

L'impact émotionnel chez le soignant travaillant auprès d'enfants atteints de pathologies chroniques

Mémoire de fin d'études présenté en vue de la validation de l'UI 5.6.S6 :
Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles



Guidant de mémoire : PAPET Ludovic

Promotion 2012-2015

Images : Ulric COLLETTE. Projet « Façade ». 2012. Disponible sur < <http://www.ufunk.net/photos/facade-photographier-les-emotions-cachees/> > (consultation 3 mars 2015)

« Rien ne nous est plus précieux que nos émotions. Ne les bradez pas et ne les étouffez pas non plus. Sans elles, nous ne sommes personne. »

Sophie BASSIGNAC

Remerciements :

J'aimerais remercier toutes les personnes qui ont été présentes pour moi durant ces trois années de formations et durant ce travail d'élaboration de mémoire, pour leur gentillesse, leur écoute et leur soutien.

Je voudrais en particulier remercier :

- Mr PAPET Ludovic pour son écoute, son aide et son accompagnement durant toutes les étapes de ce travail.
- Les professionnels de santé, qui ont bien voulu répondre à mes questions, pour m'avoir accordé leur temps précieux.
- Mes amis et camarades de promotions qui m'ont accompagnés tout le temps de ces études et de ce travail. Merci aussi pour leur soutien et leurs rires qui m'ont permis de tenir bon jusqu'au bout.
- Ma famille qui a toujours été là pour moi et qui m'a soutenu dans tout ce que j'ai entrepris.

Table des matières

Introduction (pages 1 à 2)

Phase exploratoire (pages 3 à 29)

I- L'enfant hospitalisé atteint d'une pathologie chronique (pages 3 à 6)

1) L'enfant (page 3)

2) L'enfant hospitalisé (pages 4 à 5)

3) Les pathologies chroniques (pages 5 à 6)

II- Les émotions (pages 6 à 10)

1) Définition (pages 6 à 7)

2) L'impact émotionnel (pages 7 à 9)

3) Les émotions et les soignants (pages 9 à 10)

III- La souffrance du soignant (pages 10 à 19)

1) Les causes (pages 11 à 17)

a- Perte de la juste distance (pages 12 à 13)

b- Transfert (page 14)

c- Théorie de l'attachement (pages 14 à 17)

2) Les mécanismes de régulation des émotions (pages 17 à 19)

IV- Les entretiens (pages 19 à 28)

1) Méthodologie (pages 19 à 20)

2) Analyse (pages 20 à 28)

V- Vers la question de recherche (pages 28 à 29)

Phase méthodologique (pages 30 à 33)

I- Choix de la méthode de travail (page 30)

II- Population cible (pages 30 à 31)

III- Outils d'investigation argumentés (pages 32 à 33)

Conclusion (pages 34 à 35)

Bibliographie (pages 36 à 38)

Annexes (pages 39 à 57)

Annexe 1 : guide d'entretien (page 39)

Annexe 2 ; tableau retranscription et analyse des entretiens (pages à 57)

Abstract (page 58)

Introduction

Les émotions font partie intégrante de l'être humain, et ceci depuis sa naissance. Elles peuvent être agréables ou difficiles à vivre, et chaque individu les ressent et les régule à sa manière. Cependant, elles sont pour tout le monde un des moyens les plus efficace pour s'adapter aux différentes situations de la vie.

Dans le milieu des soignants, les émotions peuvent encore représenter un tabou. En effet, il arrive encore d'entendre des professionnels conseiller à un de ses pairs ou à un élève de « se blinder », de « se fabriquer une armure » car ils sont persuadés que les émotions ne font pas partie du soin. Pour d'autres, elles sont au contraire un véritable moteur dans la prise en charge des patients et elles ne doivent pas être mises sous silence au risque d'entraîner un impact négatif chez le soignant.

Durant mes trois années de formation, que se soit en cours ou bien en stage, j'ai pu constater l'existence de ces différents points de vue. Ceci m'a amené à beaucoup me questionner : y-a-t-il une manière « juste » de penser ? Peut-on réellement passer sous silence toutes les émotions ressenties pendant le travail ? Existe-t-il un ou des impacts de ces émotions sur le soignant (en tant que professionnel, mais aussi en tant que personne) ? Existe t-il des services spécifiques où le soignant serait plus susceptible d'être confronté à des émotions difficiles à gérer ?

La dernière de ces questions à tout de suite trouver un écho avec mon projet professionnel. En effet, je souhaiterai travailler au sein d'un service d'oncologie-hématologie pédiatrique, afin notamment de prendre en soin des enfants sur le long terme. Seulement, presque à chaque fois que j'évoque ce projet avec quelqu'un, la réaction est la même : « tu n'as pas peur de l'impact émotionnel ? Tu penses que tu pourras le gérer ? ». Je me suis donc interrogée sur les raisons qui ont entraîné ces réactions et, si comme ces personnes le pensaient, il pouvait exister des différences sur le plan émotionnel entre un service pour adulte et un service pédiatrique.

C'est au cours de mon deuxième stage de deuxième année que j'ai pu obtenir quelques réponses. Ce stage se déroulait au sein d'un service de consultations de chirurgie. Au sein de ce service, les infirmiers avaient entre autre comme missions d'accueillir chaque patient et de les installer dans les différentes salles de consultation. Les patients qui venaient consulter étaient de tout âge, et je me suis rendu compte que leur âge impactait souvent le comportement et le positionnement de l'infirmière. En effet, lorsque le patient

était un enfant le vouvoiement disparaissait, l'infirmière était beaucoup plus proche physiquement, ou encore changeait d'intonation. En analysant cette constatation, je me suis aperçu que certains mécanismes (vouvoiement, distance physique), permettant de garder une juste distance avec le patient, ne pouvaient être utilisés avec des enfants. Je me suis alors dit que ceci pourrait représenter une première piste expliquant qu'un professionnel serait plus impacté par ses émotions lorsqu'il travaille auprès d'enfants.

Cependant, de nombreuses interrogations restaient sans réponses, et lorsqu'en cours nous avons été amenés à réfléchir aux thèmes que nous voudrions aborder dans notre travail de fin d'étude, j'ai voulu saisir cette occasion pour chercher ces réponses qui me manquaient. Ainsi, j'ai fait le choix de construire mon mémoire à partir de la question de recherche suivante : existe-t-il un impact émotionnel chez le soignant travaillant auprès d'enfants atteints de pathologies chroniques ? Si oui, quel est-il ? Quels mécanismes fait-il entrer en jeu ?

Pour répondre à ces questions je commencerai tout d'abord par définir les spécificités d'un enfant hospitalisé atteint d'une pathologie chronique. Ensuite, je définirai ce que sont les émotions, à quoi correspond un impact émotionnel et quelle place les soignants donnent à leurs émotions durant leur travail. Après avoir effectué cela, je me focaliserai plus sur les situations où les émotions emmènent les soignants dans un état de souffrance psychique et physique. Pour cela, je commencerai par développer les causes pouvant entraîner cette souffrance puis, j'expliquerai les outils permettant de réguler ces émotions négatives. J'analyserai ensuite les entretiens que j'ai conduits auprès de cinq professionnels de santé. Toutes ces données me permettront alors d'émettre une question de recherche à partir de laquelle j'émettrai plusieurs hypothèses de réponses. Enfin, j'expliquerai la méthode que j'aurais utilisée si j'avais continué ce travail et effectué cette recherche. Pour cela, je préciserai la méthode que j'aurais utilisé, je déterminerai la population cible et les outils d'investigations que j'aurais utilisé.

Phase exploratoire

I- L'enfant hospitalisé atteint d'une pathologie chronique

1) L'enfant

Ayant choisit de cibler, lors de mon travail, les professionnels travaillant en service de pédiatrie, il me fallait tout d'abord définir ce qu'est un enfant, et en quoi ils sont un public spécifique pour les professionnels de la santé.

La convention internationale relative aux droits de l'enfant définit l'enfant comme « tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable. »¹

Dans son rapport « Stratégie pour une politique de santé » de 1992, le Haut Comité de la Santé rajoute que « L'enfance et l'adolescence sont des périodes du développement physique et mental, de l'acquisition d'un capital culturel et scolaire, plus ou moins important, de l'intégration à la vie sociale, plus ou moins réussie. C'est aussi un moment d'identification personnelle et sociale et celui où s'achève de se constituer le capital - santé [...]»²

La définition de le Haut Comité de la Santé permet de bien mettre en évidence la complexité et l'importance de cette période de la vie humaine. En effet, de nombreux changements opèrent, que se soit sur le plan physique ou sur le plan psychique, de manière rapide : les enfants grandissent, leur corps et leurs organes se développent, les capacités mentales augmentent... De plus, c'est dans cette période de la vie que s'opèrent la plupart des acquisitions indispensables au bon développement de chaque personne : la parole, la marche, la personnalité propre à chacun, ou encore l'acquisition des règles sociales. C'est tout ceci qui fait des enfants, une population particulière ayant des besoins spécifiques.

Ainsi, ces importants changements, intervenant dans une période relativement courte, font qu'à des âges pourtant proches, les enfants n'auront pourtant pas les mêmes capacités de compréhension, ou encore de communication. C'est pourquoi, lorsqu'un enfant est hospitalisé, les soignants se retrouvent confrontés à un besoin constant de

¹ Nations unies. Convention internationale des droits de l'enfant. 20 novembre 1989.

² Haut Comité de la Santé publique. Stratégie pour une politique de santé, propositions préalables à la définition de priorités, décembre 1992, 109 pages

s'adapter aux capacités de chaque enfant et à une véritable problématique concernant sa prise en soins.

2) L'enfant hospitalisé

On ne retrouve, dans le code de la santé publique, aucun article spécifique à la prise en charge des enfants dans le rôle propre et prescrit de l'infirmière. En effet, ceux-ci sont définis de manière générale sans prise en compte des spécificités que peu présentent chaque patient.³

Cependant, La Haute Autorité de Santé a émis une charte⁴ afin de permettre la meilleure prise en soins des enfants hospitalisés. La nécessité d'une formation initiale et continue des équipes travaillant auprès d'enfants y est évoquée à plusieurs reprises. Cette formation se doit d'être la plus complète possible pour permettre aux soignants de connaître les différents modes de communications et de pouvoir répondre aux besoins des enfants et de leur entourage. C'est ce que l'on retrouve d'ailleurs dans l'article 8 de la Charte de l'enfant hospitalisé qui nous dit que « l'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille. »

Ce besoin de formation des équipes peut s'expliquer tout d'abord par le caractère dépendant des enfants et à l'angoisse qu'ils ressentent à cause de la séparation avec leur famille. En effet, les enfants ont besoin d'aide pour pouvoir répondre à tous leurs besoins et à tous leurs questionnements car leurs propres capacités ne permettent pas toujours de pouvoir y répondre seul. De plus, l'hôpital est un milieu extrêmement stressant pour les enfants. Il correspond à un lieu inconnu, rempli de bruit et de personnes qu'ils ne connaissent pas, et où ils se retrouvent parfois séparés de leurs proches. Toutes ces caractéristiques sont parfois pour eux une expérience nouvelle et difficilement gérable. C'est pourquoi, c'est à l'équipe soignante de répondre aux besoins perturbés des enfants lors de leur passage à l'hôpital sans toutefois prendre la place des parents, ou encore sans se montrer trop affectif avec eux. C'est en cela que la formation sera importante pour les professionnels.

³ Code de la santé publique, décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière

⁴ Haute Autorité de Santé. Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé. Décembre 2011.

De plus, il est important dans ces services d'adapter constamment notre communication aux enfants. En effet, en fonction de leur âge, ou de leurs représentations, les enfants ne comprendront pas les mêmes choses, et ne communiqueront pas de la même manière. Ainsi, pour un même soin, le soignant ne pourra l'expliquer de manière identique, comme il aurait pu le faire dans un service prenant en soins des adultes.

Dans son article, PILLET Françoise insiste sur l'importance de la communication qui reste pour elle la meilleure réponse aux questionnements et angoisses de l'enfant⁵. Je suis tout à fait d'accord avec son opinion et il m'a même été possible de voir l'application de ce principe lors de l'un de mes stages. Une jeune fille d'environ huit ans était venue dans le service des consultations de chirurgie afin d'enlever son plâtre au bras. Seulement, elle refusait ce soin par peur de la douleur. Malgré les câlins et gestes affectueux de ces proches, elle a fini par accepter le soin après avoir écouté l'infirmière qui la rassurait et lui expliquait le soin de manière douce et adaptée à ce qu'elle pouvait comprendre. Dans cette situation, c'est la communication qui a permis de rassurer l'enfant et de lui faire accepter le soin.

Enfin, ce besoin de formation et d'informations des équipes, sur les spécificités de la prise en soins d'enfants, s'explique aussi par le travail effectué chaque jour par les équipes pour que ces services restent un lieu de vie pour les enfants qui y sont hospitalisés. Il est effectivement important que les enfants puissent continuer à rire, jouer et poursuivre leur scolarité durant le temps de leur hospitalisation. En effet, cela permet de réduire l'anxiété liée à son séjour à l'hôpital et cela lui permet également de continuer à vivre le plus normalement possible, malgré la maladie et les difficultés qu'elle peut lui amener. Cette démarche est décrite dans les écrits d' « approche bientraitante »⁶.

3) Les pathologies chroniques

En plus de la spécificité de la population prise en charge (les enfants), s'ajoute une autre spécificité : celle liée à la maladie chronique.

⁵ PILLET Fabienne. Communiquer avec l'enfant hospitalisé et sa famille : de la nécessité de la communication à l'hôpital. Soins pédiatrie/puériculture, août 2009, n°249, page 15

⁶ HUOT-MARCHAND Martine. Les relations parents-enfants-professionnels à l'hôpital. Soins pédiatrie/puériculture, août 2009, n°249, pages 16-20

Selon l’OMS, une pathologie chronique est « un problème de santé qui nécessite une prise en charge pendant plusieurs années. ». La prise en soin d’une personne atteinte de pathologie chronique, d’autant plus lorsqu’il s’agit d’un enfant, représente un véritable enjeu, que se soit sur le plan économique, que sur le plan de l’éducation thérapeutique, ou encore sur le vécu du patient. En effet, il est primordial que le patient est une bonne compréhension de sa maladie, et de son traitement (grâce notamment à l’éducation thérapeutique), afin d’acquérir une autonomie et de vivre au mieux avec sa maladie. C’est pourquoi le soignant aura un rôle d’accompagnement, et d’information, très important auprès de l’enfant. Cependant, cet accompagnement va faire naître chez le soignant des émotions qui, parfois, peuvent devenir plus fortes et plus difficiles à gérer au fur et à mesure de l’accompagnement de l’enfant malade.

II- Les émotions

1) Définition

Il existe de nombreuses définitions des émotions qui s’accordent cependant toutes sur le fait qu’une émotion est une réaction affective délimitée dans le temps, arrivant subitement, et pouvant être ressentie de manière agréable ou pénible. Certaines définitions précisent que ces émotions se manifestent autant sur le plan physique, avec des tremblements ou des pleurs par exemple, que sur le plan psychologique, avec une sensation de bien-être ou de malaise par exemple. Enfin, d’autres ajoutent que les conditions les entraînant ne peuvent être définies.⁷

Cependant, ce dernier point me semble contestable. En effet, je pense qu’il est possible, et même nécessaire, d’identifier les situations pouvant entraîner une émotion car cela nous permet de la réguler, et de réduire son impact qui peut, selon l’émotion, être négatif. C’est d’ailleurs le point de vue de l’auteur CARILLO Claudine, qui explique que pour ne pas se faire submerger par nos émotions, il faut les ressentir, et apprendre à identifier les causes d’apparition, ainsi que toutes les manifestations qu’elles entraînent sur notre psychique, ou notre physique⁸.

⁷ Définitions tirées de : FORMARIER Monique, JOVIC Ljiljana. Les concepts en sciences infirmières. 2^{ème} édition. Édition Mallet conseil, novembre 2012, 330 pages ; et du dictionnaire Larousse

⁸ CARILLO Claudine. La gestion du stress au travail. Soins, avril 2011, n°754, pages 61-62

Les émotions peuvent être divisées en deux groupes : les émotions dites basales, ou primaires (joie, tristesse, colère, peur...), et les émotions mixtes (honte, culpabilité, mépris...) qui sont elles construites, et demandent des élaborations cognitives.

Elles peuvent également être regroupées selon une autre caractéristique, formant ainsi deux groupes distinctifs : les émotions positives et les émotions négatives. Alors que les émotions positives vont entraîner un ressenti agréable, et être bénéfiques pour le soignant ; les émotions négatives peuvent, quant à elles, entraîner une véritable souffrance, et des répercussions à la fois psychiques, et physiques. Nous pouvons ainsi prendre comme exemple pour illustrer ce propos une émotion appartenant à chacun de ces groupes. La joie, qui est une émotion basale positive, va entraîner une sensation de plénitude, et va avoir un effet réparateur sur la personne. Au contraire, la tristesse, qui est aussi une émotion basale mais cette fois-ci négative, va s'extérioriser parfois par des larmes et des pleurs, et elle peut être génératrice de stress si elle n'est pas évacuée.

Arriver à une définition précise des émotions a été assez difficile. Je me suis en effet rendu compte que même si les émotions sont dites universelles, car ressenties par tous, elles restent cependant très subjectives. Ainsi, elles ne sont pas exactement vécues et définies de la même façon d'une personne à une autre.

De plus, chaque individu n'a pas la même capacité à supporter et gérer les émotions les plus fortes. Par exemple, face à une même situation, émotionnellement forte, certaines personnes seront capables de gérer leurs émotions, et ainsi de surmonter cette situation, alors que d'autres en seront incapables et seront alors en situation de souffrance. Dans ces situations, l'impact émotionnel ne sera donc pas identique d'un individu à un autre. Il sera également différent d'une situation à une autre.

2) L'impact émotionnel

Pour continuer ce travail, il me fallait alors arriver à définir cet impact émotionnel qui survient lorsque nous éprouvons une émotion et qui peut être aussi bien positive que négative.

Selon le dictionnaire Larousse, un impact est « le fait pour un corps, un projectile de venir en frapper un autre » ou encore « l'influence exercée par quelqu'un, par ses idées.⁹ » Ainsi, l'impact émotionnel correspondrait au fait que par différents mécanismes une émotion vienne percuter un individu, entraînant ainsi diverses répercussions sur la vie personnelle ou professionnelle du soignant, mais également sur sa santé physique ou psychique.

Mais alors qu'elles pourraient être les causes entraînant cet impact émotionnel ? Au travers de mes lectures je me suis rendu compte que celles-ci étaient nombreuses et parfois difficiles à définir. Je vais en expliquer certaines, car de part leur nombre il m'est impossible de toutes les définir dans ce seul travail.

La respiration est l'un des vecteurs des émotions. Cela peut paraître surprenant au premier abord mais chaque émotion basale possède une respiration spécifique. Or, nous possédons un réflexe inconscient qui fait que nous avons tendance à calquer la respiration de la personne avec laquelle nous communiquons. Ainsi, en respirant de la même manière que la personne en face de nous, nous nous faisons envahir par son émotion, sans parfois s'en rendre compte. De manière très astucieuse, Susana BLOCH, qui décrit ce phénomène, utilise comme exemple nos propres souvenirs de moments où nous avons été amenés à prendre en charge une personne qui avait du mal à respirer. Inconsciemment, nous nous calquions sur son rythme de respiration, et pouvions alors être envahis d'une sensation de malaise et d'oppression¹⁰.

Selon Max WEBER, un sociologue connu pour ces travaux sur les émotions, l'impact émotionnel dépendrait de différents contextes¹¹ :

- le contexte situationnel : l'âge du patient et/ou son histoire, l'attitude et le comportement des collègues, l'environnement

⁹ Larousse. Site du dictionnaire Larousse. Disponible sur < <http://www.larousse.fr> >

¹⁰ CARILLO Claudine. Être un soignant heureux : le défi, fluidifier les relations et apprivoiser les émotions. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS, 2010, 202 pages, ISBN : 978-2-294-70876-3

¹¹ MERCADIER Catherine. Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital : le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné. 9^{ème} édition. Paris : Édition Seli Arslan SA, 2008, 287 pages, ISBN : 2-84276-081-6

- le contexte biographique du soignant : échos des évènements de sa vie (deuil, maternité)
- le contexte sociale : sexe, âge, histoire de vie
- le contexte structurel : niveau institutionnel que représente l'hôpital, niveau sociétal

Ces différents contextes vont tout d'abord influencer l'intensité avec laquelle la personne va ressentir les émotions. Par exemple, si l'histoire de vie d'un soignant est proche de ce que vit un des patients qu'il prend en soins, il sera alors plus impacté par des émotions qu'un autre soignant qui aura, lui, une histoire de vie différente. Ainsi ici, c'est le contexte biographique du soignant qui a fait que le soignant ressent des émotions d'intensité plus fortes. Ceci peut également expliquer que deux soignants ne ressentent pas les mêmes émotions alors qu'ils vivent la même situation. C'est ce qui rend l'analyse des émotions et de leurs impacts difficiles, car propre à chacun.

3) Les émotions et les soignants

Lorsque j'ai commencé ce travail, j'ai voulu m'appuyer sur des informations concrètes. J'ai donc recherché si il existait dans le code de la santé publique abordant le rôle infirmier, une partie concernant les émotions. Seulement, ces recherches n'ont pas abouti. C'est pourquoi il est difficile de savoir précisément quelle place donner à nos émotions dans notre travail, et si elles font réellement partie du travail infirmier.

La question de la place donnée aux émotions durant le travail à l'hôpital est d'ailleurs, encore aujourd'hui, un véritable débat. Plusieurs points de vue s'opposent :

- les émotions sont dites néfastes pour le travail. Les personnes partageant ce point de vue pensent qu'il ne faut pas écouter ces émotions car elles ont un impact négatif sur notre façon de travailler. Pour eux, il faut se « blinder » et laisser nos émotions « au vestiaire ».
- les émotions sont considérées comme moteur de notre travail. Il ne faut pas chercher à les faire taire ou à les réguler. Si une émotion arrive, il faut la laisser nous traverser et l'utiliser comme une véritable ressource.
- Le dernier point de vue est plus contrasté. Les émotions sont jugées nécessaires dans notre travail mais elles doivent être régulées. Une émotion contrôlée et n'envahissant pas le soignant sera positive dans son travail mais si celle-ci devient incontrôlable et insupportable, l'impact

sera alors négatif sur le soignant et la prise en charge. Ce point de vue considère qu'il n'est pas possible de taire entièrement nos émotions car nous sommes et restons des êtres humains et par ce fait nous ressentons comme tout un chacun des émotions.

Ma propre opinion sur la place des émotions, rejoint celle de l'auteur MICHON Florence qui explique que l'important est de se connaître soi-même et connaître également les émotions qui nous traversent. Il faut donc les ressentir sans se laisser submerger car ressentir et connaître ces émotions qui nous traversent permet de mieux connaître, écouter, et trouver des réponses à celles qui traversent le patient, et ainsi, de mieux le prendre en soins. C'est ce que l'auteur appelle l'intelligence émotionnelle¹², qui demande de la part du professionnel de santé de l'authenticité et une véritable connaissance de soi-même.

Qu'ils soient sur leur lieu de travail ou bien en dehors, les soignants ressentent des émotions comme tout être humain. La place qu'ils leurs attribuent dans leur quotidien ou leur travail, et les mécanismes qu'ils utilisent pour pouvoir les réguler, sont propres à chacun. Cependant, tous encourent le même risque si une émotion devient incontrôlable et insupportable : le risque de ressentir une souffrance psychique ou physique. Cette souffrance pourra alors avoir des conséquences sur leur travail comme sur leur vie personnelle.

III- La souffrance du soignant

Le terme de souffrance du soignant peut paraître fort et être encore de nos jours difficile à accepter par certaines personnes. Seulement, c'est selon moi une réalité qu'il n'est pas possible d'ignorer. En effet, une mauvaise gestion des émotions négatives peut amener le soignant à être affecté par celles-ci aussi bien durant son travail, que dans sa vie personnelle. Ceci va alors l'amener petit à petit à ne plus pouvoir contrôler, et affronter les situations de la vie quotidienne, créant ainsi une véritable souffrance. Cela peut aller jusqu'au burnout du soignant.

¹² MICHON Florence. Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance, Soins, mars 2013, n°773, pages 32-34

Le burnout ou syndrome d'épuisement se définit alors par trois caractéristiques¹³ :

- l'épuisement professionnel : le soignant a le sentiment d'être vide, de ne plus être capable de ressentir la moindre émotion.
- La dépersonnalisation ou le cynisme : le soignant ne considère plus les autres comme être humain mais plus comme des objets (déshumanisation), les autres représentent maintenant quelque chose de négatif.
- Le sentiment de non-accomplissement personnel au travail : le soignant a l'impression de ne plus arriver à travailler correctement, il pense ne pas être à la hauteur... etc.

Le burnout, ou des émotions trop fortes et mal régulées peuvent avoir un impact dévastateur sur le soignant, entraînant des sentiments de mal-être, des dépressions et même des suicides. C'est pourquoi, il me semble primordiale de connaître ce qui peut provoquer cette souffrance chez le soignant, et ce que l'on peut mettre en place pour lutter contre son apparition, ou sa présence. De plus, la profession infirmière a été reconnue par le bureau international du travail comme très exposée à la souffrance physique et psychique¹⁴, ce qui prouve l'importance de connaître les mécanismes entraînant cette souffrance.

1) Les causes

Cette souffrance peut être causée par différents facteurs qui sont parfois difficiles à identifier clairement. Il reste cependant important de les identifier pour pouvoir agir sur eux et faire en sorte que les soignants affectés puissent recommencer à travailler dans de bonnes conditions. Je vais donc expliquer certains de ces facteurs, qui à la suite de mes recherches me semblent intervenir le plus souvent.

¹³ Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS). Épuisement professionnel ou burnout, quand l'investissement professionnel devient trop lourd à porter. 16/01/2015. Disponible sur <<http://www.inrs.fr/risques/epuisement-burn-out/ce-qu-il-faut-retenir.html>> (consultation le 5 avril 2015)

¹⁴ Cairn.info. MARIAGE André et SCHMITT-FOURRIER Fabienne. Rôle de la personnalité dans les stratégies de coping, étude auprès de personnel soignant. 2006. Disponible sur <<http://www.cairn.info/article.php?REVUE=le-travail-humain&ANNEE=2006&NUMERO=1&PP=1>> (consultation le 07 février 2015)

a- Perte de la juste distance

Perdre la juste distance, nécessaire au maintien d'une bonne relation de confiance soignant/soigné, peut entraîner une souffrance du soignant. Mais avant de comprendre le fonctionnement de ce phénomène, je me suis tout d'abord posée la question suivante : la juste distance, c'est quoi ?

Selon Pascale PRAEZ, « la juste distance est la capacité à être au contact d'autrui en pleine conscience de la différence des places¹⁵ ». Ainsi cela correspond à comprendre ce que ressent l'autre sans se mettre à sa place, sans prendre pour soi ce qu'il ressent. Cela équivaut donc à être dans une position d'empathie et non de sympathie. En effet, l'empathie correspond à la « Faculté de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent »¹⁶ alors que la sympathie « repose sur une similitude harmonieuse des sentiments¹⁷ », avec elle le soignant ressent les émotions du patient en même temps que ce dernier.

Plusieurs spécificités de la relation soignant/soigné en pédiatrie font que la juste distance est parfois plus difficile à mettre en place, ou à maintenir.

La première est l'absence du vouvoiement. En effet, un enfant sera toujours tutoyé, et ce afin de favoriser la communication, la compréhension, et ne pas majorer l'anxiété déjà causé par le milieu hospitalier. Ce tutoiement peut alors dans certains cas augmenter la proximité entre le patient et le soignant, car certains mots d'un langage plus courant et à connotation plus amicale viennent plus facilement.

Ensuite, la proximité physique est un autre facteur pouvant expliquer la perte de la juste distance. La distance physique permet effectivement de maintenir, et de créer cette juste distance. L'anthropologue Edward T. HALL décrit les différentes sphères sociales correspondant aux différentes distances physiques dans sa théorie de la proxémie¹⁸. Il en définit 4 :

¹⁵ PRAYEZ Pascal. Julie ou l'aventure de la juste distance : une soignante en formation. Édition Lamarre, 21 décembre 2005, 235 pages, ISBN : 978-2850309618

¹⁶ Larousse. Site du dictionnaire Larousse. Disponible sur < <http://www.larousse.fr> >

¹⁷ Larousse. Site du dictionnaire Larousse. Disponible sur < <http://www.larousse.fr> >

¹⁸ Psychologie-sociologie.com. La proxémie. 2005/2015. Disponible sur < <http://www.psychologie->

- l'intime (entre 15 et 45 cm) : c'est une sphère réservée généralement aux personnes les plus proches. C'est dans cette zone qu'il y a le plus d'échange sensoriel.
- La personnelle (entre 45cm et 135cm) : c'est une sphère proche mais moins intime.
- La sociale (entre 1,2m et 3,70m) : c'est une sphère utilisée dans les interactions amicales. C'est la zone la plus confortable pour échanger avec autrui.
- La publique (supérieur à 3,70) : c'est la sphère utilisée lorsque l'on s'exprime face à un groupe.

On se rend facilement compte qu'en pédiatrie on se retrouve généralement dans la sphère intime, ce qui entraîne une plus grande proximité physique et sensorielle, donc émotionnelle, expliquant facilement la difficulté du maintien de la juste distance. Seulement, cette proximité physique est nécessaire dans la bonne prise en soin de l'enfant. En effet, lorsque celui est anxieux, angoissé ou qu'il souffre, il a besoin de contact physique pour faire face à ces émotions négatives, et c'est au soignant parfois d'assurer ce contact. Ceci peut alors le conduire à perdre la distance professionnelle qu'il avait d'abord mise en place, et ainsi, à être plus impacté par les différentes émotions qui pourraient être difficilement gérables, et donc productrice d'un mal-être.

À la suite de mes recherches autour de la perte de la juste distance, je me suis aperçus que cette perte pourrait avoir une autre conséquence que celle abordée plus haut : le glissement de position du soignant. En effet, lorsque le soignant arrive à poser et maintenir une juste distance avec les patients, il se place dans une posture professionnelle. Il perdrait donc cette posture lorsqu'il perd la juste distance avec les enfants qu'il prend en charge. Seulement, quelle serait alors sa nouvelle posture ? Quelques théories abordent cette question sans donner de réponses précises.

Dans ces théories, le soignant glisserait au fil de la prise en charge vers une posture plus amicale, voir maternelle. N'ayant pas eu plus d'informations dans mes lectures, j'ai donc investigué sur ce glissement de position lors de mes entretiens. J'aborderais donc ce point plus précisément dans la suite de mon travail.

sociale.com/index.php?option=com_content&task=view&id=141&Itemid=44>
(consultation le 10 avril 2015)

b- Transfert

Le transfert correspond à la projection de souvenirs, valeurs ou encore d'expériences du soignant sur le patient. Le soignant projette des émotions, souffrances qu'il a déjà vécues sur ce qui arrive actuellement au patient. Selon les auteurs BOYD Antoine, BOURGEOIS Françoise et NÈGRE Isabelle, il y a toujours des mécanismes de transfert qui interviennent dans la relation soignant/soigné, même si ces transferts n'ont pas forcément la même intensité¹⁹.

A ces mécanismes de transfert s'ajoute l'identification projective²⁰ qui est aussi néfaste pour le patient que pour le soignant. En effet, le patient n'aura plus aucune place pour s'exprimer et exprimer ces difficultés, et le soignant, lui, se retrouvera dans une position de souffrance pouvant conduire jusqu'au burnout. L'identification projective correspond à la transposition des souffrances personnelles du soignant, et de ces représentations, sur ce que doit vivre le patient sur ce dernier. Le professionnel n'est donc plus dans une position d'écoute, puisqu'il pense déjà savoir ce que vit la personne soignée. Il va alors se trouver totalement pris dans la souffrance qu'il projette sur l'enfant qu'il prend en soins, et ne pourra plus s'en détacher. C'est ce qui va créer chez lui la souffrance.

c- Théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement a été grandement développée par les chercheurs BOWLBY et HARLOW. Ils définissent d'ailleurs l'attachement comme un « comportement visant à obtenir et maintenir une proximité physique et psychologique avec un autre être. Son but est de procurer assez de sécurité pour pouvoir explorer. C'est

¹⁹ BOYL Antoine, BOURGEOIS Françoise, NEGRE Isabelle. Communication soignant-soigné : repères et pratiques. 2^{ème} édition. Paris : Bréal, IFSI formations paramédicales, 2009, 158 pages

²⁰ BOYL Antoine, BOURGEOIS Françoise, NEGRE Isabelle. Communication soignant-soigné : repères et pratiques. 2^{ème} édition. Paris : Bréal, IFSI formations paramédicales, 2009, 158 pages

une protection contre la peur »²¹. On voit bien grâce à cette définition, que les enfants hospitalisés auront besoin de proximité pour se rassurer, et continuer à se développer normalement. Or, les parents ne sont pas forcément toujours présent auprès de l'enfant à cause d'obligations professionnels ou familiales par exemple. Dans ces moments là, se sera au soignant de répondre au besoin de proximité de l'enfant, tout en veillant à garder sa posture de professionnel. Car, bien évidemment, le rôle d'un professionnel de santé travaillant auprès d'enfants, n'est pas de prendre la place des parents.

A cela, les chercheurs vont expliquer que selon l'attachement que nous développons depuis notre enfance, nous n'agissons pas de la même manière dans nos relations à l'autre. Ainsi selon notre mode d'attachement, nous sommes plus sujet à être impacté émotionnellement, ou alors, à nous détacher de toutes émotions. Notre mode d'attachement va également définir notre façon de répondre au besoin de proximité exprimé par l'enfant, ce qui influencera également la façon dont nous pouvons être impacté par une émotion. BOWLBY va ainsi définir 6 formes d'attachement²² :

- le solitaire autonome : correspond à des personnes refusant toute forme d'attachement à des personnes. Ils préfèrent encore la solitude et peuvent ressentir un sentiment de culpabilité si une personne s'attache néanmoins à eux
- le dépendant : correspond à des personnes qui utiliseront les autres pour combler leurs besoins, sans leur demander aucun accord. Cette forme d'attachement peu s'avérer très néfaste dans une prise en charge lorsque le soignant est amené à utiliser le patient pour combler ces propres besoins, par exemple le besoin d'être nécessaire, utile, ou encore perçus comme un sauveur.
- Le surprotecteur : peu également être néfaste lors de la prise en charge car le soignant peu être amené à ressentir de la colère si il est amené à

²¹ MORDACQ Catherine, SOULAGNET-BASCOU Marie-Claude, MARTEL Françoise, Charron Jean-Marie. Attachement et séparation, paradoxe de la relation soignant-soigné à partir de deux exemples : l'homosexuel porteur du sida, le malade diabétique. Les cahiers de l'Amiec, 1990, 178 pages

²² MORDACQ Catherine, SOULAGNET-BASCOU Marie-Claude, MARTEL Françoise, Charron Jean-Marie. Attachement et séparation, paradoxe de la relation soignant-soigné à partir de deux exemples : l'homosexuel porteur du sida, le malade diabétique. Les cahiers de l'Amiec, 1990, 178 pages

penser que la personne en face ne lui renvoie pas assez de gratitude, ou de considération, face aux actions qu'il a mis en place après s'être attaché au patient. Il peut alors également se dévaloriser complètement.

- L'angoissé, ou super-anxieux : la personne vit dans la peur de la séparation et va donc se mettre dans une position de sollicitation presque constante, afin de rassurer ces propres angoisses. « je m'occupe bien de toi, non ? », « je vais te manquer quand même un peu quand tu rentreras chez toi pour le weekend ? », ces phrases peuvent être représentatives de ce type d'attachement.
- Le négatif : Ne peut exprimer son affection qu'au travers d'émotions violentes, tels que la colère ou la bagarre car les autres émotions sont trop angoissantes pour lui.
- Le sain : va se manifester par la capacité d'être indépendant. Il y aura des répercussions positives sur les personnes : diminution du stress, sentiment de bien-être. C'est le mode d'attachement à viser. L'empathie sera uniquement possible avec ce mode d'attachement.

Aux phénomènes observables avec la théorie de l'attachement, s'ajoute une autre réponse inconsciente du soignant face à l'enfant exprimant un besoin d'être rassuré : le « caregiving »²³. Le « caregiving » est ce qui va nous pousser à rassurer, reconforter l'enfant lorsque celui-ci se retrouve en situation de vulnérabilité. Il peut alors avoir deux répercussions sur le soignant :

- soit les mécanismes de « caregiving » vont s'enclencher naturellement et trouver une réponse aux sollicitations du patient, ce qui va immédiatement procurer un soulagement aux soignants. Celui-ci a réussi à intégrer et comprendre les émotions du patient comme étant uniquement celle du patient. Il est alors dans une position d'empathie qui lui permettra de trouver une réponse adéquate aux sollicitations de l'enfant.

²³ Cairn.info. GUEDENEY Nicole. Les émotions négatives des professionnels de l'enfance confrontés à la situation de placement : l'éclairage de la théorie de l'attachement. 2008. Disponible sur < www.cairn.info/revue-devenir-2008-2-page-101.htm > (consultation le 07 février 2015)

- Soit les mécanismes de « caregiving » vont réveiller les souvenirs parfois douloureux du soignant face à sa propre histoire. Les défaillances de son propre système d'attachement vont alors être mis à jour, et celui-ci ne pourra pas répondre aux sollicitations de l'enfant correctement, entraînant une souffrance chez le soignant de part la réouverture de blessures anciennes, et par l'incapacité de pouvoir tenir son rôle de professionnel auprès de l'enfant.

2) les mécanismes de régulation des émotions

Le début de ce travail a donc permis de montrer que les émotions peuvent entraîner une véritable souffrance chez le professionnel de santé, si celui-ci n'a pas réussi à les réguler avant d'être submergé. Il est donc primordial de connaître certaines techniques permettant de gérer les émotions trop envahissantes afin de se préserver, mais également afin de protéger la bonne prise en soins des patients.

L'un des premiers points importants permettant de se protéger d'émotions trop envahissantes est d'avoir, comme je l'ai déjà écrit dans ce travail, une bonne connaissance de soi-même. En effet, connaître les signes avant-coureurs, notamment physique, de certaines émotions permet d'agir immédiatement, et de ne pas se retrouver submergé sans s'en rendre compte.²⁴

Ensuite, nous pouvons identifier la supervision comme une véritable aide dans la gestion des émotions. La supervision est un temps consacré à l'échange, y participe les personnes de l'équipe intéressées. Elle est menée la plupart du temps par une personne extérieure à l'établissement afin de libérer la parole des participants. Ces temps permettent à l'équipe de revenir sur des situations ayant posées des problèmes à un soignant ou à l'équipe, notamment au niveau des émotions. Ainsi, pour l'auteur GUEDENEY Nicole, la supervision sera une aide précieuse pour le soignant afin qu'il puisse identifier dans certaines situations si ce qu'il ressent vient de lui ou vient du patient²⁵, au travers

²⁴ CARILLO Claudine. La gestion du stress au travail. Soins, avril 2011, n°754, pages 61-62

²⁵ Cairn.info. GUEDENEY Nicole. Les émotions négatives des professionnels de l'enfance confrontés à la situation de placement : l'éclairage de la théorie de l'attachement. 2008.

notamment d'un mécanisme de transfert. Pouvoir identifier cela, lui permettra alors de pouvoir agir précisément sur ce qui le trouble.

Le travail d'équipe²⁶ sera également une aide précieuse pour permettre aux soignants de réguler leurs émotions et de se protéger de toutes situations pouvant entraîner pour eux de la souffrance. En effet, celui-ci va permettre au professionnel se trouvant en difficulté de pouvoir se décharger, de pouvoir passer le relais lorsqu'il sent que cela devient insupportable pour lui. De plus, il pourra trouver au sein de l'équipe des personnes ressources auprès des quelles il pourra échanger, et discuter sur des sujets qui le préoccupe.

Enfin, ce qui revient dans de nombreux écrits est l'importance de comprendre ce que nous ressentons, et vivons, afin de ne pas nous laisser submerger. Comprendre nous rend alors l'impression de retrouver le contrôle, et pour l'être humain, avoir le contrôle de quelque chose permet de le rassurer et de diminuer, voir faire disparaître, la souffrance qu'il ressentait. GUEDENEY Nicole l'exprime très bien dans ces travaux et notamment dans la phrase : « donner un sens aux émotions les plus insupportables les rend immédiatement plus supportable »²⁷.

Ainsi, à la suite de mes lectures je me suis rendue compte que le vécu des émotions et l'impact qui peut en découler sont des phénomènes complexes, où de nombreux mécanismes vont s'imbriquer les uns dans les autres. C'est pour cette raison qu'il est parfois si difficile de démêler, d'analyser, ce que nous ressentons en accompagnant les enfants lors de leur prise en charge.

Cependant, plus que des données et des écrits théoriques, il me semblait primordiale d'appuyer aussi mon travail sur des données concrètes, sur des expériences et

Disponible sur < www.cairn.info/revue-devenir-2008-2-page-101.htm > (consultation le 07 février 2015)

²⁶ MORDACQ Catherine, SOULAGNET-BASCOU Marie-Claude, MARTEL Françoise, Charron Jean-Marie. Attachement et séparation, paradoxe de la relation soignant-soigné à partir de deux exemples : l'homosexuel porteur du sida, le malade diabétique. Les cahiers de l'Amiec, 1990, 178 pages

²⁷ Cairn.info. GUEDENEY Nicole. Les émotions négatives des professionnels de l'enfance confrontés à la situation de placement : l'éclairage de la théorie de l'attachement. 2008. Disponible sur < www.cairn.info/revue-devenir-2008-2-page-101.htm > (consultation le 07 février 2015)

des ressentis de soignants, car ils sont les plus à même de parler de ce qu'ils ressentent. C'est en cela que les entretiens ont été d'une grande importance pour poursuivre ce travail.

IV- Les entretiens

1) méthodologie

Pour poursuivre mon travail, et ainsi l'enrichir de données pratiques provenant de professionnels de la santé, j'ai effectué des entretiens basés sur les expériences des professionnels²⁸. Il me semblait primordial d'effectuer ces entretiens du fait que, comme je l'ai déjà expliqué, les émotions sont vécues et régulées de manières différentes d'une personne à l'autre. Mon travail serait donc resté très incomplet si je m'étais basée uniquement sur des données générales, ne traitant pas la part subjective des émotions.

Pour effectuer ces entretiens, j'ai choisi d'utiliser la forme d'entretiens semi-directifs. J'ai également fait le choix de poser des questions ouvertes. Cette décision s'est basée sur ma volonté d'obtenir les réponses les plus sincères et intuitives possibles, et de ne pas les suggérer, à cause d'une question fermée par exemple. Je souhaitais également que les personnes interrogées puissent être libres de développer leurs réponses et d'ajouter des souvenirs et expériences de certaines situations qu'elles auraient vécues, et seraient en lien avec la question abordée.

Concernant le choix de la population cible j'ai pris le parti d'interroger des infirmières ou des puéricultrices. J'ai voulu que les personnes interrogées aient toutes suivi une même formation, ici celle d'infirmière, afin d'avoir une socle de connaissances commun. Je n'ai pas voulu mettre une fourchette d'âge pour les soignants, car cela m'intéressait de savoir si l'âge était un facteur influençant l'impact émotionnel.

L'autre critère me semblant nécessaire pour déterminer ma population cible, est que les soignants travaillent au près d'enfants atteints de pathologies chroniques. J'ai donc décidé, pour cibler ce critère, d'interroger des professionnelles prenant en charge dans leur travail des enfants âgés de 3 à 18 ans, et étant soit hospitalisé plus d'un mois, soit faisant régulièrement des séjours à l'hôpital (minimum 3 ou 4 par an). Je désirais qu'une communication verbale soit possible entre le soignant et l'enfant, d'où le choix de cibler

²⁸ Guide d'entretien en annexe

l'âge des enfants entre 3 et 18 ans. Ensuite le choix de la durée ou fréquence d'hospitalisation s'est basé sur ma volonté de découvrir si la prise en soin au long terme d'un enfant était un facteur possible expliquant la majoration des émotions, de leur impact, et l'apparition d'un glissement de position du soignant.

2) analyse

L'un des premiers points qui est ressorti de ces entretiens, c'est la place que les soignants donnent à leurs émotions dans leur travail. Presque toutes s'accordent sur le fait que les émotions font parties du travail, mais qu'il faut arriver à les réguler. En effet, même si elles sont humaines et qu'il est, pour les soignantes interrogées, néfaste de faire taire nos émotions, car cela nous rendrait trop froid et distant, il est pour elles tout autant néfaste de se laisser submerger. Pour elles, le travail d'infirmiers auprès d'enfants atteints de pathologies chroniques permet d'apprendre à travailler avec nos émotions car celles ci nous permettent de mieux travailler, de pouvoir être plus empathique. Cependant, pour une des puéricultrices interrogées, les émotions ne sont pas un outil de travail et même si elles font parties de la personnalité de chacun, on ne doit pas y penser lorsque l'on est dans le service. Malgré ce désaccord avec les autres soignantes interrogées, elle les rejoint sur le fait que certaines émotions sont acceptables, car elles peuvent être transmises aux enfants, mais que d'autres ne le sont pas, car elles peuvent impacter les enfants. Ainsi, certaines émotions ressenties seraient plus acceptables que d'autres, mais quelles sont elles ?

Sur ce point les cinq personnes ayant participées aux entretiens ont la même opinion. Les émotions comme la joie et le rire, qui sont souvent ressenties lors de leur travail, sont des émotions acceptables, car positives, et parce qu'elles peuvent être transmises aux enfants et leur être bénéfique. Au contraire, les émotions comme la tristesse, la colère ou le stress qui sont également souvent ressentis lors de la prise en charge des enfants, ne sont pas acceptables, et doivent être tués par le soignant, car elles peuvent impacter négativement l'enfant si il les ressent. Ces émotions, qui peuvent être négatives pour l'enfant, sont également celles citées comme pouvant être difficiles à gérer pour le soignant.

La prise en charge au long terme est également un point soulevé par chacune des puéricultrices comme expliquant la possibilité de se faire submerger pas des émotions. En effet, plus la prise en charge est longue, plus les émotions sont potentiellement fortes, et

plus les soignants peuvent être touchés ou submergés. A cela, s'ajoute le fait que ces enfants ont besoin de contacts, de câlins et de bisous, que chacune des puéricultrices trouvent indispensable au bien-être de l'enfant hospitalisé. Ces contacts physiques vont également augmenter les liens entre le soignant et le patient, puisque cette proximité physique entraîne une sensation de proximité relationnelle, et de confiance entre le soignant et le soigné, ce qui va donc rendre leur relation plus forte. À la suite de ce constat, une des puéricultrice va aborder d'elle même le fait que tout cela peut entraîner une perte de la juste distance, et donc un glissement de position. Ce glissement de position, faisant passer le soignant d'une posture professionnelle vers une posture plus « maternante » faisait partie des points que je souhaitais aborder durant les entretiens.

Pour quatre des soignantes interrogées, ce glissement est possible même si le terme « maternante » leur a semblé plus ou moins exagéré, et que deux de ces quatre soignantes ont alors préféré utiliser le terme de « posture amicale » pour le reste de l'entretien. Pour ces deux puéricultrices, le terme « maternante » mettrait en jeu trop de points délicats, voulant ainsi dire que le professionnel aurait alors pris la place des parents, ce qui est absolument à éviter car pouvant, notamment, créer des tensions avec les parents eux-mêmes qui peuvent penser à juste titre selon les soignantes, que les soignants vont trop loin. A côtés de cela, pour une des puéricultrices, le glissement surviendrait obligatoirement, même si il est plus ou moins important suivant les soignants. Ce glissement, elles l'ont expliqué par différentes raisons :

- la première raison a été expliquée par trois des professionnelles. Elle correspond au fait que les parents ne sont pas toujours présents dans le service et qu'à ce moment là, c'est au soignant de rassurer l'enfant et de répondre à ses besoins de contact. Les soignants se retrouvent donc présent dans des moments importants de la journée de l'enfant, comme le coucher ou les jeux, comme l'a dit une puéricultrice, « on fait partie intégrante de la vie de l'enfant ²⁹»
- le besoin de contact des enfants et la relation qui en découle sont la 2^{ème} raison soulevée durant les entretiens. En effet, les enfants ont besoins de câlins et de bisous pour être rassuré. De plus, plus les soignant connaissent les enfants au fil de la prise en charge, et plus ils deviennent proches physiquement, et donc émotionnellement, comme m'a soulevé

²⁹ Annexe 2

une des personnes ayant répondu à mes questions. Ainsi, dans ces services, les relations sont plus affectives que dans d'autres services, et cela peut expliquer le glissement.

Cependant, toutes les personnes, ayant répondu aux questions que je leur ai posé durant les entretiens, se sont accordées sur le fait qu'il était important d'essayer de garder sa posture professionnelle, puisque comme la très clairement exprimé une des soignantes, nous ne sommes « pas là pour remplacer un membre de l'entourage de l'enfant »³⁰. De plus, perdre sa posture professionnelle peut avoir des conséquences à la fois pour le soignant, et pour l'équipe :

- les conséquences pour le soignant et que celui-ci va être plus impacté émotionnellement. Il sera ainsi en difficulté, voire en souffrance, car comme l'enfant se retrouvera plus dans une sphère « amicale », « proche », si il lui arrive quelque chose cela impactera le soignant. Il peut également comme le soulève une des puéricultrices se sentir triste lorsque l'enfant part de l'hôpital car il ne le verra plus. Sur ce dernier point, on remarque bien que quelque chose « cloche », puisque que la sortie d'un patient qui va bien devrait plutôt entraîner des émotions positives. Cela montre bien qu'émotionnellement le soignant risque réellement de se trouver submergé et donc de souffrir.
- Les conséquences pour l'équipe seront tout d'abord une incohérence au niveau des prises en charge. En effet, les soignants n'agiront pas de la même manière puisque l'un des soignants aura changé de position et pas les autres. Ceci peut entraîner d'ailleurs un clivage au sein de l'équipe, clivage que peut ressentir l'enfant, et en profiter en sollicitant et demandant uniquement le soignant qui sera plus affectif avec lui. Les autres soignants se retrouvent alors en difficultés pour effectuer la prise en soins. Tout ceci va donc créer des tensions entre les différents professionnels de l'équipe pluridisciplinaire.

Les mécanismes de transfert sont également identifiés comme pouvant causer un impact émotionnel négatif par deux des soignantes. En effet, chacune d'elles aborde le fait que les patients font parfois ressentir des émotions personnelles que nous avons déjà

³⁰ Annexe 2

ressenti auparavant. Ils nous font alors faire un rapprochement avec nos propres enfants, ou des enfants que l'on connaît, ou des situations parfois difficiles que nous avons déjà vécues. Ce transfert peut alors être perçu de différentes manières.

La première soignante ayant abordé ce thème en a parlé en faisant référence à une patiente qu'elle avait pris en charge et à laquelle elle s'était attachée émotionnellement. Elle avait même alors pensé que si elles avaient été dans un autre contexte que celui du soin, alors elles auraient pu être amies. Arriver à ce stade de transfert va alors avoir des conséquences, qui peuvent être importantes pour le soignant. Il va, comme l'explique la puéricultrice, vouloir avoir envie de toujours s'occuper de ce patient, d'en faire toujours plus, même si cela devient difficile pour lui, même si cela devient trop dur à gérer. Cela peut même arriver jusqu'à impacter la vie personnelle du soignant, même si il ne peut pas s'en rendre compte immédiatement. Seulement, d'après la puéricultrice, il y a forcément un moment où l'on se rend compte, « on en a rêvé la nuit », on a « le moral plombé ³¹ », mais à ce moment là l'impact est déjà très fort. Il existe donc un vrai risque de souffrance du soignant dans cette situation.

La deuxième soignante aborde quant à elle une toute autre sorte de transfert, celui fait entre ce que vit le patient et une situation qu'elle a elle-même vécue avec son enfant. En effet, après son retour suite à un arrêt de travail pour s'occuper de sa fille malade qui nécessitait une opération, elle est amenée à prendre en charge une jeune patiente présentant la même pathologie que son enfant, et devant recevoir le même traitement. Elle verbalise elle-même que cela a été difficile à gérer car beaucoup de choses sont ressorties, faisant comme un effet de « caisse de résonance ». À ce moment là, il est difficile de s'occuper de l'enfant. Cette soignante a d'ailleurs exprimé que l'impact qui découle de ces situations peut devenir très fort, puisqu'encore aujourd'hui elle pense à certaines de ces situations, même si « ça fait moins mal avec le temps ³² ».

Il existe également un autre transfert qui a été cité une fois durant les entretiens. Il s'agit de la transposition de nos représentations sur le patient. En effet, il arrive que lorsque l'on voit la situation que vit un patient, on commence à penser qu'à sa place on ne pourrait pas le supporter, que cela doit être très douloureux, ou d'autres pensées du même genre. Ce genre de pensée est humaine mais parfois elles deviennent tellement présentes que l'infirmier peut être amené à les prendre comme étant le véritable reflet de ce que vit le

³¹ Annexe 2

³² Annexe 2

patient. Cependant, ces représentations ne collent pas forcément avec ce que ressent vraiment le patient. Le professionnel perd alors sa capacité d'écoute et donc ne peut plus proposer une prise en charge qui correspond au mieux à ce que désire le patient, puisqu'il se basera non pas sur les souhaits du patient, mais sur ces propres représentations.

Une autre cause, pouvant entraîner des émotions difficiles à gérer, a été abordé par l'ensemble des personnes interrogées. Cette cause-ci est un peu plus complexe à définir précisément puisqu'elle regroupe des situations diverses qui ont entraîné des émotions négativement fortes. Plusieurs exemples ont été cités, comme lorsque le pronostic vital de l'enfant est engagé, lorsqu'il y a plus rien à faire pour guérir l'enfant, ou encore lorsque la prise en charge est mal définie ou n'évolue pas en même temps que l'état de l'enfant. Les émotions qui découlent de ces situations (colère, frustration, appréhension) sont parfois difficiles à gérer pour l'équipe. De plus, plusieurs facteurs peuvent majorer leur impact, comme de mauvaises conditions de travail (manque d'effectifs, conflit au sein de l'équipe), ne pas parler de ce que l'on ressent ... etc.

Tout cela peut avoir de véritables conséquences. En effet, plusieurs soignantes ont exprimé le fait que ces situations pouvant entraîner de l'appréhension ou une sensation de découragement ce qui modifie leur comportement. Cela peut même aller jusqu'à ce que le patient n'ai plus envie d'aller travailler, voir même angoisse de retourner sur son lieu de travail car il n'a plus les ressources pour réguler ces émotions. De plus, le fait de ressentir ces émotions négatives est potentiellement néfaste pour l'enfant. En effet, les enfants ressentent les émotions des soignants. Ainsi, dans ces situations, le soignant peut transmettre à l'enfant des émotions qui lui seront difficile à gérer et qui impacteront son bien-être. Enfin, le soignant dans ces conditions peut être amené à un clivage au niveau des patients, souhaitant ainsi ne s'occuper que des enfants qui lui feront éprouver des émotions positives, et ainsi il pourrait être amené à s'occuper moins, voire presque plus (en dehors de la technique) de ceux avec lesquels il ressent des émotions négatives.

Enfin, un dernier point a été soulevé par quatre des soignantes interrogées comme pouvant être la cause d'un impact émotionnel, même si pour ce dernier on ne peut que rarement agir sur la cause de sa survenue. En effet, il y a toujours des périodes de la vie où l'on est plus fragile, où l'on est fatigué, ou encore où l'on a des problèmes personnels. Ces périodes représentent également des périodes à risque puisqu'en étant fragilisé, le soignant peut plus facilement et plus rapidement se retrouver submergé par les émotions qu'il peut

ressentir durant son travail. Durant cette période, il peut également avoir besoin de ne pas s'écouter afin d'effectuer son travail, il agit ainsi de manière plus mécanique et se situe plus dans la courtoisie que dans l'échange. Ceci va bien évidemment impacter la relation soignant/soigné en la rendant moins efficace, car le soignant ne pourra obtenir une bonne confiance du patient et donc ne pourra recueillir des informations sur le ressenti, ou le vécu du patient sur son hospitalisation, utiles à sa bonne prise en soins.

L'état psychique et physique des soignants va donc influencer l'impact émotionnel qu'ils vont ressentir, ainsi que son intensité. C'est pour cette raison que chacune des puéricultrices ont affirmé qu'il était important, pour pouvoir travailler au près d'enfants atteints de pathologies chroniques, d'avoir une vie équilibrée à côté du travail.

Les entretiens m'ont également permis d'investiguer sur les stratégies de régulation des émotions que les professionnels utilisent pour éviter de se faire envahir. Sur cette période, les cinq professionnelles interrogées ont toutes, ou presque, cité les mêmes stratégies.

La première de ces stratégies montre l'importance du rôle de l'équipe pluridisciplinaire. En effet, toutes s'accordent qu'il est nécessaire d'avoir une bonne cohésion d'équipe et une bienveillance envers chacun. Ceci permettrait tout d'abord de pouvoir passer le relais lorsque cela devient trop compliqué pour un des soignants de prendre en charge un certain patient. Il peut ainsi prendre du recul, ne pas se laisser submerger, et enfin pouvoir reprendre la prise en charge du patient dans les meilleures conditions lorsqu'il ira mieux. Une des soignante précise également que la bonne cohésion d'équipe est également nécessaire afin de pouvoir être capable de repérer un soignant dans la souffrance, car trop impliqué dans la relation avec un des patients. En repérant cela, on peut ainsi prendre son relais, lui permettant de se rendre compte de son surinvestissement, et qu'il puisse alors se repositionner et agir afin de retrouver son bien-être. Pour faciliter le relai il est également possible d'agir sur le fonctionnement du service. En effet, les trois puéricultrices travaillant au sein du service d'immuno-hémato-oncologie m'ont expliqué que leur service n'était pas sectorisé, mais que le travail était réparti en fonction de la charge de travail. Ceci permet tout d'abord de ne pas être obligé de prendre en charge un enfant lorsque l'on n'y arrive plus, et cela permet également de ne pas avoir une trop grosse charge de travail ce qui peut majorer l'impact. Un bon fonctionnement d'équipe permet également à chacun de s'exprimer sur ce qu'il ressent, ces difficultés, afin d'avoir une autre vision, de pouvoir prendre du recul ou tout simplement ne pas se sentir seul. Il

est en effet, comme le souligne chacune des soignantes, important de pouvoir trouver au sein de l'équipe une personne ressource : que se soit un collègue, la psychologue du service ou encore le cadre du service. Ainsi, avoir une équipe soudée est primordiale pour chacune des soignantes que j'ai interrogées. L'une d'entre elle rajoute que pour que l'équipe puisse être encore plus soudée et créer des liens forts, il est bien d'organiser des temps en dehors du travail, où tous peuvent passer du temps ensemble dans un autre contexte que celui du service.

Le deuxième outil qui a été cité lors des entretiens, par quatre des professionnelles de santé, est la possibilité d'assister à une supervision d'équipe encadré par un psychologue extérieur à l'équipe. Pour ces professionnelles la supervision est un outil utiles et efficace. Il permet de pouvoir écouter ce que ressentent les autres, d'avoir leur vision des situations, ce qui permet de pouvoir prendre du recul, et également de ne pas se sentir seul. Les supervisions permettent également d'exprimer ces propres difficultés, et impressions, afin d'avoir un retour, une réaction qui va parfois aider à ce rendre compte d'où se situent nos difficultés et ainsi de pouvoir agir sur elles, afin qu'elles n'aient plus d'impact négatif sur nous. J'ai été surprise durant les entretiens par le fait que la seule soignante qui n'avait pas parlé des supervisions, ne l'avait pas fait parce qu'elle pensait ne pas y avoir accès dans son service. C'est donc à la suite de l'entretien qu'elle a appris, grâce à sa collègue que j'avais interrogée également, qu'elle avait le droit de participer à ces supervisions.

Les entretiens m'ont également permis de mettre en avant le rôle que tenait l'expérience dans la régulation des émotions. Cette expérience se limite cependant au nombre d'années travaillées auprès d'enfants atteints de pathologies chroniques, et non pas en fonction de l'âge du soignant. Il ne m'a pas été possible, en effet, de découvrir des différences d'opinions en rapport à l'âge du soignant. Néanmoins, toutes affirment qu'il leur ai plus facile maintenant de travailler avec leurs émotions, sans se laisser submerger, que lorsqu'elles ont commencé dans ces services. Elles ont chacune fait le constat, qu'avec l'expérience, elles avaient appris à ce connaître, à connaître leurs limites et à reconnaître les situations potentiellement à risque. Par ce fait, elles arrivent plus facilement à réguler leurs émotions, rendant leur travail plus facile et moins envahissant au fil des ans, et des situations vécues. Ceci est d'autant plus vrai lorsque, grâce à l'expérience, nous apprenons à savoir quel professionnel nous voulons être et quelles sont nos blessures que nous portons encore. Ainsi, le risque de transfert, ou même de glissement de position, est

diminué. Une puéricultrice du service d'immuno-hémato-oncologie exprime très bien cela en disant qu'au « début tu te fais piéger, après tu apprends à te protéger³³ ».

Nos propres ressources personnelles ont également été mises en avant par deux des professionnelles de santé. Ces ressources sont propres à chacun, mais permettent de ne pas se laisser submerger. Elles peuvent correspondre à de la pratique sportive, des activités manuelles ou encore par de la lecture. On retrouve également dans ces ressources la possibilité de définir quelqu'un de notre entourage personnel comme une personne ressource à laquelle nous pouvons parler. Cependant, les deux soignantes nuancent ce dernier point par la difficulté à trouver cette personne ressource parmi des personnes n'appartenant pas au milieu, à cause de l'image que renvoi leur travail : « les pauvres petits enfants malades »³⁴.

La connaissance des enfants, et des pathologies qu'ils présentent, permettent également aux soignants de pouvoir effectuer un accompagnement plus serein émotionnellement parlant pour le soignant, comme le souligne une puéricultrice travaillant au sein d'un hôpital de jour pédiatrique. Ces connaissances permettent aux soignants de mieux cheminer avec l'enfant, de faire tout ce qui est en notre pouvoir pour l'accompagner au mieux, et ainsi de mieux vivre la fin de la prise en charge, même si l'enfant décède. En effet, d'après la puéricultrice interrogée savoir que l'on a fait tout ce que l'on pouvait reconforte et il n'y a pas de regret, ce qui permet de mieux vivre la situation.

Enfin, parfois nous avons juste besoin de temps. C'est l'opinion de deux des soignantes ayant participées aux entretiens. Selon elles, le fait de travailler en douze heures ou même à temps partiel permet d'avoir de vraie coupure avec le travail, et cela permettrait de diminuer grandement le risque de se faire submerger par ces émotions.

Les entretiens m'ont donc permis de confirmer certaines choses que j'avais pu lire dans les écrits, mais également d'enrichir certains points qui n'avaient pas forcément été beaucoup développés. Enfin, avoir l'expérience de ces professionnelles, ainsi que les exemples de situations qu'ils avaient vécues, m'ont beaucoup apporté. Cela m'a permis de mieux comprendre certains mécanismes complexes entraînant des émotions pouvant aller jusqu'à envahir complètement un soignant, et aussi de comprendre comment mieux réguler

³³ Annexe 2

³⁴ Annexe 2

et travailler avec nos émotions afin qu'elles deviennent un outils de travail, comme le font certaines des puéricultrices que j'ai rencontré.

Je regrette simplement ne pas avoir pu rencontrer des infirmières, sans spécialisation de puéricultrice, pour mes entretiens. Je n'ai en effet, pas pu déterminer si la formation de puéricultrice permettait de mieux réguler leurs émotions. Cependant, aucune des infirmières correspondant à mes critères de sélection de la population à interroger n'ont pu être disponibles pour répondre à mes questions.

V- Vers la question de recherche

J'ai pu observer au cours de ce travail que les entretiens et les données théoriques s'accordent bien sur les raisons qui peuvent engendrer un impact émotionnel. Ces raisons sont d'ailleurs assez bien détaillées, à la fois dans les écrits, que dans les entretiens. Ainsi, il est facile de penser que connaître ces causes permettrait de mettre en place des réponses afin d'éviter aux soignants de se retrouver en difficultés, submergés par leur émotion.

J'ai cependant été surprise durant les entretiens que l'une des soignantes ne connaissaient pas un de ces outils, la supervision. De plus, même si les stratégies citées étaient globalement les mêmes, certaines n'étaient pas citées par une ou deux soignantes. Enfin, la moitié des stratégies citées correspondaient à celles mises en place par les soignants eux-mêmes. Il est donc possible de se demander si plus d'outils peuvent être mis en place par les établissements ou par les équipes pluridisciplinaires, faisant ainsi de la régulation des émotions un véritable travail d'équipe et de cohésion entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire et la direction. Il est également possible de se demander si les outils existants déjà sont assez connus par les professionnels de la santé.

De plus, le nombre de soignants souffrant à cause d'émotions négatives ne diminue pas, au contraire. Nous avons en effet vu que la profession infirmière était un métier extrêmement exposé à la souffrance physique et psychique. Il est donc primordiale d'avoir à disposition des équipes des outils, efficaces et adaptés, leurs permettant de réguler leurs émotions et d'éviter d'arriver dans des situations de souffrance.

Tout cela, m'a amené à la question de recherche suivante :

Dans quelle mesure de nouveaux outils permettant la régulation des émotions pourraient-
être bénéfiques pour prévenir et diminuer le nombre de soignants en situations de
souffrance ?

Cette question de recherche fait entrer en jeu différents concepts :

- régulation des émotions
- condition de travail
- bien-être au travail
- souffrance du soignant, burnout

Il est également possible d'émettre différentes hypothèses à partir de cette question :

- il est possible de mettre en place de nouveaux outils qui seraient adaptés aux soignants et aux différents services
- ces nouveaux outils permettraient de faire diminuer le nombre de soignant se retrouvant en situation de souffrance car ils ont été submergés par leur émotions durant leur travail
- ces outils permettraient aussi aux soignants déjà impacté de faire disparaître cet impact afin de pouvoir continuer à travailler sereinement
- les outils permettraient aux soignants de pouvoir prévenir les situations potentiellement à risque émotionnel, et ainsi ne pas être impacté par ces situations.

Phase méthodologique

I- Choix de la méthode de recherche

Si j'avais dû poursuivre ce travail afin d'essayer de répondre à la question de recherche, j'aurais fait le choix d'utiliser une méthode qualitative. En effet, ce choix me semble judicieux car au cours de ce travail je me suis rendu compte qu'étudier les émotions sans prendre en compte le vécu et les expériences des soignants aurait rendu mon travail incomplet. C'est pourquoi comme une méthode qualitative permet de s'appuyer sur des données subjectives (ici le vécu, les ressentis et expérience des soignants), elle me semble ici la mieux indiquée.

De plus, pouvoir utiliser des données subjectives permettrait d'être au plus proche des besoins des soignants et des spécificités des services dans lesquels ils travaillent. Effectivement, chaque soignant participant à l'étude pourrait émettre ces propres opinions basées sur ce qui serait d'après lui le mieux adapté à son travail et à lui.

Parmi les études qualitatives, je me dirigerais plus vers une étude ethnographique. Ce choix se basent sur ma volonté d'étudier une population cible présentant la même culture : les infirmiers et puéricultrices travaillant auprès d'enfants atteints de pathologies chroniques. Je me permet ici de qualifier une culture infirmière et puéricultrice par le fait des études communes d'infirmière, qui font qu'ils partagent une base commune de connaissances et qu'ils peuvent effectuer les mêmes soins et actes.

II- Population cible

Comme je l'ai déjà abordé plus haut, je choisirais comme population, pour effectuer cette étude, des puéricultrices et des infirmiers travaillant auprès d'enfants atteints de pathologies chroniques.

Ce choix s'est tout d'abord effectué sur la volonté d'avoir une base commune entre les différents participants. Ici, la base commune est les études d'infirmière et, le rôle et les actes effectués dans les services par ces professionnels. Avoir une base commune me semble nécessaire pour pouvoir identifier des mécanismes mis en place par le soignant qui

reviendrait lorsqu'il est confronté à certaines émotions, situations. De plus, mon étude se baserait sur la volonté de pouvoir peut-être trouver des outils de régulations des émotions efficaces aux plus grands nombres de soignants possibles.

Je ne cible pas sur des soignants travaillant dans un service particulier, mais je cible tout de même ceux travaillant auprès d'enfants atteints de pathologies chroniques. Cette décision est prise sur le fait que des soignants peuvent être amené à prendre en soins des enfants atteints de pathologies chroniques dans différents services. Ceci a d'ailleurs été illustré par mes entretiens, puisque les professionnels qui répondaient à ce même critère travaillaient soit en service d'immuno-hémato-oncologie, soit en hôpital de jour. Les émotions découlant de ces prises en charge spécifiques peuvent donc apparaître dans différents services.

Enfin, je souhaiterais pouvoir rencontrer des soignants ayant déjà ressenti des difficultés à cause d'émotions qu'ils auraient ressenti pendant leur travail. Cela me permettrait d'utiliser leurs expériences passés, leur vécu, ainsi que le retour qu'ils en font grâce au recul et à l'analyse qu'ils pourront faire de ces situations.

Dans un second temps, j'aurais été à la rencontre, pour comparaison, du reste de l'équipe pluridisciplinaire au contact des patients, tels que les aides-soignants ou auxiliaires de puéricultrice. Ceci permettrait de savoir si il existe des différences entre les deux groupes, où si il s'avère plus judicieux de prendre en compte l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.

En effet, le travail d'équipe a été durant mes entretiens à chaque fois cités comme étant primordiale. Cependant, en ne sachant pas si ces différents membres, effectuant des tâches différentes, ressentent et régulent de la même manière leurs émotions. Il me semblait intéressant de pouvoir faire cette comparaison afin d'être au plus juste de la réalité du terrain.

Concernant la taille de l'échantillonnage de l'enquête, je ne souhaite pas mettre de nombre maximum de professionnels y participant. Je souhaiterais plutôt que la fin des rencontres soit limité par le fait que plus aucunes nouvelles données ne soient recueillies afin d'être le plus complet possible.

Cependant, emmener un nombre minimum de rencontres me semble approprié afin que les données soient le plus fiables possibles et que les résultats soient applicable à un grand nombre de personnes possible.

III- Outils d'investigation argumentés

Les outils qu'il me semble alors judicieux d'utiliser sont ceux qui permettent un recueil de données, de descriptions d'expériences et de leurs significations venant des soignants, sans interférer dans leurs discours en déduisant des réponses. Il me semble en effet intéressant de recueillir des données les plus sincères et proches de ce que ressentent, vivent et pensent les professionnels lorsqu'ils sont confrontés à des émotions difficiles.

Le premier outil serait d'entreprendre des entretiens semi-dirigés durant lesquels seraient posés des questions ouvertes afin de ne pas influencer certaines réponses. De plus, afin de pouvoir faire une comparaison entre les deux groupes de soignants interrogés les questions seraient la même pour ces deux groupes. Sans cela, il serait en effet impossible d'effectuer la comparaison :

- quels outils permettant la régulation des émotions connaissent les soignants ? Pensent-ils que ces outils sont efficaces ? Pensent-ils qu'il est possible d'effectuer des améliorations sur ces outils ?
- quelles sont les situations qui ont été émotionnellement difficiles pour eux ? Comment ont-ils géré cet impact ? Qu'ont-ils appris de ces situations ?
- Pensent-ils que de nouvelles techniques de régulations peuvent être mises en place ? quel pourrait-être ces techniques selon eux ?

Le deuxième outil qui serait utilisé pour réaliser cette démarche de recherche serait l'observation participante. Cet outil permet à l'observateur de s'intégrer complètement dans le groupe en faisant oublier son rôle premier.

Il me semble plus judicieux d'utiliser ce type d'observation afin de pouvoir observer des situations spontanées où le soignant pourrait peut être agir, sans forcément s'en rendre compte, afin de réguler ces émotions au moment même où il ressent qu'un impact émotionnel négatif commence à le toucher.

De plus parler de nos émotions et des difficultés que l'on peut ressentir, peut être difficile à faire de manière spontanée. Les soignants peuvent se sentir gênés et ne pas entièrement répondre aux questions un peu plus sensibles pour eux. C'est pourquoi arriver à faire oublier son rôle et faire partie du groupe étudié permettrait de faire disparaître la

gêne et d'obtenir plus d'informations, notamment si l'observateur participe à certains outils tel que la supervision.

Se baser sur deux outils, l'un permettant le recueil de données orales et l'autre celles vécues en direct dans les services, me semble permettre un recueil de données le plus complet possible. C'est pourquoi mon choix c'est arrêté sur ces deux outils.

Conclusion

Ainsi, au cours de mon travail, j'ai pu découvrir qu'il existait belle et bien un impact émotionnel chez les soignants qui travaillent auprès d'enfants atteints de pathologies chroniques. Cette population de patients comporte des besoins très spécifiques liés notamment comme nous l'avons vu à leur âge et leur caractère dépendant. Les soignants doivent donc mobiliser des ressources qu'ils n'ont pas besoins d'utiliser dans d'autres prise en charge et qui peuvent être difficile à mobiliser. C'est cela qui peut alors entraîner un impact émotionnel. En effet, même si les soignants ressentent souvent des émotions positives, il arrive que certaines situations ou prises en charge mobilisent en eux des choses personnelles ou difficilement gérables, et leur fassent ainsi ressentir des émotions négatives. Alors parfois, malgré les différents mécanismes de régulations disponibles, les soignants se retrouvent en situations de souffrances car ils ont été submergés par les émotions négatives qu'ils ont ressenties. C'est pourquoi, à la suite de la première partie de mon travail, je me suis interrogée sur la possibilité que les outils de régulations n'étaient peut être pas assez nombreux ou pas assez connus par l'ensemble des soignants.

Durant ce travail, je me suis également rendu compte que l'analyse des émotions est quelque chose de complexe. En effet, chaque personne ressent et vit ces émotions à sa propre manière, et parfois il y a tellement de points différents qui se mêlent qu'il devient difficile de tout démêler.

Cependant, il reste important d'essayer d'analyser ce que nous ressentons car cela permet de comprendre ce qui se passe en nous, le pourquoi nous ressentons cela. En sachant cela, les risques de se faire envahir diminuent et nous sommes plus à même à faire face à de futures situations à risque émotionnelle. Il faut cependant rester prudent car cela ne permet pas d'éviter à chaque fois une souffrance liée aux émotions, d'où l'intérêt des outils mis en place dans les services ou par les soignants eux mêmes.

Ce travail a été très enrichissant pour moi. En effet, il m'a permis de ne prendre encore plus conscience de l'importance de travailler avec ces émotions, mais également du risque qu'il peut y avoir si on ne pose pas de limite, si on n'arrive pas à les réguler.

De plus, certains points abordés dans ce travail ont fait résonance avec certaines de mes propres expériences en stage, même si ce n'était pas au près d'enfants atteints de

pathologies chroniques. Ainsi, j'ai pu comprendre ce que j'avais ressenti et cela m'a également permis de pouvoir mieux me connaître et donc d'être plus apte à travailler avec mes émotions sans que celles-ci aient un impact négatif.

Je me suis tout au long de ce travail interrogé également sur le fait de savoir si les émotions et leurs impacts étaient les mêmes avec d'autres patients que ceux que j'ai ciblés dans ce mémoire. C'est pourquoi, il a été important pour moi d'interroger les soignantes ayant participées aux entretiens.

Toutes s'accordent sur le fait que les émotions et leurs impacts sont différents. Dans les prises en charge d'enfants à court terme, les liens entre le soignant et le patient sont moins forts, car ils ont moins le temps d'apprendre à se connaître. L'impact émotionnel serait donc moins fort. Dans les prises en charge chronique adulte, l'impact serait également différent. En effet, même si de nombreuses émotions apparaissent aussi dans ces prises en charge, la différence selon une soignante ayant travaillé auprès de ces deux types de patients, seraient que les adultes sont moins directes dans leurs relations à l'autre, ils vont poser eux-mêmes des limites. Les enfants eux ne le font pas, si ils veulent dirent quelque chose ils le diront, même si cela peut être dur à entendre.

Même si l'impact émotionnel semble différent selon les patients que les équipes doivent prendre en charge, il reste important pour chaque professionnel de savoir comment réguler ces émotions afin de ne pas être submergés et de ne pas se retrouver en situation de souffrance

Enfin, je souhaite conclure ce travail sur une citation de Lucien Arréat tiré de son livre *Réflexions et maximes* (1911) :

« L'émotion fait que je pense mais elle trouble sans cesse ma pensée »

Bibliographie

Ouvrage, Chapitre d'ouvrage

Ouvrage imprimé

CARILLO Claudine. Être un soignant heureux : le défi, fluidifier les relations et apprivoiser les émotions. Issy-les-moulineaux : Elsevier masson SAS, 2010, 202 pages, ISBN : 978-2-294-70876-3

MERCADIER Catherine. Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital : le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné. 9^{ème} édition. Paris : Édition Seli Arslan SA, 2008, 287 pages, ISBN : 2-84276-081-6

BOYL Antoine, BOURGEOIS Françoise, NEGRE Isabelle. Communication soignant-soigné : repères et pratiques. 2^{ème} édition. Paris : Bréal, IFSI formations paramédicales, 2009, 158 pages

MORDACQ Catherine, SOULAGNET-BASCOU Marie-Claude, MARTEL Françoise, Charron Jean-Marie. Attachement et séparation, paradoxe de la relation soignant-soigné à partir de deux exemples : l'homosexuel porteur du sida, le malade diabétique. Les cahiers de l'Amiec, 1990, 178 pages

Haut Comité de la Santé publique. Stratégie pour une politique de santé, propositions préalables à la définition de priorités, décembre 1992, 109 pages

PRAYEZ Pascal. Julie ou l'aventure de la juste distance : une soignante en formation. Édition Lamarre, 21 décembre 2005, 235 pages, ISBN : 978-2850309618

Article de périodique

MICAËLLI Delphine. L'accueil de l'adolescent handicapé en réanimation, un soin à part entière. Soins pédiatrie/puériculture, juillet/aout 2014, n°279, pages 29-32

PILLET Fabienne. Communiquer avec l'enfant hospitalisé et sa famille : de la nécessité de la communication à l'hôpital. Soins pédiatrie/puériculture, août 2009, n°249, page 15

BORDAGE Anne, BANNAY Michèle. Entrer en relation avec l'enfant. Soins pédiatrie/puériculture, mars/avril 2012, n°265, pages 43-45

HUOT-MARCHAND Martine. Les relations parents-enfants-professionnels à l'hôpital. Soins pédiatrie/puériculture, août 2009, n°249, pages 16-20

MICHON Florence. Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance, Soins, mars 2013, n°773, pages 32-34

DEMARQUET Frédéric. La santé émotionnelle au travail et le bilan Interqualia. Soins cadre, supplément au n°78, pages 14-15

CARILLO Claudine. La gestion du stress au travail. Soins, avril 2011, n°754, pages 61-62

LINDENBERG Hugo. Trouver la juste distance avec le patient. L'infirmière magazine, décembre 2007, N°233, pages 246-247

ETIENNE Elodie, MUSIALOWSKI Alexandra. Le rôle de l'infirmière en hémodialyse pédiatrique. Soins pédiatrie/puériculture, novembre/décembre 2010, n°257, pages 40-42

GALLAND Françoise. Se former pour mieux communiquer avec l'enfant et sa famille à l'hôpital. Soins pédiatrie/puériculture, août 2009, N°249, pages 33-35

GRAY Benjamin. The emotional labour of nursing : exploring the concept. Nursing time (en ligne), mars 2009, vol 105, n°8, pages 26-29. Disponible sur < www.nursingtimes.net > (consultation le 10 septembre 2014)

Site internet

PERRONNET Renaud. Comment gérer ses émotions dans la relation d'aide. 2006. Disponible sur < <http://www.evolute.fr/relation-aide/gerer-emotions-relation-aide> > (consultation le 3 août 2014)

Indian journal of palliative care. ZAC MUNDER Eryl. Emotion management in children's palliative care nursing. 2008. Disponible sur < <http://www.jpalliativecare.com> > (consultation le 3 août 2014)

Larousse. Site du dictionnaire Larousse. Disponible sur < <http://www.larousse.fr> >

Center for spatially integrated social science. Classics. 2011. Disponible sur < <http://www.csiss.org/classics/content/13> > (consultation le 3 août 2014)

Cairn.info. MARIAGE André et SCHMITT-FOURRIER Fabienne. Rôle de la personnalité dans les stratégies de coping, étude auprès de personnel soignant. 2006. Disponible sur < <http://www.cairn.info/article.php?REVUE=le-travail-humain&ANNEE=2006&NUMERO=1&PP=1> > (consultation le 07 février 2015)

Nations unies. Convention internationale des droits de l'enfant. 20 novembre 1989. Disponible sur < http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/Conv_Droit_Enfant.pdf > (consultation le 13 septembre 2014)

Code de la santé publique, décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière. Disponible sur <

Haute Autorité de Santé. Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé. Décembre 2011. Disponible sur <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/20120213_guide_pec_enfant_ado.pdf > (consultation le 13 septembre 2014)

Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS). Épuisement professionnel ou burnout, quand

l'investissement professionnel devient trop lourd à porter. 16/01/2015. Disponible sur <<http://www.inrs.fr/risques/epuisement-burn-out/ce-qu-il-faut-retenir.html>> (consultation le 5 avril 2015)

Psychologie-sociologie.com. La proxémie. 2005/2015. Disponible sur <http://www.psychologie-sociale.com/index.php?option=com_content&task=view&id=141&Itemid=44> (consultation le 10 avril 2015)

Cairn.info. GUEDENEY Nicole. Les émotions négatives des professionnels de l'enfance confrontés à la situation de placement : l'éclairage de la théorie de l'attachement. 2008. Disponible sur <www.cairn.info/revue-devenir-2008-2-page-101.htm> (consultation le 07 février 2015)

Annexes

Annexe 1 : guide d'entretien

Entretien n°

Profession :

Age :

Années d'expérience auprès d'enfants atteints de pathologie chronique :

Années d'expérience en pédiatrie :

Formations :

❖ les émotions

- Quelle est pour vous la place des émotions dans votre travail ?
- Pouvez-vous m'expliquer les différentes émotions que vous ressentez le plus souvent lorsque vous prenez en soins des enfants ?
- Pensez vous à une situation en particuliers ?
- avez-vous déjà ressenti des émotions négatives ?
- Si oui, lesquels ?
- Avez-vous déjà ressenti un impact sur votre pratique professionnelle à cause d'une émotion ?
- Les émotions que vous ressentez au cours de votre journée de travail ont-elles déjà eu un impact sur votre vie privé ?
- Avez-vous des techniques pour réguler les émotions que vous ressentez ?
- Si oui, lesquels ?
- Pensez-vous qu'en tant que soignant, il est possible de passer d'une sphère professionnelle vers une sphère plus maternante auprès d'un enfant, sans s'en rendre compte ?

❖ Point de comparaison

- Avez-vous déjà travaillé dans un autre service ?
- Si oui, avez vous ressenti les mêmes émotions ?

Annexe 2 : tableau retranscription et analyse des entretiens

Entretiens →	Entretien n° 1 Puéricultrice en service d'immuno-hémato-oncologie pédiatrique Réalisé le 09/03/15	Entretien n° 2 Puéricultrice en hôpital de jour pédiatrique Réalisé le 13/03/15	Entretien n° 3 Puéricultrice en hôpital de jour pédiatrique Réalisé le 13/03/15	Entretien n° 4 Puéricultrice en service d'immuno-hémato-oncologie pédiatrique Réalisé le 21/03/15	Entretien n° 5 Puéricultrice en service d'immuno-hémato-oncologie pédiatrique Réalisé le 21/03/15
Thèmes abordés ↓					
Carte d'identité	26 ans Diplôme IDE : 2011 Diplôme puéricultrice : 2012 Expérience avec enfants atteints de pathologies chroniques : 2 ans Expériences autres : 6 mois (intérim, gériatrie) formations diverses :	47 ans Diplôme IDE : 1987 Diplôme puéricultrice : 1991 Expérience avec enfants atteints de pathologies chroniques : 5 ans Expériences autres : 3 ans (réanimation adulte) Formations diverses: éducation thérapeutique	35 ans Diplôme IDE : 2000 Diplôme puéricultrice : 2001 Expérience avec enfants atteints de pathologies chroniques : 2 ans Expérience autres : 12 ans (hospitalisation pédiatrique) Formations diverses : éducation thérapeutique	28 ans Diplôme IDE : 2010 Diplôme puéricultrice : 2011 Expérience avec enfants atteints de pathologies chroniques : 3 ans Expériences autres : Stage à l'école	27 ans Diplôme IDE : 2008 Diplôme puéricultrice : 2009 Expérience avec enfants atteints de pathologies chroniques : 6 ans Expériences autres : Stage à l'école, intérim pendant 1 mois et demie Formations diverses : Formations diverses : prise en charge de l'enfant lors de l'annonce, Mémoire sur la gestion des émotions

<p>Place des émotions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • fait partie du travail • il faut essayer de s'en écarter un peu pendant son travail mais elles ne peuvent en être dissocié • les émotions sont humaines, il est donc normal de les ressentir. C'est même rassurant, et cela permet de mieux travailler • il faut trouver un juste milieu en restant authentique • c'est impossible de se « blinder » mais on peu et on doit se protéger 	<ul style="list-style-type: none"> • fait partie du travail • « si je me blinde, il faudra que je change de service » • quand on n'a pas d'émotion, on est trop froid, pas humain • être empathique est nécessaire pour notre travail. • Il faut cependant faire attention à ne pas se laisser envahir 	<ul style="list-style-type: none"> • « C'est un travail avec lequel on apprend à travailler avec nos émotions » • Il faut quand même les réguler car on ne peu pas travailler si on est trop touché 	<ul style="list-style-type: none"> • Les émotions ne sont pas un outil de travail • « je pense pas à mes émotions quand je travaille » • les émotions font partie de la personnalité de chacun • certaines émotions sont acceptables car elles peuvent être transmis aux enfants, celles négatives par contre doivent être mis de cotes pour ne pas impacter les enfants • « on ne peu montrer nos émotions seulement lorsque le décès est fait, avant on ne doit pas » 	<ul style="list-style-type: none"> • elles sont présentes tous les jours • elles peuvent parfois nous désarçonner, il faut alors revenir sur ces émotions plus tard pour les analyser • Il ne faut pas se laisser submerger mais on à le droit de ressentir des émotions, d'être triste parfois
---------------------------	---	---	---	--	--

<p>Émotions les plus ressenties</p>	<ul style="list-style-type: none"> • tristesse • beaucoup de joie • rire • énervement • des émotions dures à gérer quand exemple : <ul style="list-style-type: none"> - avenir menacé de l'enfant - enfant présent depuis longtemps - annonce mauvaise nouvelle 	<ul style="list-style-type: none"> • compassion • appréhension • on ressent des émotions quand : <ul style="list-style-type: none"> - souffrance de l'enfant, des parents - questions autour du devenir de l'enfant - lourdeur du traitement 	<ul style="list-style-type: none"> • tristesse • appréhension 	<ul style="list-style-type: none"> • rire, joie principalement. En plus, se sont des émotions facilement transmissibles aux enfants, les plus perçues • colère • empathie • tristesse • stress 	<ul style="list-style-type: none"> • joie • tristesse • colère
-------------------------------------	--	---	---	---	---

<p>Impact sur le pratique professionnelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> • parfois besoin de changer d'enfant car devient trop difficile pour le soignant. Il ne peut plus assurer la prise en charge car trop touché et demande de mobiliser trop de force morale (ex : soins palliatif) • envie de se dépasser, d'en faire toujours plus • peu créer des clivages au sein de l'équipe • clivage également sur les patients. Cela crée deux groupes les « bons » et les « mauvais » patients selon si ils font ressentir des émotions positives ou négatives 	<ul style="list-style-type: none"> • s'occuper d'un enfant peu devenir compliqué • appréhension face à certains soins. • Certaines situations qui ont été difficiles à gérer émotionnellement font qu'on agit différemment, on est plus empathique 	<ul style="list-style-type: none"> • On est plus attentives, on s'adapte plus malgré contraintes qu'il peu y avoir car on connaît les enfants, leurs difficultés et leurs préférences • On fait plus d'effort • Parfois on a besoin de ne pas s'écouter et d'agir de manière plus mécanique. Les échanges se limitent alors à quelque chose tournant plus autour de la simple courtoisie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les émotions négatives impactent les enfants, on va donc contre une bonne prise en charge • Quand on n'est pas bien, il est difficile de faire passer des choses positives • On ne doit pas faire ressentir la tristesse, les émotions négatives aux patients car ça ne va pas les aider. On doit donc prendre sur nous pour leur transmettre uniquement des choses positives 	<ul style="list-style-type: none"> • Parfois sensation de découragement lorsque l'on à l'impression de ne pas avancer dans la prise en charge • Peu nous enlever l'envie de travailler, de prendre en charge certains patients
---	---	---	--	---	--

<p>Impact sur la vie personnelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> • peu être difficile à vivre et empiétant sur la vie privé quand les émotions sont mal gérées au travail. Elles deviennent alors envahissantes. • Parfois on ne s'en rend pas compte tout de suite qu'il y a un impact quand il y a trop d'émotions. Puis on se rend compte qu'on « en rêve la nuit », qu'on a le « moral plombé » ... etc. • Plus d'envie d'aller travailler 	<ul style="list-style-type: none"> • Certaines situations font qu'on est impacté personnellement • Quand elle travaillait à 50%, les jours de repos plus nombreux permettaient que la vie personnelle ne soit pas impacté car il y a un vrai temps de rupture avec le travail • Importance d'avoir le temps de faire autre chose que le travail • Parfois rapprochement avec ces propres enfants. « On se met un peu à leur place, on peut revivre parfois des situations que l'on a déjà vécu et qui ont pu être difficiles » 	<ul style="list-style-type: none"> • « c'est rare que je pense au travail chez moi » • quelque fois quand la journée s'est mal passée, on y repense en ce demandant ce qu'on aurait pu faire mieux. Cela entraîne de la frustration, de la contrariété. 	<ul style="list-style-type: none"> • Beaucoup au début car de difficulté de détachement • Un temps est nécessaire pour couper avec le travail lorsque c'est difficile : douleur, mort, enfants dans la demande constante • Travailler en 12h permet une plus grosse rupture grâce aux jours de repos. Cela permet un recul • Quand on sait qu'un enfant va décédé bientôt, on y pense lorsque l'on est chez nous en se demandant si c'est arrivé. On a aussi une appréhension en reprenant le boulot. 	<ul style="list-style-type: none"> • « Oui, dans tout métier on a des situation qui nous énervent et on va donc rentrer chez nous » • « lors des décès, c'est difficiles de rentrer chez soi et de passer à autres choses » • « on tient la route par ce qu'on est professionnel »
--------------------------------------	---	--	---	---	---

	<p>contexte, elle aurait pu être une copine ».</p> <p>Généralement c'est une accroche mutuelle. Donne l'envie de toujours s'en occuper, de faire toujours plus pour ce patient même si sa devient dur. Donne l'envie de « se donner à fond »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quand on sait qu'il va y avoir de la douleur, que sa va être compliqué ou énervant, cela crée de l'appréhension • Souvent on ne se rend pas compte que l'on est impacté avant que cet impact devienne très fort • Perte de la juste distance, glissement de 	<p>après arrêt de travail suite opération de sa fille, elle a du prendre en charge une enfant pour les mêmes raisons que sa fille. C'était difficile à vivre. Cela fait comme un effet de résonance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quand patient n'est pas assez informé, que le travail ne se fait pas comme on le voudrait, cela crée de la frustration 		
--	--	--	--	--

<p>Régulation des émotions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Passer le relais • Bonne cohésion d'équipe, compréhension mutuelle, bienveillance entre les différents membres de l'équipe • Bonne cadre : soutien, attitude « maternelle », à l'écoute, repère quand quelque chose ne va pas et prend le temps d'en discuter • Psychologue du service, même si là pour les patients, reste disponible pour l'équipe : écoute, échange. Elle est une personne ressource • Supervision avec une psychologue extérieure à l'établissement 1 fois par mois 	<ul style="list-style-type: none"> • il faut être équilibré dans sa vie quotidienne • la discussion en équipe des points difficiles est primordiale • on prépare à l'avance lorsque l'on sait que la situation, les soins, vont être compliqués. Cela permet d'enlever déjà le stress parfois on a juste besoin de temps • on y arrive mieux avec le temps, les expériences, avec l'âge. Est-ce par ce qu'on se connaît mieux ? • Savoir que l'on a fait le maximum, que l'on a fait de son mieux permet d'être satisfait de nous, de ne pas avoir de regret et de mieux accepter 	<ul style="list-style-type: none"> • « on est moins touchés que l'on commence à travailler ici. » Avec le temps, on apprend à trouver la juste distance. Discussion avec les collègues, travail d'équipe : importance de ne pas être seul, pouvoir passer le relais • Il est important de se connaître, de pouvoir identifier les situations à risque émotionnellement • Ne savais pas qu'elle avait accès aux supervisions, l'a appris à la suite de l'entretien en échangeant avec sa collègue 	<ul style="list-style-type: none"> • Supervision une fois par mois avec une psychologue • Discussion entre les membres de l'équipe, permet de plus s'autoriser à exprimer ces émotions • Service non sectorisé, le travail est réparti en fonction de la charge de travail. Cela permet de faire des relais, de ne pas s'occuper d'enfants dont on n'arrive plus à s'occuper • Il faut essayer d'identifier quand un soignant de l'équipe est trop impliqué émotionnellement • Connaître les enfants et les différentes pathologies permet de 	<ul style="list-style-type: none"> • « Avant quelque soit le décès c'était dur. Avec l'expérience c'est toujours dur mais par exemple lorsque je ne suis pas là c'est plus facile à gérer pour moi car j'arrive à me détacher. Même lorsque je suis là, c'est devenu plus facile à gérer. » • Avec l'expérience on apprend nos limites et on sait quand passer le relais. Ces limites on ne peut les connaître qu'avec l'expérience • Equipe soudée : permet de discuter, de dramatiser. Poser des mots sur les situations permet d'avoir une autre vision,
--------------------------------	---	--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Moment en dehors du travail pendant lesquels se retrouvent les membres de l'équipe : permet de se connaître dans un autre contexte • Ressources personnelles : sports, activités manuelle, occupation de l'esprit. • La famille les proches : même si ne discute pas beaucoup avec eux à cause du renvoi de l'image « des pauvres petits enfants malades ». « Ils pleurent plus que nous. » • « on ne doit pas être fragile pour travailler ici » • Rôle de l'expérience : - Plus l'on 	<p>les situations difficiles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le travail d'équipe : permet de ne pas être seul • Supervision possible si besoin 		<p>cheminer avec l'enfant, de se préparer et de vivre « mieux »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il faut prendre le temps de parler, de se poser • Il faut une stabilité dans sa vie personnelle • Il faut essayer d'éliminer les facteurs aggravants : bonne cadre, condition de travail, équipe ... • Avec l'expérience on arrive plus à gérer ces émotions. Au début la confrontation avec la réalité est difficile mais avec le temps on arrive plus facilement à se préparer aux choses difficiles 	<p>de prendre du recul</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personnes ressources à l'extérieur du travail, « même si c'est plus facile avec des amis qui sont aussi infirmières ou puéricultrice » • Oser parler de ce qui nous travaille, nous questionne • Supervision peu être aidant d'entendre ce que disent les autres, de ne pas sentir seul ou juste d'en parler • Oser parfois demander de l'aide à un professionnel (psy) si les difficultés sont trop dures à gérer
--	--	---	--	---	--

<p>Glissement de position ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • « tu glisse, c'est sur » • Raisons de ce glissement : <ul style="list-style-type: none"> - quand les parents ne sont pas là la nuit, il faut rassurer les plus petits, leurs faire des câlins les enfants sont très attachants (« pleurs, ils sont seuls et malades ») et on leur transpose beaucoup de nos représentations sur eux • Conséquences du glissement : <ul style="list-style-type: none"> - Créer des difficultés chez le 	<ul style="list-style-type: none"> • « oui mais il faut savoir rester à sa bonne place » • il faut pouvoir rester professionnel, garder des limites • il faut faire attention à certains patients qui peuvent être plus envahissants ce glissement des difficultés pour le soignant et au sein de l'équipe (incohérence) 	<ul style="list-style-type: none"> • pas jusqu'à « maternante » mais les liens deviennent plus forts avec le temps • on devient plus proche parce qu'on les connaît mieux • dépend des professionnels, de là où ils mettent leurs limites • fait glisser beaucoup plus vers les émotions car les patients deviennent des « proches » donc l'impact est augmenté. Sa va créer plus de difficultés à les gérer et donc le soignant va se retrouver envahi par ces émotions. 	<ul style="list-style-type: none"> • « je ne met pas de réserve avec les enfants mais il faut garder des limites avec les parents » • "on fait partie intégrante de la vie des enfants (nuit, coucher, jeux ...), on leur fait même des bisous » • les relations avec les enfants sont plus « affectives » que dans les prises en charge à court terme donc le glissement est possible 	<ul style="list-style-type: none"> • il y a le risque • il faut connaître ces limites et savoir quel professionnel on veut être et où sont nos propres blessures • « on n'est pas là pour remplacer un membre de l'entourage de l'enfant » »c'est facile de tomber dans le panneau car les parents de certains enfants ne sont pas souvent présents. » • Un enfant à quand même besoin d'avoir des câlins. Il faut être au clair avec soi-même, savoir pourquoi on donne ce câlin : est-ce que c'est pour moi ou pour l'enfant ? • Il peut y avoir
---------------------------------	---	---	---	---	---

	<p>soignant</p> <p>- Parfois on se sent mal de se dire qu'on ne reverra plus les enfants après leur sortie de l'hôpital. Même si on est content pour eux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il est important de garder notre posture professionnelle 				<p>deux sortes de conséquences de ce glissement :</p> <p>- Pour le soignant car si il arrive quelque chose à l'enfant cela va l'impacter forcément</p> <p>- Conflit avec parents : malentendu</p> <p>- Au sein de l'équipe : clivage, énerverment, tensions</p>
--	---	--	--	--	---

<p>Thèmes abordés par la personne interrogée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ce service est un véritable milieu de vie, ou les enfants reconstruisent un véritable monde • Quand les personnes qui ne connaissent pas le service arrivent, ils ont peur que ce soit un service triste • Les enfants peu âgés ne se rendent pas vraiment compte de la gravité ou des conséquences de la maladie • Le surinvestissement sera négatif pour le soignant, jamais pour l'enfant. Donc il n'arrêtera pas ses demandes de lui même 		<ul style="list-style-type: none"> • Lorsqu'on se retrouve face à l'enfant, on ne doit pas les laisser deviner les émotions négatives que l'on ressent 	<ul style="list-style-type: none"> • « il faut choisir de venir ici, on ne doit pas l'imposer » 	
--	--	--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Complètement opposés aux services urgences pédiatriques car la prise en charge est ponctuel. Les émotions développées sont donc totalement différentes car ce n'est pas la même relation soignant/soigné • Quand il n'y a pas de pathologie chronique c'est complètement différent car il n'y a pas le temps de « s'accrocher » • Dans la prise en charge chronique adulte, les patients sont plus réservés, contrairement aux enfants qui tutoient et appellent par le prénom. La relation est 	<ul style="list-style-type: none"> • Urgence pédiatrique : plus de technique, plus de distance émotionnelle. Sur le moment, on n'a pas le temps de trop réfléchir à nos émotions. • « Ce que l'on ramène à la maison n'est pas tout à fait pareil. Car on ne l'a pas de nouveau. » 	<ul style="list-style-type: none"> • Dans les services de pédiatrie ou médecine d'urgence, les liens établis avec les patients est totalement différent, on les connaît beaucoup moins. On a alors plus de distance émotionnelle, moins d'investissement émotionnel mais plus de stress (urgence) 	<ul style="list-style-type: none"> • Les événements brutaux touchent aussi beaucoup même si le registre d'émotion n'est pas le même 	<ul style="list-style-type: none"> • Le fait que se sont des enfants, qu'on les connaît et qu'eux aussi nous connaissent et viennent nous chercher augmente l'impact professionnel. Les liens sont aussi plus forts • Quand prise en charge a court terme ce n'est pas pareil, on voit les patients un certain temps mais jamais longtemps donc les liens sont moins forts donc moins d'impact.
<p>Comparaison avec d'autres services</p>					

				<p>également les différente, sautent enfants dans les bras, disent « je t'aime ». Ils sont beaucoup plus directs et authentiques dans la relation. Même si il y a aussi un attachement avec les adultes, c'est plus facile de s'attacher à un enfant (vulnérabilité, « s e n'est pas dans l'ordre des choses »).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plus identiques chez les personnes âgées : à cause de la vulnérabilité ? la différence est que « leur mort est plus acceptable ». 				
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Abstract du travail de fin d'étude

Les émotions font partie intégrante de l'être humain. En tant que soignant, nous les ressentons au cours de notre travail même si chacun ne leur donne pas tous la même place : certains les utilisent comme un outil de travail, d'autres les ignorent et préfèrent travailler sans. En travaillant auprès d'enfants atteints de pathologies chroniques, l'impact créé par les émotions peut être multiplié à cause de la relation soignant/soigné plus affective et plus forte qui caractérise ces prises en charge. En effet, les soignants connaissent les enfants et répondent à leurs besoins de contact par des câlins, ou des bisous. Tout ceci induit des risques de glissement de position, faisant passer le soignant d'une posture professionnelle vers une posture plus « maternante ». De plus, si l'impact émotionnel que ressentent ces professionnels est mal régulé, il peut entraîner une véritable souffrance psychique et physique du soignant.

Des outils existent cependant pour permettre aux soignants de ne pas être submergés par leurs émotions. Seulement, il apparaît qu'ils ne sont encore pas assez nombreux ou connus puisqu'il y a toujours des cas de soignants en situation de souffrance chaque année. Tout cela m'a amené à la question de recherche suivante : Dans quelle mesure de nouveaux outils permettant la régulation des émotions pourraient-ils être bénéfiques pour prévenir et diminuer le nombre de soignants en situations de souffrance ?

Mots clés : émotions, impact émotionnels, soignants, enfants atteints de pathologies chroniques, souffrance du soignant, outils de régulation des émotions

Feelings are an integral part of the human being. As health care workers, we feel them during our work even if everybody doesn't give them the same place : some use them as a working tool, others ignore them and prefer to work without. By working with children affected by chronic pathologies, the impact created by feelings can be multiplied because of a more emotional and stronger nurse/patient relationship which characterizes this health care. Indeed, looking after them knowing the children and meeting their needs of contact by cuddles, or kisses. All this led by the risk of sliding of position, making cross the nurse of a professional posture towards a more "mothering" posture. Furthermore, if the emotional impact which feel these professionals is bad to regulate, he can entrain a real suffering psychic and physical appearance of the nurse.

Tools exist however for allow the looking not to be submerged by their feelings. Only, it seems that they are not still enough many or known because there are always cases of looking in situation of suffering after every year. All this brought me to the question of following research: to what extent new tools allowing the regulation of the feelings could be beneficial to prevent and decrease the number of health care workers in situations of suffering?

Keywords : Feelings, emotional impact, nursing, children affected of chronic pathologies, suffering of the health care workers, tools of regulation of the feelings