

MARTIN FREDDY

Promotion : 2008-2011

Le soignant au cœur de la relation de soin
Travail de Fin d'Etude en vue de l'obtention du Diplôme d'État d'infirmier



Institut de Formation aux Métiers de la Santé

Centre Hospitalier Universitaire Carémeau

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont apporté leur aide :

En premier lieu, ma femme, pour son aide réconfortante et sa patience.

Puis mes compagnons d'étude qui ont excellés dans l'exercice du soutien moral.

Ensuite ma guidante, pour son œil expert et sa disponibilité

Enfin, les soignants, qui n'ont pas tari d'arguments lors de nos discussions sur les émotions et l'intérêt qu'ils ont porté à cette étude.

MARTIN FREDDY

Promotion: 2008-2011

Le soignant au cœur de la relation de soin

Travail de Fin d'Etude en vue de l'obtention du Diplôme d'État d'infirmier

Institut de Formation aux Métiers de la Santé

Centre Hospitalier Universitaire Carémeau

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION	1
2	SITUATIONS D'APPEL	2
3	QUESTIONNEMENT	5
4	LE CADRE DE L'ETUDE :	6
4.1	Qu'est-ce qu'un système :	6
4.2	Application au système humain :	6
4.3	Application au système soignant-soigné	8
5	CADRE CONCEPTUEL	9
5.1	Distance relationnelle	9
5.2	Les différents types de relations :	9
5.3	Le Concept de Comportement	10
5.4	Le Concept d'émotion :	11
6	ENTRETIENS AVEC LES PROFESSIONNELS	14
6.1	Guide d'entretien (annexe 1)	14
6.2	Analyse des résultats :	15
6.3	Conclusion de l'analyse	19
7	CONCLUSION	20

1 INTRODUCTION

Lorsque j'ai débuté ce travail, la mise en place de mon questionnement et la définition de ma question de départ a été assez longue.

J'avais réellement envie de travailler sur la relation entre le soignant et le patient, après avoir vécu les situations décrites plus bas.

Je ne parvenais pas à exprimer ce qui m'interpelle dans ces situations ou en tous les cas cela restait assez flou.

Après quelques temps de réflexions et quelques lectures sur les relations sociales, la relation soignant-soigné etc., je réussi enfin à découvrir le lien entre les situations et les concepts que je devais développer.

Par manque de place et pour améliorer la compréhension, certains concepts ont été simplifiés et correspondent à mon interprétation de leur sens.

Enfin, étant donné que la relation soignant-soigné est un vaste champ d'interrogations, j'ai décidé de placer cette étude dans un cadre bien spécifique défini plus loin.

J'ai beaucoup appris et fait de merveilleuses rencontres grâce à ce travail que vous allez maintenant découvrir.

2 SITUATIONS D'APPEL

- La première situation se déroule dans un Centre Médico-Psychologique Infantile.

Cette unité de soin reçoit des enfants de 4 à 12 ans présentant des troubles du comportement ou de la personnalité dans le but d'aider l'enfant et sa famille à résoudre ces difficultés par la mise en place d'un projet de soin et des activités thérapeutiques.

L'équipe se compose d'un médecin pédopsychiatre, d'un psychologue, d'une cadre socio-éducatif, de deux éducatrices spécialisées, d'une psychomotricienne, d'une orthophoniste, de deux infirmières ainsi que d'un agent de service hospitalier et d'une secrétaire médicale¹.

Suite à différentes consultations et selon les troubles présentés par l'enfant, le pédopsychiatre demande à l'équipe d'effectuer une évaluation ainsi que des bilans plus spécifiques par l'orthophoniste et/ou la psychomotricienne.

Cette évaluation permet de mettre en évidence les fragilités et les ressources de l'enfant sur lesquelles va s'appuyer le projet de soin personnalisé.

Ce projet peut contenir des rééducations mais aussi un ou plusieurs groupes thérapeutiques.

Cette évaluation s'appuie sur des critères objectifs tels que :

Les capacités cognitives, relationnelles, matrices, de langage etc. ...

Pendant les médiations thérapeutiques utilisées dans le projet de soin, le personnel soignant qui encadre, doit être attentif aux réactions des enfants afin de détecter leurs progrès et difficultés.

La capacité d'observation des comportements, développée par le personnel soignant, m'a impressionné :

Je ne m'attendais pas à ce que cette capacité d'observation soit autant développée, à ce que l'analyse du comportement soit à ce point précise, relevant finalement plus de l'expertise que de l'analyse simple.

Ceci crée une relation entre le soignant et le patient très particulière d'autant qu'il s'agit ici d'enfants, souvent en manque repères, en conflit familial et le soignant apparaît comme un point d'ancrage où l'enfant peut se raccrocher et se confier en toute confiance.

La situation suivante m'a interpellé :

Une fois par semaine, une médiation thérapeutique est proposée à 3 enfants, dans le cadre du projet de soins, il s'agit du groupe conte et dessin, ce groupe thérapeutique d'expression se déroule toute l'année, une fois par semaine, avec les 3 mêmes enfants et les mêmes 2 soignants.

L'activité thérapeutique se déroule suivant un rituel d'entrée et de sortie, dans la même pièce, et est composé des mêmes temps :

- 1^{er} temps : contage (avec alternance des 2 soignants)
- 2^{eme} temps : ressenti des enfants sur l'histoire (émotions)
- 3^{eme} temps : dessin en lien avec le conte
- 4^{eme} temps : verbalisation des auteurs des dessins

Cet après-midi-là, Je participais à un atelier thérapeutique sur le thème de la cuisine dans la salle attenante, j'entendis pleurer dans la salle du conte, puis la minute suivante je vis l'infirmière sortir en tentant de calmer l'enfant en pleur.

Quelques jours après cette scène, je suis allé interroger les infirmières sur ce qui s'était passé ce jour-là et pour essayer de comprendre comment est-ce qu'elles parviennent à gérer ces moments de forte émotion.

Après m'avoir donné des explications sur la réaction de l'enfant et ce qui l'avait déclenché, les soignantes m'ont expliqué que c'est avec l'expérience et un véritable travail d'équipe qu'elles parviennent à garder une distance professionnelle suffisante et ainsi à se protéger et être efficace dans leur travail.

Une question s'est alors posée : comment être suffisamment empathique pour décrypter certains comportements mais garder assez de distance pour se « protéger » émotionnellement ?

J'ai alors décidé d'être encore plus attentif aux comportements des soignants dans mes stages suivants afin de voir si cette situation est spécifique à la psychiatrie infanto-juvénile ou si je pouvais la retrouver dans d'autres services.

- La seconde situation se déroule dans un service de chirurgie digestive.

Ce service reçoit des patients afin qu'ils subissent diverses interventions sur les voies digestives : stomies digestives, cholécystectomies, réduction de fistules et également des patients atteints de cancers digestifs.

Lors de mon arrivée dans le service un patient, que nous appellerons Mr Dupont, était hospitalisé pour une colectomie droite sur un terrain oncotique, à la suite de laquelle il lui a été placée une colostomie de décharge.

Mr Dupont est âgé de 85 ans, il est pris en charge par les soins palliatifs du fait de l'évolution de sa pathologie cancéreuse.

Sa famille est présente et se tient informée de l'évolution de l'état de son santé.

Tout au long de mon stage, l'état de santé de Mr Dupont a été fluctuant mais c'est pendant ma troisième semaine de stage son état s'est sérieusement aggravé.

Lors d'une garde, la fille de Mr Dupont s'est approchée de l'infirmière et de moi-même afin d'obtenir les dernières nouvelles au sujet de l'état de son père comme elle le faisait régulièrement. L'infirmière venait de prendre le secteur en charge et n'avait pas encore eu de contact avec la famille de Mr Dupont.

Au fur et à mesure que l'infirmière l'informait sur les événements de la journée, elle percevait une certaine détresse dans l'attitude et le discours de cette famille dont elle me fit part après leur discussion afin de vérifier son sentiment.

Elle m'expliqua alors qu'il était parfois possible de ressentir certains comportements chez la famille ou certains patients et qu'il fallait en tenir compte et adapter notre discours en fonction de ces comportements.

J'avais effectivement perçu ce que j'avais interprété comme une inquiétude dans le discours de cette famille mais je n'avais pas remarqué cette détresse qui, après quelques explications de l'infirmière, m'apparut bien présente.

Quelques jours plus tard, une autre infirmière avait le secteur en charge, la situation de Mr Dupont étant fluctuante, la famille se tenait informée de l'évolution de son état de santé, je remarquais cette fois-ci les signes de détresse que m'avait expliqués l'infirmière précédente et j'en lui en fis part.

L'infirmière donna les informations dont elle disposait sur l'état de Mr Dupont mais dans une attitude administrative bien que courtoise et en renvoyant la famille vers le médecin pour plus de précisions s'ils en désiraient.

Je remarquais alors que la famille recherchait plus le dialogue avec la première infirmière, ils arrivaient même à lui parler de leurs inquiétudes alors qu'ils gardaient une certaine distance avec la seconde infirmière.

3 QUESTIONNEMENT

Me voilà alors dans une situation intéressante, avec les premières infirmières, je découvre la possibilité de détecter certains comportements chez les patients, les prendre en compte dans ma pratique professionnelle et m'y adapter.

Avec les suivantes, je prends conscience du concept de juste distance professionnelle et du risque de fausse interprétation.

Comment pouvons-nous avoir un comportement le plus adapté possible aux différentes demandes des patients, verbalisées ou non ?

J'ai spontanément essayé d'interroger les soignants que j'ai rencontré par la suite et les réponses que j'ai obtenu des différents professionnels est « ça se sent ! » ou encore « tu verras, avec l'expérience tu y arriveras de mieux en mieux. ».

Pourtant les soignants sont unanimes sur un point : il faut conserver une juste distance relationnelle avec les patients, s'impliquer suffisamment mais pas trop pour ne pas se faire submerger par nos émotions, ce qui pourrait altérer notre objectivité analytique, notre efficacité et, au final, être préjudiciable pour le patient.

Mais dans la pratique est-ce aussi évident ?

Pouvons-nous prendre conscience de notre implication émotionnelle et juger qu'elle est suffisante ou pas ?

En d'autres termes :

En quoi la gestion des émotions pour les soignants permet-elle d'optimiser la relation de soin ?

4 LE CADRE DE L'ETUDE :

L'étude des relations humaines et de ce qui les influence est vaste.

Afin d'être le plus clair possible il est important de préciser dans quel cadre ce travail s'effectue et pour ce faire je m'appuie sur une méthode de modélisation des relations humaines qu'est la systémique.

4.1 Qu'est-ce qu'un système :

Un système est « un ensemble d'éléments en interaction tels qu'une modification quelconque de l'un d'entre eux entraîne une modification de tous les autres. »

Les caractéristiques d'un système :

- **La structure :**

Un système est constitué d'une limite qui le différencie de son environnement et d'éléments reliés en réseau de communication qui permet la circulation d'énergie, d'informations etc.

- **Aspect Fonctionnel :**

Un système fonctionne grâce à des *flux* d'énergie, d'informations (...) et d'autres éléments qui assurent sa conservation, son autorégulation et son adaptation à l'environnement.

- **Communication avec l'environnement :**

La plupart des systèmes sont en communication avec leur environnement :

Input (entrées) : Action de l'environnement sur le système

Output (sorties) : Action du système sur l'environnement

Boucles de rétroaction (feed-back) : renvoient des informations sur les résultats d'une action sous forme d'entrées qui seront traitées et qui engendreront en retour d'autres actions du système sur lui-même ou son environnement.

4.2 Application au système humain :

- **Caractéristiques internes :**

Les éléments du système sont les individus, leurs attributs sont leurs actions, réactions et plus généralement, leur comportement dont nous verrons plus loin les caractéristiques.

- **Le contexte :**

C'est « l'ensemble des éléments du milieu dont les attributs affectent le système ou qui sont affectés par lui. ». Le contexte ne doit pas être réduit au milieu

professionnel, familial, un appartement etc. car il est également un cadre symbolique, un ensemble de normes culturelles etc. ...

Une autre caractéristique doit également être prise en compte : les individus sont en perpétuelle interaction avec leur environnement, la systémique définit ce type du système comme étant des systèmes dits « ouverts ».

Il est méthodologiquement indispensable de prendre en compte les propriétés de ce type de système afin que mon étude soit la plus complète possible :

- ***Principe de totalité :***

Un système n'est pas réductible à la somme de ses éléments.

En effet, les réactions d'un individu peuvent être différentes s'il est seul ou en groupe, c'est le phénomène de groupe qui peut expliquer la réaction des individus et non l'inverse. On ne peut donc pas étudier de façon « linéaire et unilatérale » la relation entre deux individus, il faut impérativement replacer cette interaction dans le contexte dans laquelle elle a lieu.

- ***Principe de rétroaction ou feed-back :***

« Chacun des comportements est pris dans un jeu complexe d'implications, d'actions et rétroactions qui le relie à l'autre »

En d'autres termes, chaque comportement que nous adoptons génère une réaction de la part de l'autre individu qui déclenchera elle-même un autre comportement de notre part, c'est ce que les systémiciens nomment la *causalité circulaire*.

Deux types de rétroactions : La rétroaction positive : elle entretient le système (effet boule de neige) et la rétroaction négative : elle amortit le système, elle correspond à un système de régulation.

- ***Principe d'homéostasie :***

Le système réagit à toute perturbation afin de revenir à son état initial.

L'homéostasie assure ainsi une identité et une permanence du système dans le temps mais elle s'oppose au changement et peut nuire aux capacités d'adaptation du système.

- ***Principe d'équifinalité :***

Le système à lui seul est à lui seul sa meilleure explication.

Si on veut comprendre les interactions des individus d'un système, il est nécessaire de prendre en compte les aspects contemporains du système et non d'en établir l'historique.

4.3 Application au système soignant-soigné

La relation entre le « soignant » et le « soigné » peut être modélisée dans un système dont ils sont les éléments.

Le contexte dans lequel je place ce système est celui d'un service de soin d'un hôpital

Je me limiterai à l'utilisation de ce modèle en tant que cadre de travail, pour comprendre en quoi la gestion des émotions par le soignant peut améliorer la relation de soin.

5 CADRE CONCEPTUEL

5.1 Distance relationnelle

La distance relationnelle est la distance, l'espace physique ou psychologique, que nous créons lorsque nous avons des relations, des interactions, avec d'autres individus.

Il existe différentes distances lorsque nous entrons en relation avec d'autres personnes. D'après Réjean Labelle, ces distances sont les suivantes :

- La distance intime : <60 cm ; dans cet espace sont admises les personnes intimes ou celles avec qui nous souhaiterions devenir intime.
- La distance personnelle : 60 à 80 cm ; C'est l'espace personnel, sont admis les amis et les connaissances avec qui nous nous sentons en confiance.
- La distance sociale : 80 à 140 cm ; C'est la distance idéale pour les relations d'affaire.

Il est important de connaître ces distances afin de savoir à quel moment nous allons être plus intrusifs, d'en tenir compte et d'adapter notre comportement afin de bien choisir le type de relation que nous voulons mettre en place.

En effet, il existe différents types de relation, le patient se voit souvent orienté vers une relation par les soignants et les distances nécessaires aux soins peuvent parfois sembler intrusives au patient et l'amener à mettre en place des stratégies afin de s'adapter à cette situation qui lui est souvent imposée.

5.2 Les différents types de relations :

- **La relation de dépendance :** « La dépendance est le fait pour une personne de dépendre de quelqu'un ou de quelque chose. ».

Cette relation est perceptible dans les services de soins, les personnes se laissent guider plus ou moins consciemment et sont soumis aux règles du service, ils sont dépendants, du moins pendant un temps, des soins qui vont leur être prodigués.

- **La relation de maternage :** « peut être défini comme la manière d'être en relation avec l'autre en le maternant (relation mère-nourrisson). »

Il est important que les soignants soient vigilants à ne pas infantiliser les patients, cela peut se rencontrer dans les lieux où sont accueillies des personnes âgées mais également dans les services traditionnels par le tutoiement, ou autre familiarité inadaptée.

- **La relation éducative** : « Elle a pour but l'éducation, la formation et le développement d'un être humain, synonyme de pédagogique. »

Cette relation est utilisée en démarche éducative pour des patients atteints de pathologies chroniques comme le diabète par exemple.

- **La relation coopérative** : « relation d'individus situés *a priori* sur un plan d'égalité, regroupés et associés autour d'un objectif commun. »

Cette relation permet à chacun de donner son point de vue et de collaborer à une prise de décision commune pour atteindre l'objectif fixé, commun à tous.

- **La relation d'autorité** : elle peut prendre plusieurs formes :

« L'autocratie de celui qui oblige et cherche à imposer sa décision, son vouloir sans se soucier de la manière dont autrui réagit ;

Le paternalisme qui cherche à influencer, dominer autrui « pour son bien » en se souciant d'être aimé et reconnu de lui. »

C'est souvent cette seconde forme qui est parfois retrouvée dans le milieu médical, qui consiste à influencer les décisions du patient dans le but de lui faire accepter une prise en charge décidée en amont.

- **La relation d'acceptation** : « L'acceptation est l'acte par lequel une partie accepte ce que l'autre lui offre : don, cadeau, accord, consentement. »

Dans cette relation il est nécessaire de prendre en compte la notion d'échange « lequel seul permet aux individus d'être dans une relation de réciprocité donc dans une position d'égalité. ».

Dans la relation de soin, les soignants utilisent ces différentes relations à divers moments suivant leur nécessité. Ils doivent cependant être attentifs à les utiliser de façon adaptée à chaque patient et à chaque situation.

Le soignant doit être attentif aux réactions et au discours des patients afin d'évaluer la pertinence de son comportement.

5.3 Le Concept de Comportement

Il existe de nombreuses théories qui tentent de décrire le concept du comportement.

Les principales, en lien avec nos pratiques professionnelles sont regroupées dans un document issu de l'Association de Recherche en Soins Infirmiers.

La théorie de l'efficacité personnelle perçue de BANDURA (1977, 1986) :

« La théorie de l'efficacité personnelle perçue est fondée sur le principe selon lequel certains facteurs psychologiques créent et renforcent la conviction de

pouvoir effectuer avec succès le comportement requis pour atteindre le but recherché. » (Annexe 3).

Ce modèle est intéressant car il est basé sur l'individu, sa croyance en sa capacité à produire un certain comportement mais aussi sa croyance dans l'efficacité du comportement lui-même.

Parmi les sources qui déterminent le degré de confiance, nous trouvons « l'éveil émotionnel des sensations physique » :

Lorsque nous adoptons un comportement, nous sommes, consciemment ou non, nous ressentons des sensations qui vont influencer la suite de notre comportement

S'éveiller à ces sensations pourrait nous permettre de mieux comprendre leur impact et de prendre conscience des émotions qui en découlent.

5.4 Le Concept d'émotion :

Daniel Goleman, dans son livre *L'intelligence émotionnelle* « désigne par émotion à la fois un sentiment et les pensées, les états psychologiques et biologiques particuliers, ainsi que la gamme de tendances à l'action qu'elle suscite. Il existe des centaines d'émotions, avec leurs combinaisons, variantes et mutations. Leurs nuances sont en fait si nombreuses que nous n'avons pas assez de mots pour les désigner. »

La multiplicité des émotions a amené de nombreux chercheurs à tenter de les classer, je retiendrais ici le classement effectué par Mr Paul Ekman.

Il a déduit de ses différents voyages sept émotions universelles et les expressions du visage leur correspondant : la joie, la peur, la tristesse, dégoût, le mépris, la surprise, la colère, à partir desquelles les autres émotions peuvent être décrites

Une émotion est donc l'expression d'un état psychologique d'un individu, à un moment donné et dans une situation particulière.

Nos émotions nous sont pour la plupart du temps utiles, elles nous permettent d'être à l'écoute de notre environnement et de nous y adapter mais parfois elles peuvent nous causer certains ennuis lorsque nous avons des réactions émotionnelles inappropriées, ce qui peut arriver dans les cas suivants :

- « Nous ressentons et nous exprimons la bonne émotion mais à la mauvaise intensité (ex. : la peur exprimée par la terreur)
- Nous ressentons la bonne émotion mais nous ne l'exprimons pas (ex. : nous sommes en colère mais nous gardons le silence)

- Nous ne ressentons pas du tout la bonne émotion. (ex. : nous ressentons de la peur et nous réalisons après coup que nous n'avions pas de raisons d'être effrayé.) »

Cela nous amène donc à nous interroger sur la façon dont nous exprimons nos émotions :

La littérature nous enseigne que nous exprimons de façon diverse et variée nos émotions :

- De façon verbale : nous pouvons exprimer les émotions que nous ressentons, encore faut-il savoir en prendre conscience et savoir les nommer.
- De façon non-verbale : de nombreux travaux ont été réalisés sur le sujet. Les champs d'application sont divers et variés, des ressources humaines au développement personnel.

En 1978, Paul Ekman a mis au point un outil appelé « FACS : Facial Action Coding System » qui permet de mesurer les mouvements du visage et d'en déduire les émotions exprimées.

En effet, ses travaux l'ont mené à découvrir que chaque expression d'une émotion par le visage mettait en jeu des muscles spécifiques.

D'autres ouvrages destinés à un public plus large, permettent de prendre conscience de l'expression de nos émotions à travers nos gestes et attitudes. « Le langage du corps nous en dit souvent plus long sur les émotions et l'attitude intérieure d'une personne que le langage verbal »³

Ces travaux montrent que nos émotions s'expriment de façon spontanée, que cela peut se traduire sur notre comportement, par des gestes, des attitudes ou des expressions involontaires et qu'il faut un réel travail sur soi pour en prendre conscience.

Nous venons de voir que les soignants pouvaient utiliser différents types de relations avec les patients.

Puis, nous avons vu que le comportement est une manière d'être, de se comporter et que celle-ci est induite par différents facteurs, (Pour illustrer cela j'ai choisi le modèle de l'efficacité personnelle perçue décrit plus haut.) dont font partie les émotions.

Les émotions jouant un rôle dans l'adoption d'un comportement, il était nécessaire d'en avoir une certaine approche et de comprendre leur expression. Nous avons donc établi qu'une émotion est une « réaction affective transitoire (...), habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement », et que cette réaction pouvait s'exprimer verbalement ou non et donc être plus ou moins facilement perçue par celui qui la ressent ou son interlocuteur.

Mais également que nous pouvions avoir des réactions émotionnelles inappropriées.

Ces informations théoriques nous permettent de comprendre le rôle des émotions dans la relation « soignant-soigné » mais qu'en est-il de leur gestion par les soignants ?

Pour compléter mes recherches, il était nécessaire de me rendre dans les services au contact des soignants mais j'ai longtemps hésité entre effectuer une observation de leurs comportements auprès des patients et effectuer un entretien. L'observation des réactions des soignants dans leur service auprès des patients était intéressante mais présentait beaucoup d'inconvénients.

En effet, il m'aurait fallu pouvoir observer le soignant de façon globale : sa communication verbale et non-verbale, ses réactions. Cela posait le problème de la méthode d'observation (film ?, plusieurs observateurs ?,) et les accords des soignants et patients.

J'ai donc choisi d'effectuer un entretien semi-directif dans différents services : un service de médecine avec des patients chroniques revenant plusieurs fois par mois, un service de médecine traditionnelle et un service de psychiatrie infanto juvénile.

Afin d'être dans les conditions optimales, j'ai pris rendez-vous avec les infirmières en les prévenant de la nécessité d'avoir un lieu adapté, que l'entretien devait durer en moyenne 20 minutes et que celui-ci serait enregistré grâce à un dictaphone pour me permettre d'être plus efficace lors de la retranscription. (Tableau de dépouillement en annexe 2)

6 ENTRETIENS AVEC LES PROFESSIONNELS

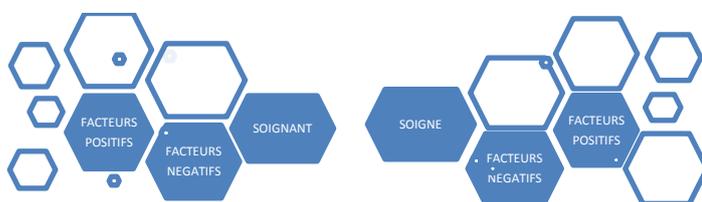
6.1 Guide d'entretien (annexe 1)

L'objectif général de ce guide a été d'être un support afin d'obtenir le point de vue des soignants sur l'implication des émotions dans la relation « soignant soigné » dans leur pratique quotidienne et la nécessité de formation sur ce thème.

- Question 1 : Présentation

Objectif : Une présentation succincte du soignant était nécessaire, ceci afin de mettre en lien le discours et l'expérience professionnelle.

• Question 2 : Dans la relation soignant/soigné modélisée par le système suivant, quels sont selon-vous les facteurs qui peuvent influencer cette relation de façon négative ou positive ?



Objectif : mise en place du cadre de l'entretien : le système soignant/soigné dans un service de soin suivant un modèle systémique.

• Question 3 : Pensez-vous que les émotions (soignant et/ou soigné) peuvent être un facteur pouvant modifier la relation de soin ?

Pourquoi et si oui dans quel sens ?

Avez-vous des exemples ?

Objectif : Savoir ce que pensent les soignants sur l'influence des émotions dans la relation de soin.

• Question 4 : Si vous vous trouviez en difficulté sur le plan émotionnel lors d'une garde connaissez-vous les moyens dont vous disposez pour obtenir de l'aide ?

Objectif : connaître les ressources dont disposent les soignants s'ils sont confrontés à une situation qui les met en difficulté émotionnellement.

• Question 5 : Pensez-vous qu'il serait profitable aux soignants de se former sur la reconnaissance des émotions ou la connaissance de soi ?

Objectif : Connaître l'avis des soignants sur la nécessité de complément de formation sur le thème des émotions.

6.2 Analyse des résultats :

La limite de temps, autant pour effectuer les entretiens que pour dépouiller et analyser les résultats, ne m'a pas permis d'effectuer plus de quatre entretiens.

J'ai choisi 4 soignants issus de services de médecine, médecine spécialisée (avec des patients chroniques revenant plusieurs fois par mois) et psychiatrie infanto-juvénile afin d'avoir l'avis de personnels ayant des patients très différents.

Les soignants interrogés sont des femmes ayant 6, 23, 24 et 30 ans d'expérience dont deux travaillent dans le service de psychiatrie infanto-juvénile.

Deux infirmières ont travaillé dans plusieurs services avant leur service actuel, les deux autres n'ont travaillé que dans un seul autre service (voir annexe).

Il est ressorti de ces entretiens que de nombreux facteurs influencent la relation « soignant-soigné ».

Ces facteurs peuvent être classés en différents groupes :

- **Influencent le soignant :**

Tout d'abord ceux *intrinsèques à l'hôpital* :

L'organisation du temps de travail, qui peut être modifié par l'apparition d'imprévus et générer un stress chez le soignant qui sera alors moins disponible et/ou moins disposé à prendre le temps de la relation.

La connaissance du service : lorsqu'un soignant doit aller remplacer un collègue dans un autre service qu'il connaît moins.

Ensuite vient la cohésion de l'équipe, pour de nombreux soignants, cela permet une meilleure communication, ils peuvent alors mieux discuter des difficultés qu'ils rencontrent avec les patients et se donner des pistes afin de trouver des solutions mais aussi de demander plus facilement un relai lorsqu'une relation avec un patient devient trop compliquée ou que le soignant a trop de mal à gérer sa relation avec un patient.

La bonne entente entre les soignants est capitale et légiférée dans l'article R.4312-12 du code de la santé publique, qui stipule que « les infirmiers ou infirmières doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. »²

D'après les soignants interrogés la bonne entente et la bonne communication doit s'élargir à la hiérarchie (cadre de santé et supérieurs).

Le sentiment d'être entendu et écouté par sa hiérarchie prend, enfin, une part importante dans l'état d'esprit des soignants.

Les facteurs *extrinsèques* à l'hôpital :

Les événements de la vie courante influencent le soignant dans sa relation à l'autre.

Ces événements peuvent être d'ordre familial : une bonne nouvelle, un événement heureux influencent de façon positive, tout comme une mauvaise nouvelle, un événement malheureux influencera le soignant de façon négative et perturbera la relation soignant-soigné.

Il était d'usage d'entendre que lorsqu'il entre dans le service, le soignant doit effectuer une coupure avec l'extérieur, le vestiaire symbolisant un sas entre les préoccupations de son quotidien personnel et celles de son quotidien professionnel. Les soignants interrogés affirment que même s'il est nécessaire d'effectuer une coupure entre service et vie privée, cela n'est pas toujours évident et faisable, certains événements personnels sont trop prégnants pour pouvoir les laisser au vestiaire et inversement.

Le parcours personnel du soignant, son histoire, peut influencer la relation avec le patient.

En effet, certains soignants peuvent avoir des *a priori* au sujet de certains patients car ils les renvoient à des situations personnelles ou professionnelles difficiles.

Le patient lui-même va être un élément prépondérant dans la relation, son attitude à l'entrée du soignant, une soignante m'a expliqué ceci : « Dès l'entrée dans la chambre on voit comment est le patient, à son visage, son comportement... ».

L'attitude du patient à notre entrée, son langage non-verbal, son ton pris en compte pour établir la relation, il est en effet l'expression d'émotions qui sont ressentis ou perçus par les soignants.

Inversement, la façon d'entrer dans la chambre du soignant est un élément important pour le patient.

- **Facteurs influençant « le soigné »¹** :

Intrinsèque à l'hôpital :

Leur perception de la façon dont ils ont été accueillis (Article 43115 40°) dans le service, leurs rapports avec l'équipe sont des facteurs qui vont modifier la relation.

L'organisation des soignants, leur disponibilité et leur comportement sont évidemment des éléments importants. Le délai de réponse aux demandes des patients, ou la façon dont la demande va être différé (si nécessaire) l'est tout autant.

¹ L'analyse suivante est effectuée en se basant sur les soignants se projetant à la place des patients.

Le motif d'hospitalisation, le type de pathologie doivent être pris en compte. Les soignants ont remarqué une nette différence entre les patients qui présentent une pathologie chronique et ceux qui présentent une pathologie aiguë.

Les patients dits « chroniques » ont une bonne connaissance de leur pathologie et souvent, reviennent régulièrement dans le même service. Ils connaissent donc mieux les équipes et le fonctionnement du service. Cela apaise les relations, ils connaissent également mieux les soignants et ont moins d'appréhension lors du déroulement des soins.

Les patients présentant une pathologie aiguë, sont souvent sous le choc de leur pathologie, ils ont besoin d'y faire face, et mettent souvent en place des mécanismes de défense pour y parvenir.

Les motifs extrinsèques à l'hôpital

L'histoire professionnelle et personnelle des patients entre également dans la relation. Certains patients sont des chefs d'entreprises ou occupent des postes à responsabilité et n'ont pas l'habitude d'être en situation de dépendance même partielle, ce qui ajoute une difficulté dans la relation.

La famille du patient joue un rôle aussi important.

Dans le service de psychiatrie infanto-juvénile, la famille, si elle n'est pas coopérante, peut faire échouer la thérapeutique. Les soignants parlent d'enfants en « conflit de loyauté ».

Il est nécessaire de bien faire comprendre la nécessité de la thérapeutique et de montrer les progrès de l'enfant grâce à « des marqueurs, des quantifieurs ». Dans les services de soins, la problématique reste la même, une famille qui est systématiquement dans le refus de la thérapeutique et de la prise en charge rend la relation avec le patient plus difficile mais l'inverse est tout aussi vrai.

Nous pouvons nous apercevoir ici que les facteurs qui influencent le soignant et ceux qui influencent le soigné sont de même nature :

Nous avons le cadre professionnel, familial, les liens avec l'équipe de soin, la hiérarchie et la famille. Tous ces facteurs sont présents mais n'ont évidemment pas la même influence pour l'un et l'autre.

Tout au long des discussions, les soignants ont évoqués de façon plus ou moins directe l'importance des émotions et leur réponse à la question concernant l'influence des émotions sur la relation de soin a été affirmative et avec beaucoup de convictions.

Leurs arguments sont qu'il n'est pas possible de cacher ses émotions. Avec les patients « chroniques », la relation est assez forte pour que le patient voie les changements de comportement des soignants et le pousse à en prendre conscience ; dans les autres services ce sera l'équipe qui remarquera le changement de comportement et qui amènera le soignant concerné à en prendre conscience. Les soignants sont également sensibles aux émotions des patients et ont, plus ou moins consciemment, développé leur propre décrypteur de comportement et ce quelles que soient leurs années d'expérience, ce qui leurs permet de s'adapter à chaque situation.

Enfin, un soignant en difficulté avec ses émotions plusieurs solutions qu'il peut utiliser :

Tout d'abord : l'équipe proche avec laquelle il travaille, il peut soit en parler directement pendant un temps de pause ou un moment prévu à cet effet (comme pour le service de psychiatrie) soit y être incité par un collègue attentif. Le tout dans le plus strict respect du secret professionnel bien évidemment.

Ensuite, il peut avoir recours à sa hiérarchie qui peut lui permettre d'accéder à des solutions en fonction de ce qui provoque l'émotion, le stress, etc. et pourra s'orienter ou être orienté vers un professionnel prévu par le service ou de son choix.

Il apparaît néanmoins que la formation sur la gestion des émotions mais aussi la connaissance de soi est un outil important et indispensable puisqu'il a « le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles. »²

La formation initiale des étudiants infirmier aborde le sujet des émotions et de la connaissance de soi, et les institutions offrent des formations sur certaines émotions comme la colère, engendrée par le stress, et la violence qui en découle dans certains services comme les urgences.

Il serait intéressant d'élargir ces formations à la gestion des émotions en général, les soignants sont souvent focalisés sur les émotions négatives puisque ce sont celles qui perturbent de façon négative la relation « soignant-soigné ».

Pourtant, un apport général sur l'ensemble des émotions semble nécessaire car cela permet aux soignants d'être mieux armés face à des situations fréquentes qui peuvent très vite mettre en difficulté car savoir reconnaître une expression de joie, de tristesse ou de dégoût nous permet d'être attentifs aux réactions des patients, et de mieux les accompagner.

² Article R.4312-10 décret 2004-802 relatif à la profession d'infirmière.

6.3 Conclusion de l'analyse

Cette étude montre tout l'intérêt que portent les soignants à leurs relations avec les patients dont ils s'occupent quotidiennement. Ils ont conscience de sa fragilité et des efforts d'adaptation qu'ils doivent fournir afin de l'optimiser pour qu'elle soit profitable au bon déroulement de la prise en charge.

Les soignants ont également conscience que leurs émotions peuvent être suffisamment prégnantes pour influencer leurs relations avec les patients et qu'ils doivent être vigilants afin d'adapter leur comportement.

Interroger un échantillon plus important de professionnels aurait pu être intéressant, en essayant même d'interroger des infirmiers libéraux, qui travaillent dans des conditions différentes de celles du milieu hospitalier.

Comme nous l'avons vu dans *la théorie de l'efficacité personnelle perçue*, les émotions jouent un rôle très important dans le comportement que choisit d'adopter le soignant, ainsi, une bonne gestion de ses émotions implique une bonne connaissance de celles-ci et donc une bonne connaissance de soi et aura pour conséquence un comportement plus adapté.

N'oublions pas que cette étude a pour cadre la relation soignant-soigné. Comme je le signale dans le titre, « *le soignant au cœur de la relation de soin* », je place le soignant au centre de cette étude, il serait maintenant intéressant de compléter cette étude en étudiant l'impact des autres attributs du système soignant-soigné en faisant une étude de systèmes croisée (ou imbriqués) ou en plaçant le soigné au centre de la relation de soin et de confronter les études la finalité pouvant être une modélisation systémique de la relation soignant-soigné.

7 CONCLUSION

Tout au long de ce travail, nous avons vu toute l'important qu'ont les émotions dans la relation soignant soigné et en particulier pour le soignant.

La relation soignant-soigné est faite d'un équilibre fragile ; Connaitre et gérer les émotions (que ce soit les nôtres ou celles du patient) intervient de manière importante dans cet équilibre mais les relations des autres attributs du système ne doivent pas être oubliés.

Tout au long de nos études il nous est enseigné de prendre en compte le patient dans ses dimensions psychologiques, sociales et médicales. Ce travail m'a démontré combien il est important d'avoir une vision aussi complète lors de notre pratique, mais il m'a aussi appris que cela s'applique à toute personne avec qui nous interagissons.

Les émotions ont un rôle important dans notre comportement.

Aussi, les formations sur les émotions seraient profitables pour tous les soignants, créer des temps pour que les soignants puissent, en équipe échanger sur leurs difficultés, sans que ce soit entre deux gardes, pressés par le temps mais pourquoi pas à leur demande avec un professionnel qui aiderait à « mettre en mots » (et moins en « maux ») leur ressenti, leurs questionnements.

En me basant sur la théorie de l'efficacité personnelle perçue pour comprendre le concept de comportement, j'ai découvert qu'elle est en lien avec la notion de *confiance en soi*.

Cette notion est des plus intéressantes, de nombreuses personnes pensent que la confiance en soi s'acquiert mais dans nos pratiques quotidiennes les soignants sont très partagés.

Qu'en est-il réellement ?

Peut-on apprendre à se faire confiance ?

Quelle est la place des émotions dans la « confiance en soi » ?

En quoi la « confiance en soi » d'un soignant affecte t'elle son efficacité professionnelle ?

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

Bruno T., Adamczyk G ; *Le langage du corps* ; Ixelles éditions, 2009 ;
Bruxelles

Ekman P.; *Emotions revealed* ; Holt Paperback ; 2007 ; New York

Enyouma M., Falcon N., Soubeyran P. ; *Nouveaux cahiers de l'infirmière ; sciences humaines* ; Michel Thomas Edition Masson ; 1999 ; Paris

Goleman D. ; *L'intelligence émotionnelle* ; Editions Robert Laffont, 1997 ;
Paris

Labelle R. ; *Le non-verbal qui parle fort* ; Edition Le dauphin blanc ; 2009 ;
Québec.

Marc E., Picard D. ; *L'école de Palo Alto* ; Editions Retz, 2004, Paris

Textes officiels :

Décret 2004-802 du 29/07/04 paru au J.O. Du 09/08/04

Références électroniques tirées d'internet :

Synthèse des travaux du Groupe AFSCET " Diffusion de la pensée systémique" : Gérard Donnadiou, Daniel Durand, Danièle Neel, Emmanuel Nunez, Lionel Saint-Paul (en ligne) ENSAM, Paris (consultée avril 2011)
disponible sur internet : <http://www.afscet.asso.fr/SystemicApproach.pdf>

S ROBICHAUD-EKSTRAND, S VANDAL, C VIEN R BRADET. Les modèles de comportements de sante. (En ligne). Recherche en soins infirmiers N° 64 mars 2001 (consulté le 17/05/2011), disponible sur internet :
[http ://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/64/59.pdf](http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/64/59.pdf)

ANNEXES

ANNEXE 1 :

Guide d'entretien

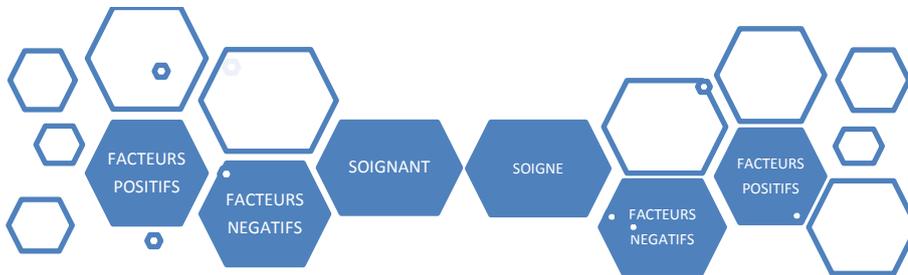
Homme Femme

Expérience (années) :.....

Service actuel :.....

Services dans lesquels vous avez travaillé :

Dans la relation soignant/soigné modélisée par le système suivant, quels sont selon-vous les facteurs qui peuvent influencer cette relation de façon négative ou positive ?



Pensez-vous que les émotions (soignant et/ou soigné) peuvent être un facteur pouvant modifier la relation de soin ?

Pourquoi et si oui dans quel sens ?

Avez-vous des exemples ?

Si vous vous trouviez en difficulté sur le plan émotionnel lors d'une garde connaissez-vous les moyens dont vous disposez pour obtenir de l'aide ?

Pensez-vous qu'il serait profitable aux soignants de se former sur la reconnaissance des émotions ou la connaissance de soi ?

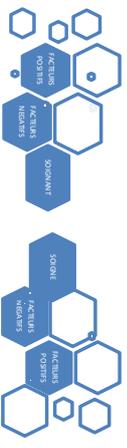
Si oui pourquoi ?

Si non pourquoi ?

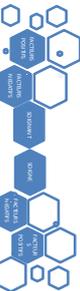
ANNEXE 2 :

Tableaux de dépouillement

Infirmière 1

Présentation : infirmière service médecine	patients souffrants de pathologies chroniques	Années d'expérience		services travaillés		Question 4
		23 ans	Question 2	Rééducation réadaptation Cérébrolésé	Question 3	
<p>Question 1</p> <p>Dans la relation soignant/soigné modélisée par le système suivant, quels sont selon-vous les facteurs qui peuvent influencer cette relation de façon négative ou positive?</p> 		<p>Question 2</p> <p>Pensez-vous que les émotions (soignant et/ou soigné) peuvent être un facteur pouvant modifier la relation de soin?</p>		<p>Question 3</p> <p>Si vous vous trouvez en difficulté sur le plan émotionnel lors d'une garde connaissez-vous les moyens dont vous disposez pour obtenir de l'aide?</p>		<p>Question 4</p> <p>Pensez-vous qu'il serait profitable aux soignants de se former sur la reconnaissance des émotions ou la connaissance de soi?</p>
<p>SOIGNANT</p> <p>Facileurs -</p> <p>SOIGNE</p> <p>Facileurs +</p>		<p>Non on ne peut pas faire semblant (si oui ça se voit), peu de possibilité de coupure entre extérieur et hôpital contrôle pendant les gestes importants mais ensuite débordement d'émotions</p>		<p>Le soignant ressent les émotions du personnel, surtout en chronique, la relation va « au-delà » de la relation soignant soigné ; on les voit plus que notre propre famille, « parfois on a l'impression que c'est le soigné qui nous soigne » les personnels deviennent autant chronique que le soignant, nécessité de s'éloigner pour prendre du recul et remettre la distance soignant soigné ; nécessité de se recadrer</p>		<p>Valable pour tout le monde et pas seulement dans le soin ;</p> <p>Les soignants sont en crise car certaine aisance ds ce service avec habitudes et relations fortes qui ne se retrouve pas ds les services car trop de distance dans les autres services</p>
<p>Intrinsèque au service : organisation gestion du temps cohésion.</p> <p>Extrinsèque hôpital : vie privée professionnelle, extra pro couple enfants administratifs</p> <p>On apporte nos problèmes</p> <p>Cumul des facteurs négatifs</p>		<p>Besoin de distance pour conserver une bonne relation.</p>		<p>Se former permet de se confronter aux autres, d'autres expériences. Parfois peu importe la formation.</p> <p>Savoir reconnaître ses émotions, se connaître soi.</p> <p>Avoir envie de faire la démarche même s'il y a des inconvénients se connaître est un plus !</p> <p>Dynamique de groupe, donc communication égalitaire utopique.</p> <p>Attention ne pas aller trop loin, ne pas avoir trop la zen attitude, besoin de passer par l'agressivité, exprimer ses émotions peut être bénéfique à l'individu.</p> <p>Apprendre à exprimer ses émotions et savoir prendre acte lorsque quelqu'un exprime son désaccord, « sans plaisanter » en prendre compte et savoir se remettre en question, savoir s'excuser si on pense être aller trop loin.</p>		
<p>Evènements joyeux de la vie, petits plaisirs, cohésion du personnel importante</p> <p>Intrinsèque hôpital : bonne entente et</p> <p>Connaissance service, des agents du service, le matériel (ou) aisance ds les gestes, connaissance organisation matérielle, Connaissance de la façon d'aborder les personnes.</p> <p>Est que le fait que vs ayez des patients chronique facilite la relation ?</p>		<p>Patients chronique donc très bien connu : aisance, comportement, ++</p>				

Infirmière 2

Présentation : infirmière service médecine		Patients souffrants de pathologies aiguës		Expérience		services travaillés		Question 4			
Question 1		Question 2		6 ans		Médecine		Question 4			
<p>Dans la relation soignant/soigné modélisée par le système suivant, quels sont selon-vous les facteurs qui peuvent influencer cette relation de façon négative ou positive?</p> 		<p>Persez-vous que les émotions (soignant et/ou soigné) peuvent être un facteur pouvant modifier la relation de soin?</p>		<p>Si vous vous trouvez en difficulté sur le plan émotionnel lors d'une garde connaissez-vous les moyens dont vous disposez pour obtenir de l'aide?</p>		<p>Pensez-vous qu'il serait profitable aux soignants de se former sur la reconnaissance des émotions ou la connaissance de soi?</p>					
<p>SOIGNANT</p> <p>Facteurs -</p> <p>a priori : ex patients OH, psychotiques = « patients psy » rend difficile la relation de soin</p>		<p>SOIGNE</p> <p>Facteurs +</p> <p>Départ du motif d'hospitalisation, si rentrent pour 1 pb et apparemment et instauration de la « patho »</p>		<p>Pose de la bourse et abstraction des pb penso et immersion mais la réalité est différente.</p> <p>Le patient n'a pas demandé à subir car il n'a pas demandé à être là.</p>		<p>Peur de perdre son sang-froid, de s'énerver.</p> <p>Limites :</p> <p>Patient râle, critique le service, avec insistance, tension monte, la soignante exprime son malaise et sa colère seraiement, mais avec des difficultés pour se maîtriser</p>		<p>Oui catégorique.</p> <p>Note de service travail de gène avec psy de l'extérieur.</p> <p>Gpe de parole p parler de tout soignant soigné, équipe, ambiance (facteur -)</p>			
<p>Etat émotionnel du soignant à sa prise de poste, sur sa journée, se sent dépassé dans la journée...</p> <p>Stress organisation du IV</p>		<p>Niveau social du patient, se retrouve à être guidés alors qu'ils étaient responsables ... ils mettent mal à l'aise certains soignants : nécessité de les faire participer</p>		<p>Si difficultés dans l'organisation, le stress peut favoriser l'expression des émotions négatives.</p> <p>Manière d'aborder le patient peut renvoyer des émotions négative du patient.</p>		<p>Od pb, en patient avec internes, médecins, psy sur les difficultés d'entrées en communication pour recueillir des infos pour comprendre le ploi de la mauvaise communication.</p> <p>Objectif modifier son comportement pour faciliter la relation mais il existe limites.</p>		<p>Bonne entente permet 1 meilleure prise en charge car passage de relais plus rapide</p> <p>Service ds lequel on est bien (celui qu'on désire) facteur +</p>			
<p>Bonne organisation de la journée, sans « surprise » ou tout se passe bien etc.</p>		<p>Connaissance des patients, instauration d'une confiance donc très positive car rassurés de connaître la façon de travailler des soignants.</p>		<p>En début de carrière, l'infirmière arrive à bien séparer maison/travail car peu de difficulté au domicile (bonne période : mariage, enfants...) mais pense que la coupure peut être plus difficile si des pb plus importants surviennent (divorce...) au cours de la carrière.</p>		<p>Être bon soignant c'est dire « je ne peux pas, je me sens pas ... »</p>		<p>Action : gpe de parole +++++</p> <p>Apprendre à exprimer ses émotions et savoir rendre acte qd qqd exprime son désaccord, « sans plaiser » en prenant compte et savoir se remettre en question, savoir s'excuser si on pense être aller trop loin.</p>			
<p>Attitude du patient</p>		<p>Les patients sont donc moins agressifs, dire les choses plus simplement.</p>				<p>C'est au soignant de s'adapter en priorité, si com, rompre, passer le relais :</p>		<p>Se faisait avec psy de carémeau mais peu suivi.</p>			
<p>Dès l'entrée dans la chambre on « voit » tel comportement façon de se regarder ... »</p>		<p>Attachement aux patients chronique plus important.</p>									
<p>Impression d'être en permanence jugés</p>											

Infirmières 3 & 4

Présentation : infirmières service psychiatrie infanto-juvénile		Expérience infirmière 3: 2/4 ans / infirmière 4: 3/0 ans		services travaillés infirmière 3: urgences, psychiatrie adulte, gériatrie, médecine		infirmière4: psychiatrie adulte, psychiatrie infanto-juvénile	
Question 1 Dans la relation soignant/soigné modélisée par le système suivant, quels sont selon-vous les facteurs qui peuvent influencer cette relation de façon négative ou positive?		Question 2 Pensez-vous que les émotions (soignant et/ou soigné) peuvent être un facteur pouvant modifier la relation de soin?		Question 3 Si vous vous trouvez en difficulté sur le plan émotionnel lors d'une garde, connaissez-vous les moyens dont vous disposez pour obtenir de l'aide?		Question 4 Pensez-vous qu'il serait profitable aux soignants de se former sur la reconnaissance des émotions ou la connaissance de soi?	
		<p>Parfois il se passe des choses graves dans la vie des enfants et des choses sur lesquelles on ne va pas pouvoir du tout intervenir, ex. l'ille dont la maman est doc de la tuberculose qui va retourner dans sa famille naturelle et ce n'est pas ce qui lui faut, les soignants ont conscience que cette petite fille ne sera pas sauvegardée comme elle l'était actuellement. Cela crée des tensions lors des réunions quand ce cas est évoqué, l'équipe ne pouvant pas aller à l'encontre des décisions de justice, sentiment de ne pas être entendus.</p>		<p>Hiérarchie proche à l'écoule favorise cette écoule. Fort sentiment de prise en compte par la hiérarchie. Qualité humaine des cadres et médecin/ont top pour aider les agents donc apaisement. Prise en compte des qualités de l'équipe et responsabilisation, soutien de l'équipe. Disponibilité des cadres et médecin.</p>		<p>Nécessité d'un suivi par 1 professionnel sur les 3 ans de la même émotion. Nécessité de le faire à l'extérieur, que l'intervenant ne soit pas perçu comme intrusif.</p>	
<p>SOIGNANT</p> <p>Facteurs -</p> <p>Difficile à couper quand on arrive de l'extérieur ou qu'on repart; dans les services, le vestiaire peut servir de "sas" et permettre cette coupure mais ce sas n'existe pas en psy enfant.</p> <p>On reste perturbés par les événements de notre vie personnelle ex: agent qui a souffert qui passe le bac/pra la Zeme très gênée une inquiétude qui l'affecte pendant son travail.</p> <p>Le rythme de travail laisse place à beaucoup d'imprévus, les organisations des activités se font longtemps à l'avance et quand un imprévu survient ou une obligation de dernière minute, cela est difficile pour les soignants car toute leur préparation est remise en cause.</p>		<p>SOIGNE</p> <p>Facteurs +</p> <p>Un soignant peut avoir plus de difficultés avec la famille qu'avec un soigné et peut avoir besoin de passer le relais à un autre membre de l'équipe.</p>		<p>Des service psy enfant 1 collègue d'une île qui travaillait là bas à l'époque a demandé à changer de service, les situations difficiles (psycho)logiques se multiplient...) quelle avait lui faisait "trop de mal"</p>		<p>Des personnes ont des prédispositions pour les relations se mettre en capacité de rebondir, se remettre en question, partir bien équipé, si on a des difficultés</p>	
<p>Facteurs +</p> <p>Traavail en équipe/communication est très importante mais c'est un exercice difficile, parfois il faut utiliser des moyens détournés; mais les choses sont exprimées et peuvent toujours être rediscutées</p>		<p>Dans notre travail on est pas obligé d'être en empathie avec la famille mais il ne faut pas non plus être en antipathie et lui peut pas gérer ça tu laisse tomber et tu passes le relais à qd d'autre tu apprends à le connaître c'est une perpétuelle remise en question et ça peut faire mal à l'âme, sentiment d'être viciés.</p>		<p>Différencier ce qu'on fait pour soi et ce qu'on fait pour les autres.</p>		<p>Dynamique de groupe, donc communication égalitaire/écoule.</p>	
<p>Facteurs -</p> <p>Traavail en équipe/communication est très importante mais c'est un exercice difficile, parfois il faut utiliser des moyens détournés; mais les choses sont exprimées et peuvent toujours être rediscutées</p>		<p>Les enfants sortent de demandes des soins, on leur rappelle du pourquoi ils sont là.</p>		<p>Attention ne pas aller trop loin, ne pas avoir trop la zani attitude, besoin de passer par l'agressivité, exprimer ses émotions peut être bénéfique à l'individu.</p>		<p>Apprendre à exprimer ses émotions et savoir prendre acte qd qqd exprime son désaccord, « sans plaisanter » en prendre compte et savoir se remettre en question, savoir s'excuser si on pense être aller trop loin.</p>	
<p>Facteurs -</p> <p>Capacité à se contenir, ne pas renvoyer du négatif</p>		<p>Besoin de marqueurs, quantitatifs pour montrer les progrès à l'enfant et à sa famille.</p>		<p>La gestion des émotions doit être incluse dans la formation initiale, suivi des étudiants tout au long de leurs études et non ponctuellement.</p>			
<p>Facteurs +</p> <p>Emploi des mots adaptés mais justes.</p>		<p>Enfants a compris ce qu'elle était venue chercher.</p>					

ANNEXE 3 :

Théorie de l'efficacité personnelle perçue.

« Cette théorie sociale cognitive basée sur les écrits de ROTTER (1966) indique que les différences individuelles reliées à la façon d'accomplir une action ou d'effectuer un comportement s'expliquent, en grande partie, par deux croyances : (1) la croyance en l'efficacité du comportement pour obtenir le résultat désiré et (2) la croyance en l'efficacité personnelle dans l'adoption d'un comportement.

L'individu détermine son degré de confiance à entreprendre une activité ou à effectuer un comportement en se fiant à l'information recueillie qui provient des quatre sources suivantes :

(1) les succès répétés d'une performance ou d'adoption d'un comportement :

L'efficacité personnelle perçue augmente graduellement avec le nombre de succès répétés, même si elle est accompagnée d'échecs occasionnels. Elle a également tendance à se généraliser à d'autres situations où la performance de l'individu était auparavant affectée par la peur de médiocrité (BANDURA, ADAMS, & BEYER, 1977; BANDURA, JEFFERY, GAJDOS, 1975).

De plus, les individus évaluent leurs capacités en comparant leurs performances actuelles à leurs performances antérieures ou à celles de leurs pairs (EWART, TAYLOR, REESE, DEBUSK, 1983).

(2) l'apprentissage par observation :

L'apprentissage par observation s'accomplit en regardant d'autres personnes effectuer sans danger une activité perçue comme étant menaçante.

Cependant, l'augmentation de la confiance est plus marquée lorsque l'observateur regarde les performances d'un modèle qui expérimente une certaine difficulté et réussit, que s'il regarde la performance d'un modèle expert (KAZDIN, 1973 ; MEICHENBAUM, 1971).

(3) la persuasion verbale

La persuasion verbale affecte aussi l'efficacité personnelle perçue. Par contre, il faut que les conditions facilitent une performance efficace sinon l'intervenant perdra de sa crédibilité (ROSENSTOCK & STRECHER, 1974).

(4) l'éveil émotionnel des sensations physiques.

L'éveil émotionnel des sensations physiques réfère aux sensations qu'un individu ressent lorsqu'il exécute une activité ou adopte un comportement »

Schématisation de la théorie de l'efficacité personnelle perçue

(Extrait de : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/64/59.pdf>)

