » sont deux des quatre variables incontournables à l'analyse du stress. D'ailleurs, I1 et I3 ont précisé la nature subjective de leur stratégie d'adaptation.

Une étude réalisée par MARIAGE A. et SCHMITT-FOURRIER F.²⁷ montre que les « *personnes dépressives investissent préférentiellement les stratégies de coping centrées sur*

²⁷ MARIAGE A. et SCHMITT-FOURRIER F, « Rôle de la personnalité dans les stratégies de coping » étude auprès de personnels soignants, Le travail Humain 2006/1, Vol 69, p. 1-24

l'émotion dont on sait l'effet protecteur à court terme, pour des évènements incontrôlables et le rapport avec des évènements vécus comme perte ». En ressort aussi que la fonction, la formation, le niveau de responsabilités, la tâche, semblent avoir un rôle dans la manière de s'ajuster au stress. Ils ont montré que les IDE semblent moins investir les stratégies de coping centrées sur la tâche alors que les cadres de santé investissent moins le coping centré sur l'émotion.

D'autres études mettent en évidence que les jeunes ont recours à des stratégies de coping centrées sur l'émotion, d'autres soulignent une utilisation des stratégies centrées sur le problème. Il en est de même pour les résultats concernant les sujets plus âgés. L'influence de l'âge sur le coping reste alors à étudier de façon plus fiable.

3.3.5 LE DEVELOPPEMENT DES STRATEGIES DE COPING

Il repose essentiellement sur un travail émotionnel. Ce travail implique un environnement propice mais aussi des résultats visibles à moyen terme. Ainsi, CARILLO C. dans son ouvrage « *Etre un soignant heureux* »²⁸, propose une démarche à réaliser pour mieux gérer une situation de stress : (ANNEXE IX)

-  Prendre conscience du signal et ressentir ce qui se passe en moi
-  Identifier la cause
-  Voir la réalité intérieure et extérieure telle qu'elle est
-  Discerner les faits des interprétations
-  Décider et agir

Les facteurs influençant la gestion immédiate des émotions :

 L'expérience : Par expérience, CARILLO C. entend un entraînement à ressentir ses émotions, soit sur le lieu de travail, soit dans la vie de tous les jours. Pour les émotions de faibles intensité, elle préconise de s'entraîner à les ressentir sans jugement, déceler le besoin insatisfait à l'origine du stress pour ainsi chercher des actions concrètes. Pour les émotions de fortes intensité, elle propose de les exprimer à une personne qui se positionnera dans l'écoute active, ou si ce n'est pas possible, écrire une lettre symbolique qui sera jetée et/ou se décharger émotionnellement.

 Les activités extrahospitalières

 Les groupes de paroles : Le besoin d'en parler en équipe a été évoqué par les trois professionnels interrogés. Chacun défendait un temps formel prévu pour eux. Citée plus haut, HENNEZEL M. a dit que les groupes de parole permettent aux soignants :

²⁸ CARILLO C. *etre un soignant heureux*, 2^{ème} Ed, Ed Elsevier Masson, p. 183-188.

« de sortir du silence, de l'illusion de maîtrise et de toute-puissance dans lesquelles leurs formations initiales et l'attitude de notre société les enfoncent. Permettre aux soignants de parler de ce qu'ils vivent, de ce qui les touche et les émeut, de leur propre conception de la mort, de leurs difficultés face aux patient [...] oser exprimer sentiment d'impuissance et de culpabilité »²⁹

3.4 SYNTHESE

Le processus de coping est un concept largement pratiqué si on en croit les trois professionnels rencontrés. Cette méthode, bien que récente dans l'histoire de la psychologie, a été étudiée par un grand nombre de chercheurs, lesquels s'accordent à affirmer unanimement qu'elle joue un rôle dans la régulation du stress et donc des émotions. Suite à ces recherches conceptuelles, j'ai tenté d'apporter des éléments de réponse à ma question de départ, soit : En service de soins généraux, en quoi l'IDE peut-il gérer ses émotions négatives induites au cours d'une relation soignant-soigné, afin de ne pas impacter celle-ci ?

Bien qu'il existe trois principales stratégies de coping, la stratégie centrée sur le problème, la stratégie centrée sur l'émotion et la stratégie centrée sur l'évitement, il semble cohérent d'avancer que chacune, en régulant le stress et donc l'émotion du soignant agit indirectement sur la relation soignant-soigné. Ces stratégies peuvent être d'ordre personnel ou s'appuyer sur le travail en équipe formel ou informel.

La gestion des émotions relève d'un travail immédiat mais aussi à court et moyen terme. Pourtant, les professionnels avancent que les stratégies déployées ne suffisent pas. Ils soulignent en général un manque de reconnaissance de leur vécu émotionnel se traduisant par peu de temps formels consacrés à leurs souffrances, par l'absence de personnel neutre et qualifié mis à leur disposition pour les écouter. Cette carence les conduit à emporter chez eux leur mal-être, lequel rend difficile la régulation du stress et modifie la relation soignant-soigné. Constat qui m'amène à la question de recherche suivante :

L'utilisation d'une échelle d'auto-évaluation formelle de l'état émotionnel du soignant permettrait-elle une réadaptation par le soignant de sa stratégie de coping ?

4 LES LIMITES

Dans les études de ce genre, il existe des limites. Les préciser permet au rédacteur de prendre du recul sur son travail mais permet aussi au lecteur de modérer les propos écrits.

²⁹ HENNEZEL M., La mort intime, 1995, Paris, Ed Gallimard

Tout d'abord, je choisis d'exposer les limites personnelles à l'élaboration de ce mémoire. Au début, il m'a été difficile de le démarrer car il a fallu me détacher des différents travaux visualisés sur le net pour trouver ma voie. Voie tout d'abord rythmée par un choix de données théoriques abondantes puis par le deuil d'autres pourtant toutes aussi intéressantes. Je suis également d'un tempérament perfectionniste, ce qui peut aussi s'avérer handicapant puisque j'ai souvent modifié des parties considérées comme terminées.

Enfin, ce travail relevant principalement du champ disciplinaire de la psychologie, la compréhension de certaines données théoriques comme le concept de stratégie de coping s'est avérée très complexe.

J'ai également noté quelques limites relatives à l'étude réalisée. En effet, je n'ai interrogé que trois professionnels de santé ce qui limite leur représentativité de la population infirmière. Le lien expérience/gestion des émotions n'a donc pas pu être traité. Bien que les propos de chacun soient proches, l'analyse des entretiens et donc la suite du travail reste à modérer. Il a aussi été difficile de synthétiser leurs propos pour dégager les idées principales et s'orienter vers un concept général : j'ai l'impression de ne pas avoir pris en compte des paroles aussi importantes que celles retenues et qui méritaient d'être aussi analysées. Enfin, l'étude se porte uniquement sur l'avis et le ressenti des soignants. Qu'en est-il des patients ? Quelles sont les conséquences des stratégies de coping sur eux-mêmes et donc sur la relation avec le soignant ?

CONCLUSION

La réalisation de ce Travail de Fin d'Etudes a débuté en septembre 2014 et a abouti neuf mois plus tard. L'élément de base a été l'écriture d'une situation interpellante durant laquelle j'ai été confrontée à un envahissement émotionnel me conduisant à m'isoler pour l'atténuer. Me positionnant en tant que future professionnelle, je me suis immédiatement interrogée sur les conséquences des émotions soignantes sur la relation soignant-soigné. Les recherches réalisées par la suite ont éclairé les deux principales notions du sujet. En effet, ressentir des émotions impose leur gestion pour se protéger soi et pouvoir continuer d'assurer son rôle auprès du patient. Suite à ces constats, je me suis interrogée plus précisément sur l'influence de la gestion des émotions sur la relation soignant-soigné.

A été mis en avant durant les entretiens que les infirmiers utilisent des stratégies d'adaptation personnelles ou collectives immédiatement après l'identification de l'émotion, mais déplorent le manque de temps d'écoute, de discussions formelles à leur disposition à moyen terme. En théorie ce processus personnel se nomme stratégie de coping. Il a pour but de réguler l'état émotionnel face à un événement stressant. Lorsque cet objectif est atteint, la relation soignant-soigné est conservée. Cependant, son efficacité repose sur un travail immédiat mais aussi à court et moyen terme.

Le soin relationnel reste une des motivations majeures à l'exercice du métier d'infirmier. En effet, selon une enquête réalisée le 12 mai 2015 par le site complement-air.com, un grand nombre de futurs étudiants infirmiers se destinent à ce métier pour « *se sentir utile vis-à-vis des autres* », « *la dimension relationnelle avec le patient, le lien qui va se tisser...* ». Si sur le terrain on déplore un manque de prise en compte de la charge émotionnelle, les soins relationnels eux tendent à une meilleure reconnaissance. Effectivement, il existe une grille de cotation, Soins infirmiers individualisés à la Personne Soignée (SiiPS), permettant d'évaluer quantitativement l'ensemble des soins dont les relationnels réalisés sur un patient dans une journée. Toutefois, ne mesurer que l'aspect quantitatif de la relation implique une vision restrictive de celle-ci. Si dans un même temps le soignant n'est pas mieux accompagné, il risque d'y avoir une déshumanisation du soin.