

Mettre des mots sur ses é « maux »tions



UE 5.6. S6- Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Aurore Grzybowski

Date de remise : 13 mai 2019

Directeur de mémoire : Marie Popotte

Date de soutenance : 29 mai 2019

Note aux lecteurs :

Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut pas faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur.

Remerciement

Tout d'abord, je tiens à remercier toutes les personnes de mon entourage pour avoir cru en moi, surtout mon mari qui a su m'accompagner durant ses trois années.

Merci à mon directeur de mémoire, qui m'a donné tous les bagages nécessaires pour je puisse mener à bien ce travail de fin d'étude.

Un grand merci également à la famille LAMY pour leur gentillesse et leur disponibilité, et M. COLLIGNON pour la relecture.

Table des matières

Introduction	1
I. Situation d'appel.....	1
1) Questionnement	4
1.1 Phase de questionnement	4
1.2 Question de départ	5
II. Cadre de références	5
1) Les émotions	6
1.1 Définition.....	6
1.2 L'émotion et les neurosciences	8
1.3 Les émotions et le soin	11
2) Relation soignant-soigné.....	14
2.1 Définition	14
2.2 Du cure au care.....	15
2.3 Les différents types de relation.....	16
2.4 Distance thérapeutique	19
2.5 Les émotions du soignant	21
3) Service Oto-Rhino-Laryngologie.....	23
3.1 Historique.....	23
3.2 Les différentes pathologies, leur impact physique et psychologique	24
III. Enquête exploratoire	28
1) Méthodologie de l'enquête	28
2) Choix de la population.....	29
3) Limite et biais	29
IV. Interprétation des résultats	30
V. Analyse des résultats	32
1) Les émotions	32
2) La relation soignant-soigné	34
3) Le service ORL.....	36
VI. La question de recherche	38
VII. Conclusion	39
Bibliographie.....	40
Annexes :	43

Introduction

Mon travail de fin d'étude va être centré sur les émotions, leur rôle mais également leur gestion.

Ce travail va porter pour mon intérêt personnel, mais également mon intérêt professionnel. Le ressenti des émotions est singulier et unique à chacun d'entre nous. Le vécu de chaque situation demande aux soignants ainsi qu'aux étudiants de l'adaptation, de la remise en question et un réajustement tout au long de leur carrière. Le métier de soignant nous confronte à toutes sortes d'émotions au quotidien mais comment toutes les gérer ?

La gestion des émotions est un sujet d'actualité où le « Burn out » est omniprésent dans cette profession. Les préoccupations pour le bien-être au travail sont devenues une priorité afin de prévenir et limiter les risques psychosociaux. Une journée lui est même dédiée, le 25 avril qui est la journée mondiale de la sécurité et de la santé au travail.

Dans un premier temps, je vais vous exposer ma situation d'appel, ensuite le questionnement qui en découle puis ma question de départ. Dans un second temps, après avoir identifié les mots clefs de ma question de départ, je vais vous y exposer mon cadre conceptuel. Dans un troisième temps, je vais vous interpréter les résultats de mes divers entretiens. Pour finir, je vais vous analyser ces données en faisant référence à mon cadre conceptuel pour terminer sur ma question de recherche

I. Situation d'appel

Ma situation d'appel se déroule en service oncologie ORL (oto-rhino-laryngologie). C'est un service qui prend en charge les cancers de type ORL. Les cancers ORL comprennent tous types de cancers affectant les voies aérodigestives supérieures.

Sachant que ce type de cancer est très altérant au niveau du faciès, l'image de soi et ce qu'elle renvoie est souvent très perturbée.

Lors de ce stage, je constate que la plupart des cancers ORL est dû à une mauvaise hygiène de vie ce qui est confirmé car les principaux facteurs de risque sont la consommation excessive d'alcool et de tabac (tous deux sont les principaux facteurs de risques évitables qui aboutissent à un cancer).

Je me situe dans ma 2^{ème} année de formation en soins infirmiers, pendant ma 5^{ème} semaine de

stage. Le service d'oncologie se divise en trois secteurs. Il comprend une chef de service spécialisée en ORL, de quatre médecins, d'une psychologue, d'une cadre infirmière, de quatre infirmiers, d'une socio esthéticienne, d'un kinésithérapeute, d'une orthophoniste et quatre aide soignants. Un des secteurs est spécialisé dans l'oncologie ORL. Il se compose de douze chambres, équipées chacune d'une salle de bain et d'une terrasse. Au sein de ce service, il y a un infirmier et un aide-soignant référent de ce secteur. Ils m'attribuent la prise en soin de Madame M pour ses différents types de lésions, ce qui demande des soins différents et complexes.

Mme M est une femme brune de 39 ans. Elle mesure 1m69 pour 45 kg. Selon son indice de masse corporelle (IMC), elle se trouve en dénutrition. Elle est mariée, et à un petit garçon de 8 ans, prénommée Malo qui habite loin (environ 1h30 de route). Auparavant, elle était employée dans une banque, comme son mari, mais elle est arrêt maladie depuis quelques années. Elle a les cheveux courts en raison des chimiothérapies précédentes. Son cancer a débuté en décembre 2015. Madame M, a déclaré le même cancer que son père, au même âge. Son père est décédé 15 ans plus tard. Il y a donc un questionnement autour de l'hérédité. Il a été détecté une tumeur au niveau du bord libre de la langue droite qui a été traitée par une glossectomie¹ partielle niveau droit avec reconstitution par lambeau de FAMM (pris au niveau de la cuisse droite) (un lambeau mucomusculaire de joue branchée sur l'artère faciale à pédicule supérieur ou inférieur) avec curage ganglionnaire droit, suivi de radiothérapie. Après cela Madame M, a été en dépression. À ce jour, elle a une plaie au niveau de la mâchoire inférieure où la salive s'écoule, elle est autonome dans l'aspiration de sa salive. Mme M est porteuse d'une trachéotomie, Shiley n°6, ce qui occasionne des difficultés au niveau du langage et donc de la communication, de plus, le cordon de sa trachéotomie a tendance à l'irriter au niveau de sa nuque. Elle utilise une ardoise afin de communiquer avec les soignants car elle est dans l'impossibilité de parler. Au niveau de l'abdomen, elle a une gastrostomie endoscopique percutanée (GEP) propre qui nécessite un pansement. Sur sa cuisse droite, elle a eu des lambeaux de peau qui ont été pris pour être greffée mis au niveau de son cou. Différents protocoles ont été établis selon les stades de cicatrisation. En plus de ses soins, elle nécessite de l'aide pour ses soins d'hygiène. La psychologue du service est venue se présenter. Or, par la suite Madame M a refusé, à diverses reprises, son intervention.

¹ Ablation de la langue

Pour ses soins, je passais beaucoup de temps auprès de Mme M : environ une heure par jour durant 5 jours de la semaine. Pour ses soins d'hygiène, Madame M, semble gêné en essayant de se cacher pour se déshabiller, elle se recroqueville sur une chaise, dans un coin de la salle de bain. Pour les soins, notamment ceux au niveau de sa gastrostomie et de sa cuisse elle semble douloureuse. Elle grimace, elle est réticente, essaie de repousser ma main lorsque je touche à sa gastrostomie. Elle se crispe au moment de toucher ses cuisses au niveau de ses lambeaux. Pour communiquer, elle utilise son ardoise quand je lui pose des questions. Au fil du temps, son attitude change. Des liens se sont créés. En effet, avec le temps Mme M se dévoilait, se confiait de plus en plus. Pendant les soins elle m'écrit beaucoup de choses, elle me parle beaucoup de son fils, de sa passion pour la photographie, et de son amitié avec une infirmière lors de son hospitalisation précédente. Elle me montre son album photos qui comprend des photos d'elle avant, pendant son cancer, ainsi que des photos de sa sœur, de ses différents voyages avec son mari et son fils. Elle est très fière de me montrer ses dernières photos de vacances où elle est allée voir Céline Dion, sa chanteuse favorite à Las Vegas. Elle me fait entrer dans son intimité. Je vois également les différentes phases émotionnelles par lesquelles elle passe :

J'ai observé de la tristesse, lors de l'entrevue, à son arrivée, avec la chef de service et le médecin à propos de sa récurrence. La chef de service lui dit : « vous avez le même prénom que ma fille, à peu près le même âge, on va tout mettre en place pour que tout se passe bien ». Après cet entrevue, Mme M reste souvent dans son lit. S'ajoute à cela une impossibilité d'avoir une conversation téléphonique.

Au fil du temps son état se stabilise ce qui lui permet d'obtenir des permissions le week-end, cela semble lui faire du bien même si quand elle revient, cela semble douloureux. Comme un jour où en revenant de sa permission elle éprouva de la colère et de la jalousie envers sa sœur. Elle explique qu'elle a de la chance, qu'elle n'a pas de maladie, qu'elle est restée belle, et peut rester auprès de sa famille...

L'état de cette patiente m'a affectée : il m'arrive de pleurer dans ma voiture en rentrant à mon domicile, mais également d'en parler avec l'équipe soignante qui m'encadre.

Par la suite, l'équipe soignante et moi-même trouvons que Madame M se sent un peu mieux, elle marche dans les couloirs avec ses écouteurs, en prenant soin d'assortir ses baskets à la couleur de son tee-shirt. Elle effectue quelques mouvements de jambes et de bras pour « se tonifier » dit-elle. Dès qu'elle croise les soignants, elle sourit. Souhaite-t-elle de la présence ?

Lors de sa douche, je lui propose de lui mettre de la crème car elle a la peau sèche, ce qu'elle accepte. J'observe sa trousse de toilette et vois du maquillage, je l'interroge si elle souhaite se maquiller. Elle fait un geste en montrant son visage, et hausse les épaules en hochant la tête. Je comprends que c'est un signe de refus. Quelques jours plus tard, elle a pris soin de se maquiller, de prendre soin d'elle, ce que je lui fais remarquer. Et elle sourit.

Une fois partie du court séjour vers le soin de suite et de réadaptation (SSR), je suis allée revoir cette patiente, après mon service. Au moment où je la vois, je constate les progrès qu'elle a faits : elle ne se nourrit plus avec sa GEP, elle a pris soin de se maquiller, de mettre du vernis sur ses ongles avec l'aide de la socio esthéticienne que je venais de croiser dans le couloir. Par la suite, elle est très fière de boucher sa trachéotomie pour me montrer qu'à présent, elle parle. Aux vues de ses progrès je me suis mise à pleurer en la serrant dans mes bras. À ce moment-là, je ressens beaucoup de joie, et d'espoir face à cette évolution.

1) Questionnement

1.1 Phase de questionnement

À l'issue de cette situation qui illustre différentes émotions plusieurs questions émergent :

- Qu'est-ce que réellement une émotion ? Peut-on ressentir plusieurs émotions en même temps ?
- Est-ce que l'âge de la patiente ainsi que sa pathologie n'ont pas provoqué en moi un sentiment de peur ?
- Est-ce que l'image que la patiente renvoie m'a affectée ?
- Il est possible que je me sois laissé prendre aux jeux des émotions, que je me sois laissé emporter par elles, laissant place à une transposition de sa vie sur moi...

En dehors de ma vie professionnelle, il m'est arrivé de penser à la vie de ma patiente, ce qui me plongeait dans un état de tristesse ou de sympathie.

- Est-il possible de faire abstraction de ses émotions en dehors de notre cadre strictement professionnel ? Cette posture professionnelle est-elle adaptée ?
- Est-ce qu'au fil de la profession infirmière, le refoulement des émotions ou des sentiments s'effectue seule ou non ? Est-ce que ce refoulement n'est pas un moyen de

se protéger ? Doit-on refouler ses sentiments pour une meilleure prise en soin d'un patient ?

Est-ce que la prise en soin du patient doit s'arrêter essentiellement au service dans lequel on exerce ?

- Ai-je su garder la juste distance avec cette patiente ?
- Qu'est-ce que l'attachement ? Ai-je fait preuve d'attachement lors de cette prise en soin ? A partir de quand une relation induit de l'attachement ?

1.2 Question de départ

Face à ses diverses interrogations, concernant mes propres émotions je me suis placée dans une phase réflexive afin d'analyser cette situation. À l'issue de ce questionnement, ma question de départ est la suivante : **En quoi les émotions du soignant influencent-elles dans la prise en soin d'un patient, en service d'oncologie d'otorhinolaryngologie (ORL) ?**

II. Cadre de références

Pour établir mon cadre conceptuel, trois mots clefs se sont dégagés, depuis ma question de départ qui est : « En quoi les émotions du soignant influencent-elles dans la prise en soin d'un patient en service d'ORL ? »

- Les émotions
- La relation soignant-soigné
- Le service d'Oto-Rhino-Laryngologie

À partir de ces trois mots clefs, j'ai effectué diverses recherches. Ce qui m'a permis d'établir mon cadre de travail. Je commencerai par définir les émotions, la manière dont elles s'expriment puis leur place dans le soin. Par la suite, je définirai le soignant, la relation soignant-soigné et les émotions du soignant. Enfin, je décrirai historiquement le service d'Oto-Rhino-Laryngologie, les différentes pathologies et leur impact physique et psychologique.

1) Les émotions

Les émotions ont été abordées lors de nos différents apports théoriques dans l'unité d'enseignement 4.2 correspondant aux soins relationnels². Malgré ses apports théoriques, le ressenti des émotions est propre à chacun, selon le vécu, sa perception et son propre ressenti.

1.1 Définition

Selon le dictionnaire Larousse, le mot « émotion » provient du mot français « émouvoir ». Comme cité dans enfance et psy³ « qui vient du latin e movere, qui veut dire 'ébranler', 'mettre en mouvement' ». L'émotion est avant tout mouvement comme l'exprime aussi Daniel GOLEMAN⁴ qui je cite : « le terme 'émotion' se compose du verbe latin motere, voulant dire 'mouvoir', et du préfixe é, qui indique un mouvement vers l'extérieur... ».

Le centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL)⁵, définit l'émotion comme une : « conduite réactive, réflexe, involontaire vécue simultanément au niveau du corps d'une manière plus ou moins violente et affectivement sur le mode du plaisir ou de la douleur. Éprouver, ressentir une émotion. La plupart des émotions sont grosses de mille sensations, sentiments ou idées qui les pénètrent. Les émotions et les sentiments sont constitués par des sensations organiques. » Le dictionnaire médical⁶ dit que c'est une : « Réaction psychique intense, agréable ou douloureuse, de durée variable, qui influe puissamment sur de nombreux organes. » Et Paul Ekman⁷, la définit comme « l'état de conscience, agréable ou pénible, concomitant à des modifications organiques brusques d'origine interne ou externe. »

D'après ces différentes citations, j'en déduis que l'émotion est un mouvement partant de l'extérieur et qui entraîne une réaction de notre corps. Ses réactions sont plus ou moins fortes selon l'intensité de ce que l'on ressent. En cas de peur par exemple, j'ai la fréquence cardiaque

² Cours théoriques de S2, UE 4.2 soins relationnels. Véronique Serizay

³ APTER Gisèle, MELLIER Denis, SAINT-CAST Alexandrine. Introduction. L'émotion, un mouvement vers l'autre ? Enfances & Psy, 2010/4 n° 49, p. 9-13. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2010-4-page-9.htm>

⁴ Psychologue spécialisé dans l'intelligence émotionnelle. GOLEMAN Daniel. L'intelligence émotionnelle. Traduit de l'anglais par T.Piélat. Paris : j'ai lu, 2014 p23

⁵ <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/emotion>

⁶ QUEVAUVILLIERS Jacques (Professeur émérite de l'université René Descartes), SOMOGYI Alexandre (Praticien hospitalier dans le service de médecine), et al. Dictionnaire médicale, 6ème édition, Issy les Moulineaux : Elsevier Masson, 2009. ISBN : 978-2-294-70513-7

⁷ Professeur de psychologie qui est un des pionnier à s'être intéressé aux mécanismes des émotions.

qui augmente, j'ai ma température corporelle qui augmente ce qui me fait transpirer, une fois ce sentiment de peur calmer, je m'apaise.

Emmanuel Nicaise⁸ énonce que « *Paul Ekman identifie 6 émotions reconnues universellement : la joie, la tristesse, la colère, la peur, le dégoût, la surprise. Ces émotions ont chacune une expression faciale qui semble être reconnue universellement (Ekman a mené des études cross-culturelles assez concluantes bien que la règle semble avoir quelques rares exceptions). Plus tard, dans les années 1990, Ekman ajouta 9 autres émotions (dont des positives) mais qui n'ont pas toutes une modalité d'expression faciale spécifique : l'amusement, la satisfaction, le mépris, la gêne, l'excitation, la culpabilité, la fierté, le soulagement, le plaisir et la honte. Afin de pouvoir étudier scientifiquement les expressions faciales, Paul Ekman et Wallace Friesen inventent en 1978 un système de codification des expressions du visage se basant sur les muscles utilisés pour chaque expression, le FACS (Facial Action Coding System). Ce système, mis à jour en 2002, est toujours le système de référence utilisé de nos jours dans les études sur les expressions du visage. Plus tard, Ekman (encore lui) découvrit ce que l'on appelle désormais les micro-expressions, des expressions du visage, liées à une émotion que l'on essaie de cacher et qui n'apparaissent que pendant un très bref instant, de l'ordre du 30ème de seconde (à peine visible pour l'œil humain). Ekman qui a voué une bonne partie de sa carrière à l'étude des émotions et de leurs expressions, s'est aussi intéressé de très près à la détection du mensonge par l'analyse du langage non-verbal (que ce soit les micro-expressions, la position du corps, le timbre de voix) ou le contenu verbal (choix des mots, type d'expressions, de récit, etc.). C'est d'ailleurs de l'histoire et des recherches de Paul Ekman que ce sont inspirés les scénaristes et producteurs de la série américaine 'Lie to me', dont Ekman fut le principal conseiller scientifique.* »

Henrique Sequeira⁹ ajoute « *quelle que soit l'émotion que l'on ressent, elle n'est pas anodine pour le corps. Les émotions sont une véritable interface entre le cerveau et le corps. Elles induisent des réactions musculaires, hormonales, neurologiques et immunitaires.* »

Je constate qu'il existe une multitude de définitions concernant les émotions. De nombreuses études dont celle du Centre national de la Recherche Scientifique (CNRS) montrent leur

⁸ NICAISE Emmanuel (Psychologue clinicien). psychologue-clinicien [en ligne], 30 décembre 2012. [Consulté le 20/04/19]. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.psychologue-clinicien.be>

⁹ Professeur en neurosciences affectives à l'université de Lille

complexité, la place de l'émotion reste au cœur de l'actualité. Les chercheurs emploient une multitude de techniques pour évaluer ou mesurer celles-ci. Par exemple, en évaluant les fonctions cognitives comme le fait Izard¹⁰ avec la Differential Emotions Scale (DES) : « *Ce questionnaire est composé de 30 adjectifs correspondant à dix états émotionnels (colère, tristesse, peur...), chacun de ces adjectifs étant apprécié sur une échelle en 5 points.* »¹¹ D'autres chercheurs se basent sur la composante comportementale en décryptant les expressions faciales comme Paul Ekman. Il y en a qui utilise la composante physiologique comme Cacioppo¹² qui va étudier la fréquence cardiaque, l'activité électrodermale, la fréquence respiratoire... Ces différentes techniques montrent la difficulté à évaluer et à mesurer les diverses émotions.

1.2 L'émotion et les neurosciences

En 1937, Papez¹³ formule une théorie anatomique sur la base de l'émotion. Comme l'évoque Georges Serratrice¹⁴ : « *la notion d'un circuit entre hypothalamus, thalamus dorsal et cortex archaïque.* » D'après l'encyclopédie historique des neurosciences : « *Papez propose une double intervention de ce circuit dans la génération des émotions. Une première, par des stimuli sensoriels entrant par le thalamus et traversant successivement les différentes structures du circuit que l'on vient de décrire, une seconde, par des informations stockées dans le cortex qui s'intègrent au circuit par le cortex cingulaire. Le circuit de Papez a été une brillante tentative d'explication de voies anatomiques à l'origine des émotions. Malgré le peu de techniques disponibles pour étudier les voies cérébrales, pratiquement toutes les voies prédites par Papez sont présentes, malheureusement très peu de ces voies sont aujourd'hui considérées comme impliquées dans les émotions. Cependant en plaçant le système limbique au cœur de ces sentiments, le circuit de Papez a eu une importance historique indéniable*¹⁵. »

¹⁰ Psychologue (1923-2017)

¹¹ S Gil - Revue électronique de psychologie sociale, 2009 - psychologiescientifique.org [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://psychologiescientifique.org/wp-content/uploads/2018/02/Gil-2009-Comment-étudier-les-émotions-en-laboratoire.pdf>

¹² Professeur (12 juin 1951 - 5 mars 2018) à l'Université de Chicago. Fondateur du centre de neurosciences cognitives et sociales de l'Université de Chicago.

¹³ (1883-1958) Neuroanatomiste américain

¹⁴ Professeur émérite de neurologie. SERRATRICE Georges. *Emc-neurologie [en ligne]*. Paris : Elsevier : 2005. [Consulté le 23/04/19]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.emcn.2004.09.006>

¹⁵ François CLARAC et Jean-Pierre TERNAUX, Encyclopédie historique des neurosciences, Cerveau et émotions 2008, p 445 à 484

Par la suite, Maclean¹⁶ développe une théorie du cerveau triunique, en 1970 : « *cette théorie postulait que notre cerveau était divisé en trois structures majeures et indépendantes : cerveau reptilien assurant les fonctions organiques vitales, cerveau limbique sous-tendant nos émotions et néocortex voué aux fonctions intellectuelles et apanage des humains... Les fonctions cérébrales ne sont pas localisées dans telle ou telle région spécialisée, mais résultent de la mise en réseau de plusieurs épices centres actifs disséminés en divers points de la surface de notre cortex.* ¹⁷ »

Selon Daniel Goleman : « *chez l'être humain, l'amygdale 'amande en grec' est un petit amas oblong de structures interconnectées, perché sur la partie supérieure du tronc cérébral et près de la base du système limbique... l'hippocampe et l'amygdale constituent les deux parties essentielles du 'cerveau olfactif' primitif, à partir duquel se sont développés le cortex et le néocortex. Ces structures limbiques sont en grande partie responsables de l'apprentissage et de la mémoire ; l'amygdale est la spécialiste des questions émotionnelles...l'amygdale est le siège de la mémoire affective ; sans elle la vie perd son sens...l'amygdale n'est pas seulement liée à l'affect, elle commande toutes les émotions.* »¹⁸

Comme le citent les auteurs Eustache, F ; Guillery-Girard, B ; Dayan, J¹⁹ : « *en psychologie et en neurosciences, les recherches sur les émotions se déclinent de différentes façons. Une première approche, catégorielle, se propose d'analyser les composantes des émotions, ainsi que leurs caractéristiques anatomiques, physiologiques et fonctionnelles. Une autre approche s'intéresse à l'influence des émotions sur divers domaines cognitifs, dont la mémoire. Enfin, les processus émotionnels sont considérés dans une relation à l'autre et dans des situations sociales plus ou moins complexes. L'étude des émotions et de ses interactions avec la mémoire relève ainsi pleinement du champ de la cognition sociale.* »

Pour conclure François Clarac et Jean-Pierre Ternaux déclarent²⁰ : « *aujourd'hui bien des scientifiques abandonnent le concept de système limbique, et même LeDoux²¹ avance de façon*

¹⁶ Médecin et neurobiologiste américain (1913-2007)

¹⁷ MONTEL Sébastien. À chaque zone sa fonction ? Sciences Humaines, 2019, n° 310, p10

¹⁸ GOLEMAN Daniel. L'intelligence émotionnelle. Traduit de l'anglais par T.Piélat. Paris : j'ai lu, 2014, p 35

¹⁹ Auteurs faisant partie du pôle des formations et de recherche en santé (PFRS), neuropsychologie et neuroimagerie de la mémoire humaine

²⁰ François CLARAC et Jean-Pierre TERNAUX, Encyclopédie historique des neurosciences, Cerveau et émotions 2008, p 445 à 484

²¹ Scientifique américain

un peu provocante qu'il n'existe pas. S'il est vrai que le système limbique décrit par MacLean est une notion dépassée, le terme peut encore être utilisé pour décrire les unités fonctionnelles ou les circuits neuronaux de chacune des émotions. Ces circuits ont en effet comme relais : le noyau amygdalien, le noyau accumbens, l'hippocampe, l'hypothalamus, le thalamus ainsi que certaines aires du cortex préfrontal et du cortex temporal. Il est très probable que l'implication d'autres structures reste à découvrir, révélant ainsi les vastes réseaux de notre cerveau émotionnel. Chaque émotion correspondrait donc à une unité cérébrale fonctionnelle distincte, résultat d'une longue sélection au cours de l'évolution. À l'heure actuelle, les neuroanatomistes s'accordent pour reconnaître l'absence de « centres » uniques des émotions comme d'ailleurs de la raison, de la motricité, de la vision ou du langage. Il existerait des 'systèmes composés' de plusieurs unités cérébrales reliées. Mais ces diverses unités cérébrales, selon la place qu'elles occupent dans un système donné, fourniraient différentes contributions au fonctionnement de ce dernier, et ne sont donc pas interchangeables. »²²

La revue Sciences/médecine, met en avant les nouvelles techniques comme celle de la neuro imagerie fonctionnelle (nif) : « *La nif permet non seulement d'établir une cartographie de plus en plus détaillée des circuits cérébraux impliqués dans les émotions, mais aussi de mieux définir la contribution de chaque région, leur modulation par des facteurs expérimentaux ou cliniques, et leur corrélation avec les différences interindividuelles liées au comportement ou à la personnalité. Il devient envisageable que ces données puissent aussi avoir des implications nosologiques en questionnant les catégories nosographiques actuelles et en contribuant à identifier des corrélats cérébraux plus spécifiques des symptômes psychiatriques chez des patients différents. Enfin, en permettant des comparaisons avec les données neurobiologiques chez l'animal en termes neuroanatomiques plutôt que strictement comportementaux ou symptomatiques, la neuro-imagerie offre un outil précieux pour faciliter la recherche translationnelle.* »²³

Selon le communiqué de presse du centre national de recherche scientifique (CNRS) publié le 29 mars 2019 : « *les chercheurs ont ainsi identifié quatre groupes de fonctions extrêmement*

²² François CLARAC et Jean-Pierre TERNAUX, Encyclopédie historique des neurosciences, Cerveau et émotions 2008, p 445 à 484

²³ PICHON Swann et VUILLEUMIER Patrik. Neuro-imagerie et neuroscience des émotions. Médecine/sciences [en ligne]. 2011, vol. 27, n°8-9, p 763-770 [consulté le 23/04/19]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1051/medsci/2011278019>

latéralisées utilisant des régions cérébrales communes : la communication symbolique (où l'on retrouve le langage, la lecture et le calcul, par exemple) très latéralisée à gauche ; le groupe « perception/action » et les émotions latéralisées à droite et enfin la prise de décision, qui reposerait plutôt sur des régions du lobe frontal droit. Ce dernier point est tout à fait novateur, aucune équipe n'ayant encore décrit d'asymétrie entre les hémisphères lors de la prise de décision. »²⁴

Les émotions vont déclencher un enchevêtrement de toutes les parties de notre cerveau, elles restent toujours mystérieuses à ce jour, malgré l'évolution de la technologie. Ayant défini l'émotion, puis les neurosciences, il me semble nécessaire que ses émotions présentes au quotidien soit décrites lors des soins.

1.3 Les émotions et le soin

Les émotions dans les soins ont toute leur place. En effet, sans émotions, il n'y aurait pas de relations, pas d'échanges. Pour induire une relation, j'observe, j'essaie de percevoir ce que l'autre montre ou exprime.

L'émotion peut être utilisée de manière thérapeutique pour les patients. Elle peut être induite afin d'établir une relation dans les soins, détourner les soins... Prenons exemple du rire, une association dénommée « Rire médecin²⁵ » a permis d'utiliser le rire de manière thérapeutique. Comme il est décrit dans l'émission « C'est pas sorcier »²⁶ : *« Le rire va libérer de la dopamine²⁷ qui va engendrer une libération d'endorphine²⁸ dans le sang. Par la suite, cela va engendrer une cascade au niveau physiologique comme accélération du rythme cardiaque ce qui va faire circuler le sang plus rapidement et favoriser l'élimination de toxines. Les poumons vont se vider et se remplir complètement, cela va permettre une augmentation des globules blancs et donc de favoriser le système immunitaire. Le rire va également avoir une action sur les abdominaux, en effectuant un massage du ventre cela va favoriser la digestion. »*

²⁴ <http://www.cnrs.fr/fr/la-premiere-cartographie-complete-de-la-lateralisation-des-fonctions-cerebrales>

²⁵ Association de la loi 1901, fondée par Caroline Simonds en 1988 et ouvrira en France en 1991, qui a pour mission d'aider les enfants et leurs parents à dépasser leur angoisse et leur solitude. Depuis 2015, le métier de « comédien clown hospitalier en établissement de soins » est enregistré au Registre national des certifications professionnelles.

²⁶ C'est pas sorcier [podcast]. France télévisions. 2006. [consulté le 5/02/2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.youtube.com/watch?v=pyeXvjCVfy8&t=1388s>

²⁷ Neurotransmetteurs engendrant un plaisir intense.

²⁸ Neurotransmetteurs ayant des propriétés analgésiques

De plus selon Jordan David Cohen et Marc Duchayne²⁹ souligne « *les conséquences du rire sont nombreuses. Tout d'abord, au niveau physiologique, le rire intervient sur notre système immunitaire en entraînant une augmentation du taux d'anticorps et de lymphocytes T avec des effets de longue durée. Ainsi, une vidéo humoristique d'une heure peut avoir un effet durant 12 heures sur notre système immunitaire. Le rire entraîne aussi une diminution de stress sur l'organisme. Enfin, au niveau psychique, le rire favorise le lien social et 'lutte' contre la dépression. Certains aspects du rire nous touchent davantage en kinésithérapie. Au cours du rire, différents groupes musculaires sont activés et se contractent pour des périodes de durées différentes (muscles de la face, diaphragme, muscles abdominaux, muscles expirateurs accessoires, etc.). La période qui suit immédiatement le rire conduit à la relaxation musculaire. Cet effet secondaire au rire peut durer jusqu'à 45 minutes.* »

Les émotions peuvent être donc choisies volontairement de manière thérapeutique afin d'induire un bien-être transitoire auprès du patient. Il peut également servir à détourner l'attention du patient face à un soin douloureux comme en pédiatrie où j'ai pu voir les puéricultrices chanter, faire écouter de la musique, poser des questions, raconter des blagues.

D'après plusieurs entretiens avec des infirmières, Lydia Fernandez souhaite « *mettre en évidence la place des émotions dans la vie professionnelle* »³⁰ et pointe le doigt sur « *la place et la régulation des émotions dans la pratique infirmière : Les points de vue divergent quant à la place que les infirmières leur donnent dans la pratique. Trois positionnements ont pu être mis en évidence :*

- *Les émotions sont considérées comme nécessaires : « On peut pas travailler sans émotions c'est pas possible et puis c'est justement les émotions, pour moi, qui sont un moteur dans ma fonction. Elles sont un moteur pour le soin » ;*
- *Les émotions sont reconnues et régulées : « C'est quand même un métier où on travaille avec des gens, des gens en souffrance, si on avait pas d'émotions... Il ne faut pas non plus se laisser submerger... et puis pleurer avec le patient ». 'Je travaille en étant moi, et puis je ne me laisse pas forcément envahir par la tristesse des situations. Des*

²⁹ Jordan David COHEN et Marc DUCHAYNE. Le rire : adjuvant thérapeutique en kinésithérapie respiratoire. Kinésithérapie, la Revue, 2009, volume 9, Issue 87 p16-18

³⁰ Psychologue clinicienne. FORMARIER Monique. Les concepts en sciences infirmières [en ligne]. Toulouse : Association de recherche en soins infirmiers, 2ème édition, 2012 p. 164-167. Disponible à l'adresse : <https://www-cairn-info.sirius.parisdescartes.fr/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-164.htm>

situations tristes on en a continuellement, donc on ne peut pas se laisser gâcher notre bonne humeur'. 'Une fois qu'elles sont nommées et que je les ai exprimées à mes collègues, elles sont digérées... c'est bon et puis je peux passer à l'étape suivante' ;

- *Les émotions sont réprimandées : 'Pour être professionnelle, il est important de se tenir en deçà des émotions. Je ne dois pas me laisser déborder par les émotions, je dois être pleinement moi-même et lutter avec mes propres émotions pour pouvoir écouter l'autre'. »*

Aucune d'entre elles, durant leur soin, ou leur exercice professionnel, n'ont exprimé le fait de ne pas avoir d'émotions.

L'émotion, lors d'un soin, peut permettre la personnalisation de celui-ci, d'avoir un échange avec le patient de manière singulière. Il peut également parvenir à détourner l'attention lors d'un soin.

Comme le souligne Marc Lorient³¹ : *« le bien être émotionnel est considéré comme une des clés de la guérison, notamment pour les troubles psychiques. »* et rajoute aussi : *« Le travail de soin est un travail relationnel avec des êtres humains, donc incertain et singulier. »*

Il permet au patient d'être considéré comme une personne à part entière pas comme un objet malade que l'on essaie de réparer. L'humanité est au cœur de ce métier. Les émotions ont donc toute leur place dans le soin, que ce soit de manière induite ou non. Le soignant va s'adapter à chaque patient, tout d'abord en l'observant. Par la suite, le soignant va établir une relation en s'appuyant sur l'empathie. L'empathie est définie, par Carl Rogers³² comme : *« L'empathie est un processus de connaissance et implique la conscience de l'altérité du client. Il s'agit de voir les choses comme l'autre les voit, sans jugement, sans prise de distance évaluative. Il faut être capable de se mettre à la place de l'autre, en comprenant les événements de sa vie comme il les comprend. Il faut aussi avoir de l'affection pour l'autre. En aucun cas, en revanche il ne s'agit de ressentir la même chose que lui, de se projeter en lui, ou de revivre émotionnellement ses émotions, Rogers prend grand soin de préciser, quand il définit l'empathie, le fait que le thérapeute doit rester lui-même et éviter de se projeter sur le client : il doit comprendre*

³¹ Sociologue, et chercheur au sein du CNRS

³² Carl ROGERS (1902-1987) Psychologue humaniste américain

*l'univers du client comme s'il était le sien, mais en restant conscient du 'comme si.'*³³ » Selon le patient, la relation, les émotions dégagées par celle-ci seront différentes, personnalisées. Je vais par la suite donc définir la relation soignant-soigné.

2) Relation soignant-soigné

2.1 Définition

Tout d'abord, je vais vous donner la définition du mot soignant, selon le CNRTL³⁴, est « *une personne qui donne des soins, qui soigne une personne.* » Or, un soignant a-t-il le pouvoir de soigner ?

Dans le dictionnaire des concepts en soins infirmiers³⁵ le soignant est défini comme une : « *personne qualifiée qui effectue des interventions de prévention, de traitement ou de réadaptation auprès d'une personne soignée, d'une population dans le champ éducatif et des moyens qui leur sont octroyés.* »

Ayant préalablement défini le soignant, je vais développer ce que signifie le soigné . Selon le CNRTL³⁶ le soigné est : « *une personne que l'on soigne moralement et physiquement à qui l'on apporte des soins.* » Afin de le définir d'une manière plus professionnelle, on utilisera dictionnaire des concepts en soins infirmiers³⁷ : « *personne en situation de besoin d'aide pour une durée plus ou moins déterminée. Elle ne parvient plus à exercer momentanément son autonomie, mentale ou physique, et peut ne plus être en mesure de décider pour elle-même. Envahie d'émotions, de facteurs stressants, la personne soignée perçoit des difficultés plus ou moins surmontables.* »

La relation soignant-soigné met donc en relation le soignant, personne qualifiée afin de venir en aide aux soignés, la personne en situation de besoin d'aide.

³³ René DAVAL, Les fondements philosophiques de la pensée de Carl Rogers, Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche, 2008/2, n° 8 p 5 à 20. Consulté le 8/05/19. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-approche-centree-sur-la-personne-2008-2-page-5.htm>

³⁴ <http://www.cnrtl.fr/definition/soignant>

³⁵ PAILLART Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. 3^{ème} éditions. Noisy le grand : setes, 2016. ISBN : 979-10-91515-43-6

³⁶ <http://www.cnrtl.fr/definition/soigné//1>

³⁷ PAILLART Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. 3^{ème} éditions. Noisy le grand : setes, 2016. ISBN : 979-10-91515-43-6

Elle est définie selon le dictionnaire des concepts en soins infirmiers comme étant une : « *activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale, non verbale. Le soignant intervient en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens, dans le but de favoriser un soin, un dialogue mature, une prise de conscience. Cette relation est caractérisée par l'évolution législative en matière d'accessibilité à l'information.* »³⁸

2.2 Du cure au care

Pour prendre en soin une personne, on prend en compte l'aspect technique mais également sur l'aspect relationnel. Selon l'article R4311-2, du code de la Santé Publique³⁹ « *Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent la qualité technique et qualité des relations avec le malade* ». Comme le cite Corinne Ghiridlian-hofmann⁴⁰ : « *L'alliance thérapeutique est efficiente quand l'union soignant-soigné ose une co-construction dans l'agir.* ». Comme ROTHIER BAUTZER, Éliane⁴¹ en fait part historiquement : « *Une première phase du mouvement de professionnalisation des infirmiers (1854) est symbolisée par une aristocrate anglaise, Florence Nightingale qui organise un service de soins infirmiers définis comme caring à côté des soins médicaux centrés sur le traitement et la guérison (curing). Marquée par le modèle allemand des diaconesses et par l'organisation militaire, Nightingale a fondé en Angleterre en 1860 la première école laïque d'infirmières : "l'hôpital-école" de Londres.* ». Cela montre, qu'au fil du temps, la profession infirmière passe du « *cure*⁴² » au « *care*⁴³ », elle intègre aux soins techniques, une dimension relationnelle. Monsieur MORVILLERS, Jean-Manuel⁴⁴ définit, Le care de cette manière : « *Le care est donc soit un sentiment, soit une action (caring) qui appelle un état affectif qui, dans chacun de ces deux cas, se situe dans la sphère intime de la personne. En d'autres termes, la personne peut être touchée sur le plan personnel, au plus profond d'elle-même puisqu'il s'agit là de ses émotions propres. Il semble d'ailleurs y avoir consensus sur ces sens pour d'autres auteurs qui ont été consultés*

³⁸ PAILLART Christine. Dictionnaire des concepts en soins infirmiers. 3ème éditions. Noisy le grand : setes, 2016. ISBN : 979-10-91515-43-6. p 362

³⁹ Référentiel d'activités, Annexe I de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat infirmier

⁴⁰ Puéricultrice

⁴¹ ROTHIER BAUTZER, Éliane. Care et profession infirmière. Recherche et formation 2014, n°76, p. 93-106.

⁴² Guérir, curatif

⁴³ Prendre soin

⁴⁴ MORVILLERS, Jean-Manuel. Le care, le caring, le cure et le soignant. Recherche en soins infirmiers 2015/3 n°122), pages 77 à 81.

(2, 3). Cependant, l'un des problèmes ne serait pas dans la définition, a priori, mais dans la pratique sociale et professionnelle du care. »

Le soignant se situe souvent dans la confiance, dans le partage avec la personne qu'il prend en soin. Comme tout être humain, le soignant ne peut faire abstraction des diverses émotions ressenties. Comme le souligne Marc Lévy⁴⁵ dans sa citation : « *Les émotions sont faites pour être partagées.* » Pour partager les émotions du patient, on se doit d'établir une relation qui va passer d'abord par la prise en compte de celles-ci. Selon l'état émotionnel dans lequel on se trouve, et que cela nous renvoie, les émotions ne seront pas les mêmes.

Afin de prendre en « care » un patient, il faut établir un lien, une relation, c'est pour cela que je vais vous présenter les différents types de relation.

2.3 Les différents types de relation

Une relation se définit, selon le CNRTL, comme un : « *rapport, liaison qui existe, conçu comme existant entre deux choses, deux grandeurs, deux phénomènes.* ». Selon le dictionnaire médical la relation est : « *Ensemble des liens affectifs existant entre le sujet et le principal objet de ses intérêt*⁴⁶. » D'après Manoukian A. et Masseboeuf A. la relation se définit comme « *une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires*⁴⁷ ».

On retrouve dans les textes législatifs, une certaines trame à respecter lors de la relation avec un soigné. Tout d'abord dans la loi du 4 mars 2002⁴⁸ : « *Art. L. 1111-2. - Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé...* », ensuite dans le code de la santé publique⁴⁹ : « *Article R4127-36 Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché*

⁴⁵ Romancier français

⁴⁶ QUEVAUVILLIERS Jacques, SOMOGYI Alexandre, et al. Dictionnaire médicale, 6ème édition, Issy les Moulineaux : Elsevier Masson, 2009. ISBN : 978-2-294-70513-7

⁴⁷ MANOUKIAN A. et MASSEBOEUF A. – Soigner et accompagner – La relation soignant - soigné – Rueil Malmaison – Editions Lamarre – 2008 – page 9.

⁴⁸ Disponible à cette adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr>

⁴⁹ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do>

*dans tous les cas*⁵⁰. » mais également dans la charte du patient hospitalisé⁵¹ : « *L'information donnée au patient doit être accessible et loyale... Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient... La personne hospitalisée est traitée avec égards.* » Même si ses règles dictent une certaine conduite à tenir, la relation découle également d'autres facteurs, comme par exemple le conditionnement du patient, la disponibilité du soignant...

Selon Monique Formarier⁵² il y a « 7 différents types relations de soins :

La relation de civilité : dans le cadre d'une relation soignant - patient, la relation de civilité comprend des obligations sociales pour le soignant : gentillesse, courtoisie, politesse, netteté, repères identitaires

La relation de soins : cette relation est la plus fréquente en milieu hospitalier. Support d'échanges avec le patient ou sa famille, elle est mise en œuvre par le soignant pendant les soins techniques ou de confort. Elle est centrée sur le présent, sur l'acte technique, sur l'activité en cours, sur le devenir immédiat du patient : traitement, confort, douleur, planning de soins, visite médicale... Elle est essentiellement de type informatif.

La relation d'empathie : l'empathie sert de support aux relations infirmière - patient qui sont centrées sur la personnalisation des soins : recueil de données, évaluations des besoins et des ressources du patient et de sa famille, élaboration d'une démarche clinique pluridisciplinaire, prise de décisions de soins avec le patient, aide à la gestion des émotions du patient (stress, angoisse perte...) gestion des problèmes sociaux, réconfort...

La relation d'aide psychologique : la relation d'aide, qui s'appuie sur la confiance et l'empathie, est une relation à visée thérapeutique qui a pour but d'aider, de façon ponctuelle ou prolongée, un patient (et/ou une famille) à gérer une situation qu'il juge dramatique pour lui : Annonce d'un diagnostic difficile, aggravation de la maladie, fin de vie, perte, deuil, souffrance, maladie chronique, accident... Cette relation d'aide vise également des personnes

⁵⁰ Décret n° 2016-1066 du 3 août 2016 modifiant le code de déontologie médicale. Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?sessionId=E744F41BE731170976D5F5FC251EF0E3.tplgf r33s_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000032973595&dateTexte=20190425&categorieLien=id#LEGIARTI000032973595

⁵¹ Ministère chargé de la santé. Usagers, vos droit : charte de la personne hospitalisée. Éditions Sicom 06042, Mars 2006. [Consulté 20/02/19]. Disponible à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

⁵² FORMARIER Monique, La relation de soin, concepts et finalités. Recherche en soins infirmiers 2007/2 (N° 89), pages 33 à 42

qui sont confrontées (comme victime ou comme témoin) à des situations de crise violentes par leur intensité et leur survenue inattendue : Violence, viol, crise familiale, harcèlement, accident... Chaque personne, en fonction de son seuil de tolérance, aura plus ou moins besoin d'aide psychologique souvent dans un délai court après l'événement.

Le counselling : comme la relation d'aide, le counselling exige de la part des aidants une solide formation. Cette relation est pratiquée le plus souvent par des psychologues, des médecins, des infirmières, dans le cadre de consultations spécialisées.

La relation thérapeutique : cette relation est utilisée en psychiatrie auprès de patients souffrants de pathologies mentales ou de conduites addictives. Elle a pour but de soigner le patient. Elle est réalisée dans le cadre d'un projet de soins thérapeutique, toujours sur prescription médicale. Les infirmières qui travaillent en secteur psychiatriques peuvent être amenées à pratiquer des entretiens thérapeutiques après avoir reçu une formation adéquate.

La relation éducative : relation très utilisée par les soignants, elle est mise en œuvre, lorsque que pour des raisons de santé, le patient doit changer d'habitudes de vie (régime alimentaire, rythme de vie...) subir un sevrage (alcool, drogues, tabac...) ou doit pratiquer des auto – soins (injection, sondage...). Elle comprend à la fois une approche psychologique qui repose sur la connaissance de la personne et de son entourage (représentations, affects, ressources, capacités, besoins), une approche cognitive (ce que la personne doit intellectuellement connaître et si besoin mémoriser) et une approche technique (maîtrise des gestes techniques, habilité manuelle).

La relation de soutien social : cette relation est tout à fait particulière car il s'agit plutôt d'une relation famille, entourage – patient. Le rôle du soignant se situe à l'interface entre le patient et sa famille (aidants naturels).

Le soutien social du patient : le soutien social est apporté par la famille, l'environnement (amis, voisins, collègues), les professionnels de santé, les professionnels sociaux ou encore des personnes significatives pour le patient (officier du culte, supérieur hiérarchique...) Dans certains cas, il peut venir d'associations, de bénévoles... Il a comme finalité d'aider et de soutenir un patient à mobiliser toutes ses ressources

Le soutien des familles : les nouvelles approches thérapeutiques donnent une place importante à la famille, très longtemps éloignée des soins... L'aide que peut apporter le personnel soignant

à ces aidants naturels est variable en fonction de leurs ressources, de leur demande, du contexte, de la qualité et de l'efficacité du réseau externe. Mais, il ne faut jamais perdre de vue que les patients et les familles possèdent des croyances, des forces, des compétences, des ressources, des habilités qui leurs sont propres. La relation soignant – famille – patient est une relation d'accompagnement basée sur l'empathie, la confiance, le soutien, la valorisation et la déculpabilisation, l'absence de jugement, les conseils, l'aide à la réflexion, à l'analyse objective de la situation.

Selon le dictionnaire des concepts en soins infirmiers⁵³ : « cette relation nécessite trois attitudes : un engagement personnel de l'infirmière, le malade étant accepté sans jugement de valeur, tel qu'il est, avec un autre mode de raisonnement, d'autres réactions et d'autres sentiments ; une objectivité, pour éviter une déformation de ce qui est vu et entendu ; un minimum de disponibilité. »

Une relation soignant-soigné reste complexe, le positionnement du soignant reste primordial. Le soignant doit rester dans l'empathie, ressentir les émotions du patient, à travers son vécu, son histoire, sa pathologie mais sans pour autant y être affecté. Il doit aussi traiter ce patient d'égal à égal. Par la suite, je vais décrire la distance thérapeutique.

2.4 Distance thérapeutique

« Dans la plupart des écoles de soins on s'est inspiré des travaux du sociologue Edward Twitchell Hall⁵⁴, (1978) qui avait mis en évidence quelques normes de proxémie alors en vigueur aux USA. Ces différentes distances ont par la suite été citées dans de nombreux travaux, y compris encore aujourd'hui.

- Distance intime : 0 à 40 cm (prédominance du toucher et de l'odorat) ;
- Distance personnelle : 40 à 120 cm (prédominance de la vue) ;
- Distance sociale : 1,2 à 3,6 m (distance 'professionnelle' avec un ton de voix normal)

⁵³ QUEVAUVILLIERS Jacques, SOMOGYI Alexandre, et al. Dictionnaire médicale, 6ème édition, Issy les Moulineaux : Elsevier Masson, 2009. ISBN : 978-2-294-70513-7 p 363

⁵⁴ Sociologue, anthropologue américain (1914-2009)

- *Distance publique : > 3,6 m (distance 'orateur-public' avec un discours plus lent et une grammaire plus formelle).⁵⁵ »*

La proxémie selon le CNRTL est « *Étude des positions relatives des interlocuteurs.* »⁵⁶ Or dans les soins, ces valeurs proxémiques ne peuvent pas être respectées de par les différents soins qui sont nécessaires.

Pascal Prayez⁵⁷ va évoquer la « *juste distance ... Cette juste distance est en fait une juste présence : elle permet une centration calme, sans confusion avec la souffrance du patient, tout en restant attentif à son expression verbale ou non verbale.* »⁵⁸

J'ai abordé la proxémie, la juste distance. Maintenant je vais essayer de comprendre ce qu'est la distance thérapeutique. Pour Salomon Nasielski : « *La notion de distance thérapeutique recommande au psychothérapeute de s'abstenir de toute intervention, de tout commentaire dans les matières et les choix qui appartiennent au patient.* »⁵⁹ Le patient doit être libre de ses choix sans y être influencé.

Le dictionnaire des concepts en soins infirmiers définit la distance thérapeutique comme étant : « *une distance abstraite qui sépare plusieurs personnes, dans le cadre d'une relation thérapeutique, il s'agit d'une distance professionnelle, interpersonnelle visant à réajuster un équilibre relationnel visant l'accompagnement d'une personne soigné vers un projet donné.* »⁶⁰

Comme le résume Michel Pétermann : « *Choisir la juste distance, c'est quitter une posture professionnelle arrogante et/ou défensive. C'est aussi reconnaître l'Autre (différent de soi) dans toute son humanité. C'est quitter la déplorable 'prise en charge' pour aller vers un 'accompagnement thérapeutique'. Les professionnels qui ont choisi ce mode relationnel respectueux savent à quel point il est fécond. Il favorise une relation de confiance, il diminue*

⁵⁵ PETERMANN Michel. La juste distance professionnelle en soins palliatifs. Revue internationale de soins palliatifs 2016, Vol. 31, n°4 p 177 à 181

⁵⁶ <https://www.cnrtl.fr/definition/proxemie>

⁵⁷ Docteur en psychologie clinique et sociale

⁵⁸ Jérémie Salinger. Interview de Pascal Prayez. Décembre 2017

⁵⁹ Salomon NASIELSKI. Gestion de la relation thérapeutique : entre alliance et distance. Actualités en analyse transactionnelle, 2012/4 N° 144, p. 12-40. Consulté le 8 mai 2019. Disponible à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-actualites-en-analyse-transactionnelle-2012-4-page-12.htm>

⁶⁰ PAILLART Christine. Dictionnaire des concepts en soins infirmiers. 3ème éditions. Noisy le grand : setes, 2016. ISBN : 979-10-91515-43-6. P 155

l'angoisse de part et d'autre et, globalement, il favorise la santé des uns et des autres par une diminution du stress. ⁶¹»

Pour un professionnel de soin, la juste distance, c'est de réussir à se positionner selon chaque patient, selon chaque situation. Une analyse de la situation est donc nécessaire afin de réajuster sa posture.

2.5 Les émotions du soignant

Selon Pierre Le Coz⁶² « *les émotions en elles-mêmes ne sont pas mauvaises. Un homme de raison pure, sans affects, serait un être monstrueux.* » Un être humain, tel qu'il est, ressent des émotions. Comme en déduit Angelo Soares⁶³, le travail dans le secteur des services à la personne, va demander « *une gestion des émotions* », qui sera défini par Hochschild Arlie Russell⁶⁴ comme étant le « *travail émotionnel* », ce qui signifie de comprendre, évaluer et gérer ses propres émotions, ainsi que celle d'autrui.

À la suite de la traduction de Cécile Thomé de l'œuvre⁶⁵ de Hochschild Arlie Russell :

« *Le travail émotionnel possède trois caractéristiques principales selon elle :*

- *Il demande un contact face à face ou, au moins, un échange verbal avec le public ;*
- *L'attitude et l'expression du travailleur ou de la travailleuse produisent un état émotionnel (par exemple, la confiance, la sécurité, la peur, etc.) chez le client ;*
- *La dimension émotionnelle faisant partie de la tâche, les employeurs peuvent exercer un contrôle sur les activités émotionnelles des employés, à travers, par exemple, la formation et la supervision. »*

Cependant un débordement d'émotions, pour le soignant, peut être néfaste. CANOÛ Pierre et MAURANGES Aline citent la définition de D.BEDARD et A.DUQUETTE : « *L'épuisement professionnel est une expérience psychique négative vécue par un individu, qui est liée au stress*

⁶¹ PETERMANN Michel. La juste distance professionnelle en soins palliatifs. Revue internationale des soins palliatifs 2016 Volume 31 p177 à p181.

⁶² Philosophe et chercheur au laboratoire Anthropologie bio-culturelle, droit, éthique et santé (CNRS/EFS/Aix-Marseille Univ.), à la faculté de médecine de Marseille.

⁶³ SOARES, Angelo. Les émotions dans le travail. Travailler. 2003/3, n°9, p 9-18.

⁶⁴ HOCHSCHILD Arlie Russell (1940-) est une sociologue américaine qui a défini le concept de travail émotionnel.

⁶⁵ HOCHSCHILD Arlie Russell. Les prix des sentiments au cœur du travail émotionnel. Paris : La découverte, 2017.

*émotionnel et chronique causé par un travail ayant pour but d'aider les gens*⁶⁶. Bien que les soignants travaillent en équipe, ils sont souvent seuls à se confronter à la souffrance, à la maladie, à la mort du patient qu'ils prennent en soin. Malgré son équipe, le soignant va percevoir diverses émotions qui peuvent le mettre en difficultés et peuvent aller jusqu'à l'épuisement professionnel, dit aussi le « burn-out ».

Il est donc nécessaire, en tant que soignant de prendre conscience de ses propres émotions afin de pouvoir les prévenir, les extérioriser. Diverses méthodes peuvent permettre de réussir à les canaliser tels que le sport, le yoga, la méditation, la sophrologie... Le tout est de trouver celle qui nous convient.

Comme le souligne Marc Lorient⁶⁷ : *« les réformes hospitalières ne reconnaissent pas l'importance du travail émotionnel car il est difficile à mesurer. »*

Séverine Rézette dit que : *« le soignant aura à faire face à ses propres blessures et émotions dans le contexte de soins, ce qui lui permettra d'avancer humainement, d'apprendre des choses sur lui tout au long de son parcours en même temps qu'il acceptera d'apprendre des personnes qu'il soignera. »*⁶⁸

Selon Muriel Derome : *« les métiers du soin exposent à la souffrance.... "se blinder", "mettre sous le tapis" ou "faire comme si de rien n'étaient" ne protège pas mais fragilise, car ne nous sommes pas des robots !... à l'inverse, prendre conscience de nos émotions, nos sentiments, pensées, représentations spirituelles ou sensations corporelles nous permet de comprendre combien nous sommes touchés. Pour se situer dans une "juste proximité", il faut d'abord s'interroger sur ce qui se joue en nous et ce à quoi cela nous renvoie. Choisir de consentir aux conséquences que cela entraîne dans notre vie quotidienne nous permet de prendre soin des patients dans une juste attention et une pleine présence de l'autre, sans nous perdre de vue. »*⁶⁹

Pour gérer ses émotions, il faut tout d'abord les identifier, les reconnaître. Après une situation

⁶⁶ CANOÛ Pierre, MAURANGES Aline. Le burn out à l'hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, p17

⁶⁷ LORIENT Marc. Sociologue et chercheur au CNRS. Travail et soins infirmiers. 2013, Santé Mentale, Acte presse n°23 p60-63.

⁶⁸ REZETTE Séverine. Psychologie clinique et soins infirmiers. 2008.

⁶⁹ Psychologue clinicienne en réanimation pédiatrique. Soins pédiatrie/puériculture. N°304 septembre/octobre 2018.p34

où ont été ressenties des difficultés, il semble nécessaire de l'analyser. Après cette analyse une remise en question est nécessaire, puis un réajustement pourra être effectué.

Comme le résume Daniel Goleman⁷⁰ : *« cette autre forme d'intelligence est la capacité à percevoir, maîtriser et exprimer ses émotions ainsi que ceux d'autrui. Elle influe sur notre self-control, notre motivation, notre intégrité, mais aussi sur nos relations avec les autres : elle permet de mieux communiquer et analyser notre entourage social ou professionnel...l'intelligence émotionnelle est le meilleur prédicteur de succès et de réussite. En apprenant à accepter nos ressentis, nous développons nos compétences et nos aptitudes. »*

Comme le cite Arnaud Desjardins⁷¹ *« si vous voulez être libre de vos émotions il faut avoir la connaissance réelle, immédiate de vos émotions. »*

Après avoir décrit les émotions dans une première partie, ainsi que la relation soignant-soigné, je vais décrire le service d'ORL.

3) Service Oto-Rhino-Laryngologie

3.1 Historique⁷²

L'Oto-Rhino-Laryngologie a été développée à la fin des années 1860, lorsque des otologistes et des laryngologistes constatèrent qu'ils avaient recours aux mêmes moyens d'éclairage. La première revue d'ORL⁷³ « Annales des Maladies de l'oreille et du Larynx, (otoscopie, laryngoscopie, rhinoscopie) » a été publiée en 1875. En 1882, une Société Française d'Otologie et de Laryngologie a été créée. Dans un premier temps, la spécialité s'est développée en ville, à l'hôpital elle s'est introduite progressivement avec les spécialistes formés à cette discipline.

Au XIX^{ème} siècle, la discipline a connu un tournant avec l'arrivée du miroir laryngologie et de la lumière artificielle. Au lendemain de la Révolution, en France, il y a eu la création des institutions des « sourds-muets ». Nous retiendrons les noms de Jean Itard⁷⁴ et Prosper

⁷⁰ GOLEMAN Daniel. L'intelligence émotionnelle. Traduit de l'anglais par T.Piélat. Paris : j'ai lu, 2014.

⁷¹ Auteur (1925-2011) qui a développé et enseigné une spiritualité laïque proposant une synthèse des religions traditionnelles et des découvertes de la psychologie moderne

⁷² LEGENT François. BIU santé. [Consulté le 13/02/2019] Disponible à l'adresse : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/orl/index.php>

⁷³ L'Oto-Rhino-Laryngologie

⁷⁴ Médecin (1774-1838), spécialiste de la surdité. Fondateur de la première  cole française otologie.

Ménière⁷⁵, qui ont laissé une forte empreinte, tant dans l'histoire de la surdi-mutité que dans celle de l'otologie moderne. Ils ont marqué l'histoire de l'ORL. En 1875, deux principales revues d'ORL ont été créées : les annales des maladies de l'oreille et du larynx, et la revue mensuelle de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. Toutes deux ont joué un rôle majeur dans le développement de la spécialité.

3.2 Les différentes pathologies, leur impact physique et psychologique

Pierre Planté, nous explique : « *Les maladies ORL comprennent les organes tels que :*

- *L'oreille (externe, moyenne et interne)*
- *La gorge (avec la bouche, la langue, le larynx, la trachée)*
- *Le nez et les sinus*
- *Le visage*
- *Les glandes salivaires*
- *Le cou et la glande thyroïde*

Ces organes peuvent être affectés par des malformations, déformations, tumeurs, infections, inflammations, traumatismes, saignements, dégénérescence, vieillissement, paralysies, ou « pannes » tels les vertiges.

Les traitements reposent sur des médicaments, des interventions chirurgicales, de la rééducation et aussi sur des dispositifs prothétiques ou implantables (Un texte publié au Journal Officiel du 16 novembre 2018) précise les modalités de prescription des aides auditives en France⁷⁶. »

Je vais me centrer plus particulièrement sur le service d'oncologie ORL. Je me suis donc basée sur le site internet de Gustave Roussy qui a une renommée internationale dans le domaine⁷⁷.

⁷⁵ Médecin (1799- 1862) Il est célèbre pour sa description princeps de la maladie de Ménière c'est-à-dire des troubles associant des vertiges, une surdité et des acouphènes.

⁷⁶ PLANTE Pierre. Société française d'ORL. [Consulté le 13/02/19] Disponible à l'adresse : <https://www.orlfrance.org/presentation-ork/>

⁷⁷ Gustave Roussy. L'Institut occupe par ailleurs la 1ère place du "Classement des hôpitaux et cliniques" du magazine « Le Point » depuis plusieurs années pour la spécialité Cancer ORL.

Valérie Devillaine. Institut curie. Professeur Thierry Philip : 25/03/2017 [Consulté le 13/02/19]. Disponible à l'adresse : <https://curie.fr/dossier-pedagogique/les-causes-et-facteurs-de-risque-des-cancers-ork/>

« Le service d'oncologie ORL assure la prise en charge des patients ayant une tumeur développée au niveau de :

- Cavité buccale (langue, mandibule, plancher buccal, joue, palais, lèvres)
- Oropharynx (amygdale, voile du palais, base de langue, vallécule)
- Larynx (corde vocale, épiglotte, bandes ventriculaires, sous-glotte)
- Hypopharynx (sinus piriforme, paroi postérieure, rétro-crico-aryténoïde, bouche de l'œsophage)
- Massif facial (nez, fosse nasale, sinus ethmoïde, maxillaire et sphénoïde, base du crâne, orbite, fosse ptérygo-maxillaire et infratemporale)
- Nasopharynx (cavum)
- Glandes salivaires (parotide, glande sous-mandibulaire, glande sub-linguale, glandes salivaires accessoires.

Les cancers ORL les plus fréquents sont des carcinomes épidermoïdes qui se développent au niveau de la muqueuse de la bouche, des amygdales, du pharynx ou bien du larynx (cordes vocales). Ils sont le plus souvent liés à la consommation d'alcool et de tabac. Mais de plus en plus fréquemment, nous voyons des patients sans intoxication et pour lesquels le cancer peut être dû à la présence de papillomavirus. »

Comme le décrit Valérie Devillaine⁷⁸ : « dans le langage courant, on parle de 'cancers ORL', qui affectent donc les oreilles (très rare), le nez et le larynx. Les spécialistes préfèrent parler de cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS).

Les voies aérodigestives sont celles dédiées à l'alimentation et à la respiration et aux fonctions liées, comme la parole, le goût, l'odorat. Les voies aérodigestives dites supérieures concernent toute la partie des muqueuses (revêtement intérieur des orifices) au-dessus de la base du cou. La voie respiratoire regroupe les narines, les fosses nasales, les sinus, le rhinopharynx (ou nasopharynx ou encore cavum) plus en arrière, l'oropharynx (à l'arrière de la gorge, où se croisent les voies aérienne et digestive), le larynx, plus bas où se situent les cordes vocales, puis la trachée qui rejoint les poumons.

⁷⁸ Valérie Devillaine. Institut curie. Professeur Thierry Philip : 25/03/2017 [Consulté le 13/02/19]. Disponible à l'adresse : <https://curie.fr/dossier-pedagogique/les-causes-et-facteurs-de-risque-des-cancers-ork>

La voie digestive commence aux lèvres et comprend la bouche (ou cavité buccale ou orale), l'oropharynx (dont les amygdales) et l'hypopharynx qui conduit à l'œsophage.

Dans la bouche, on peut distinguer la langue, les gencives maxillaires (supérieures) et mandibulaires (inférieures), les joues, le palais et le plancher buccal.

La thyroïde, glande sécrétrice d'hormones, située à l'avant du cou, peut aussi être affectée... Les cancers de ces organes et leurs traitements interfèrent donc avec leurs fonctions : respiration, déglutition, phonation (parole et production de sons), audition. »

D'après ses différentes descriptions, on visualise mieux la difficulté qu'ont ces patients pour respirer, manger, parler, écouter, s'exprimer sur leur éventuelle douleur physique ou bien psychologique. Leurs différents sens sont altérés.

Selon divers sources comme celle de Valérie Devillaine⁷⁹ : « *la majorité des cancers ORL sont dus à une consommation excessive d'alcool et au tabagisme. Le cumul des deux est encore plus délétère, l'un augmentant l'effet de l'autre.* » mais également par Hôpital Européen Georges Pompidou - Service d'Oncologie Médicale⁸⁰ « *La majorité de ces cancers restent liés à un tabagisme important et chronique associé à un abus de boissons alcoolisées. Au cours de ces dernières années, on observe une modification du profil des patients atteints de cancers des VADS avec, en particulier, des cancers apparaissant sur un terrain non alcoolo-tabagique. Pour ces cas, de nouveaux facteurs de risque de développer un cancer des VADS ont été identifiés comme le papillomavirus (HPV) et des facteurs environnementaux.* »

On constate d'après ses données que la majorité de ses cancers sont en partie dûs à l'hygiène de vie de ses patients.

Les traitements utilisés d'après Valérie Devillaine⁸¹ : « *Trois types de traitements sont utilisés pour soigner les cancers ORL : la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie... Les traitements des cancers ORL sont adaptés à chaque personne et situation, en fonction de l'organe concerné, du type de cancer, de son étendue, de sa gravité, de l'état de santé général du patient... L'enjeu est d'éliminer le cancer ou de freiner sa progression tout en préservant*

⁷⁹ Valérie Devillaine. Institut curie. Professeur Thierry Philip : 25/03/2017. [Consulté le 25/04/19] Disponible à l'adresse : <https://curie.fr/dossier-pedagogique/les-causes-et-facteurs-de-risque-des-cancers-ori>

⁸⁰ Pr. Stéphane Oudard. Hôpital Européen Georges Pompidou - Service d'Oncologie Médicale, Mise à jour en juin 2018 Disponible à l'adresse : <https://www.oncologie-medicale-hegp.fr/orl/>

⁸¹ Valérie Devillaine. Institut curie. Professeur Thierry Philip : 25/03/2017. [Consulté le 25/04/19] Disponible à l'adresse : <https://curie.fr/dossier-pedagogique/les-causes-et-facteurs-de-risque-des-cancers-ori>

autant que possible les fonctions respiratoires, la voix, l'alimentation et le schéma corporel. Les soins de support tiennent une place importante à l'Institut Curie, et notamment dans le traitement des cancers ORL, qui peuvent peser lourdement sur la santé psychologique, qui impactent particulièrement la vie sociale et les habitudes de vie de patients. Comme les traitements peuvent affecter les capacités d'alimentation des patients, une consultation avec une diététicienne est toujours prévue. Une prise en charge des addictions est également proposée, ainsi que l'aide d'une assistante sociale en cas de besoin.

La chirurgie : Elle a pour but premier de supprimer la tumeur... Les nouvelles techniques chirurgicales permettent de réduire la taille des incisions et les séquelles esthétiques. Grâce à des outils comme les endoscopes, et plus récemment les robots chirurgicaux, on peut parfois opérer par les voies naturelles (la bouche) ce qui ne laisse donc pas de cicatrice visible et permet une récupération plus rapide. Le retrait de la tumeur ("exérèse") est souvent suivi, dans le même temps opératoire, d'une reconstruction des structures affectées. Cette reconstruction a pour but de réparer une fonction, comme la déglutition, ou une vocation esthétique. Des greffes sont réalisées : "Une mâchoire peut être reconstruite à partir de l'os du péroné, par exemple. Des lambeaux de peau et de muscle et leurs vaisseaux peuvent aussi être prélevés et transplantés au niveau du visage et du cou. Les vaisseaux sanguins sont reconnectés par microchirurgie (sous microscope)", détaille le Dr José Rodriguez, chef du service de chirurgie cervico-faciale à l'Institut Curie.

La Radiothérapie : Il s'agit de traitements utilisant des rayonnements ionisants, produits par un accélérateur de particules. Selon la localisation et la forme de la tumeur et des structures annexes à irradier, plusieurs techniques peuvent être utilisées.

La chimiothérapie : Une chimiothérapie peut compléter le traitement. Elle permet d'agir à distance de la tumeur d'origine, notamment sur les éventuelles métastases. »

Comme citées précédemment, les chirurgies des cancers de type ORL nécessitent parfois une chirurgie plastique reconstructrice. Celle-ci peut entraîner des séquelles au niveau fonctionnel comme la perte de la voix due à une trachéostomie mais également au niveau esthétique avec une image corporelle perturbée. Selon M.-S Guillon et M.-A Crocq « L'estime de soi est définie

*comme étant l'opinion que tout individu a de lui-même.*⁸² ». Le reflet de cette image, pour la plupart négative peut entraîner une perte d'estime de soi. Or, selon la pyramide de Maslow, l'estime de soi est un des besoins fondamentaux. Quelques associations aident ainsi les patients dans leurs reconstructions tel « orlvienouvelle »⁸³ et « corasso »⁸⁴. Les chirurgies reconstructrices du visage ont un impact important face aux regards des autres, et difficiles à camoufler. Dans ce type de service, la multidisciplinarité est importante : psychologue, psychomotricienne, kinésithérapeute voire socio esthéticienne ...

Malgré ces diverses répercussions physique et psychologique le soignant va créer une relation à l'aide de nouveaux outils, de nouveaux moyens tel le langage non verbal.

III. Enquête exploratoire

L'objectif de cette enquête est basé sur la répercussion des émotions du soignant sur la prise en soin des patients

1) Méthodologie de l'enquête

Dans un premier temps, j'ai préparé un guide d'entretien qui portait sur 3 thèmes provenant de ma question de départ, puis développé dans mon cadre conceptuel.

Ensuite, pour effectuer mon enquête exploratoire, j'ai choisi d'effectuer plusieurs entretiens auprès de soignants en m'appuyant sur ce guide d'entretien afin de fluidifier et de structurer nos échanges. J'ai choisi de procéder à des entretiens semi-directif composé de questions ouvertes et fermées, pour laisser aux interrogés le choix de s'exprimer librement. Ces entretiens ont été enregistrés afin de pouvoir les exploiter dans leur globalité. Ma prise de note sera basée sur leur langage corporel, leur attitude.

Enfin les données exploitées seront de type qualitatives.

⁸² GUILLON, M.-S et CROCQ M.-A. Estime de soi à l'adolescence : revue de la littérature. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2004. Volume 52, Issue 1. p30-36 Disponible à l'adresse :

<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2003.12.005>

⁸³ <https://orlvienouvelle.wordpress.com>. Association créée en 2007.

⁸⁴ <https://corasso.org>. Association reconnue d'utilité publique composée de patients atteints de cancer ORL soutenue par le REFCOR (Réseau d'Expertise Français des Cancers ORL Rares) comprenant une équipe médicale.

2) Choix de la population

Pour procéder à l'enquête exploratoire, j'ai décidé d'effectuer des entretiens avec quatre infirmières et deux aides-soignantes afin de comprendre l'impact des émotions durant leur exercice professionnel.

Tout d'abord, j'ai interrogé une infirmière en service d'urgence/ SMUR, qui aura une prise en soins dans contexte d'urgence. Dans un second temps, j'ai décidé d'effectuer un entretien avec une infirmière libérale, qui a une toute autre approche : elle rentre dans l'intimité du patient, à son domicile. Enfin, j'ai eu l'opportunité d'obtenir l'accord de la cadre d'un service d'oncologie ORL, où j'ai pu y interroger deux infirmières et deux aides-soignantes. C'est différentes soignantes vont me permettre d'identifier la prise en soin d'un patient d'oncologie ORL dans sa globalité, avec une approche différente.

3) Limite et biais

Pour certains soignants parler des émotions est de l'ordre de l'intime, que l'on ne souhaite pas exposer, par pudeur.

Pour l'infirmière libérale et celle du service d'urgences/SMUR, l'entretien s'est effectué à leur domicile dans un environnement calme. Cela m'a permis d'exposer clairement le cadre de ces entretiens, afin d'établir un lien de confiance. Elles ont accepté de se faire enregistrer.

En entrant dans le service d'oncologie ORL, la cadre du service m'a présenté à une infirmière. Celle-ci m'a laissé prendre place dans la salle de repos du personnel en y invitant plusieurs de ses collègues. Toutes avaient été prévenues de mon intervention ce jour. Par effet de groupe, elles n'ont pas souhaité répondre oralement mais plutôt de manière manuscrite malgré mes relances. Au vue de la thématique de mon questionnaire, elles semblent être en difficultés. De plus, les questions ouvertes les ont stressées et plusieurs d'entre elle m'ont fait la remarque de leur préférences pour les questions fermées. L'atmosphère était calme mais le bruit des sonnettes était omniprésent. À différentes reprises, certaines d'entre elles ont dû interrompre leur questionnaire pour répondre aux sonnettes.

IV. Interprétation des résultats

Je vais interpréter les résultats obtenus lors de mes divers entretiens (cf annexe I, II, III, IV, V, VI).

Les trois premières questions, sont portées sur la thématique des émotions.

La première question : « *Pour vous, qu'est-ce qu'une émotion ?* » Sur six professionnelles, quatre ont défini l'émotion comme un ressenti, quatre autres ont parlé d'un sentiment.

Pour la seconde question qui est : « *Quels sortes d'émotions avez-vous déjà ressenties durant votre exercice professionnel ?* » Les principales émotions qui en ressortent sont la joie, la tristesse et l'empathie. Les six professionnelles de santé ont répondu avoir ressenti la joie, cinq d'entre elles ont déjà éprouvé de la tristesse. Parmi les six soignantes, il y en a trois qui évoque l'empathie.

Pour la troisième question : « *Comment arrivez-vous à contenir, extérioriser ou à faire face à vos émotions ?* » Toutes les professionnelles expriment leur émotion, en les partageant. Elles en discutent « avec leur entourage mais surtout avec leurs collègues » ont-elles répondu. Trois soignantes évoquent vis-à-vis des émotions les notions de détachement, de distance en allant jusqu'à devoir les cacher. Deux parmi elles, expriment le besoin de se changer les idées, de faire du sport.

Ma seconde thématique porte sur la relation soignant-soigné. Quatre questions sont regroupées dans ce thème.

La première est : « *Pour vous, que représente un soignant ?* » Cinq professionnelles ont défini le soignant comme une personne effectuant une prise en soin ou une prise en charge d'un patient. Deux ont évoqué la notion d'accompagnement. Chacune a décrit des qualités différentes nécessaires à la prise en soins comme la disponibilité, l'empathie, l'écoute et l'entraide.

Ma seconde question : « *Selon vous, qu'est-ce que la relation soignant-soigné ? et que représente-t-elle ?* » Trois professionnelles ont décrit que relation soignant-soigné est basée sur la confiance, sur la création de liens. Parmi les six soignantes, deux on décrit cette relation comme le cœur du métier, la clef de la profession.

Pour la question suivante : « *Pendant votre exercice professionnel, vos émotions sont-elles prise en compte par la structure à laquelle vous êtes rattachés ? Si oui quels outils ou méthodes sont utilisés ?* » Pour toutes les soignantes, la réponse est négative. Elles déclarent en parler avec leurs collègues ou leur cadre de santé principalement.

La dernière question de ce thème est : « *Que signifie, pour vous l'intelligence émotionnelle ?* » Les réponses divergent. Quatre soignantes ont déclaré que cela signifie de garder ses émotions, de ne pas se laisser dépasser par celles-ci, ou les mettre de côté. Deux professionnelles de santé déterminent que l'intelligence émotionnelle désigne la gestion des émotions, réussir à se connaître et à connaître ses limites.

Ma dernière thématique se base sur le service ORL.

J'ai posé la question suivante : « *Pour vous, quels sont les spécificités d'un patient ayant une pathologie ORL ?* » Les six professionnelles de santé ont répondu que l'appareillage était une spécificité d'un patient ayant une pathologie ORL telle que la trachéotomie. Trois d'entre elles expriment que, pour la plupart, ils sont en échec social dû aux prises de toxiques tels que l'alcool et/ou les drogues. Deux ont exprimé que la plupart des patients affectés par ce type de pathologie ont un manque d'hygiène.

Ma seconde question est la suivante : « *Avez-vous déjà pris en soin des patients de type ORL ? Quels ont été vos difficultés ?* » Toutes les professionnelles reconnaissent avoir pris en soin des patients de type ORL. Cinq professionnelles de santé ont exprimé que la difficulté majeure est la communication. Elles expriment leur incompréhension face à la demande de ses patients. Trois infirmières ressentent des difficultés liées à la prise en charge de la douleur. Deux soignantes expriment la difficulté que les patients ont à accepter leur nouvelle image corporelle en raison des différentes chirurgies. Elles évoquent leur stress, ou la perte de l'estime de soi.

Pour ma question, qui est la suivante : « *Quels sont les moyens que vous avez mis en œuvre pour faire face à ses difficultés ?* » Au vue de la principale difficulté qui est la communication, l'outil le plus utilisé pour cinq soignantes sur six est l'ardoise. Ensuite, les soignantes utilisent différentes astuces pour communiquer comme les mimes, la lecture sur les lèvres, l'utilisation de questions fermées. Pour les soignantes ayant stipulé qu'une de leur difficulté était les changements esthétiques, ainsi que le stress lié aux chirurgies ; celles-ci ont répondu devoir rassurer, éduquer, les faire accepter leur nouvelle apparence.

Face à ses résultats, je vais analyser ces données en me référant à mon cadre conceptuel ultérieurement exposé. J'aimerais mettre à profit cette étude dans ma pratique professionnelle à venir.

V. Analyse des résultats

Pour analyser les résultats, je vais reprendre les thématiques telles que : les émotions, la relation soignant-soigné, le service ORL.

1) Les émotions

Je vais dans un premier temps commencer par le thème des émotions. Pour la première question qui est : « *Pour vous, qu'est-ce qu'une émotion ?* » Aucune professionnelle n'a donné la même définition. Je constate donc toute la complexité de définir une émotion. Il y a quatre professionnelles qui ont utilisé le mot « ressenti » qui est défini, selon le CNRTL⁸⁵ comme : « *Éprouver une sensation physique, en tant que telle, agréable ou désagréable.* » Selon mes diverses sources citées dans mon cadre conceptuel, on retrouve en effet cette notion de sensation physique. Pour le CNRTL « *Éprouver, ressentir une émotion... Les émotions et les sentiments sont constitués par des sensations organiques* », ce qui démontre une réaction physique ; pour le dictionnaire médical c'est une « *Réaction... qui influe puissamment sur de nombreux organes* » et pour Paul Ekman, il s'agit de « *modifications organiques brusques d'origine interne ou externe* ». Ces différents auteurs évoquent une réaction physique face à ce ressenti. Lors des entretiens, les infirmières l'ont évoqué également ; elles ont donc conscience de ce que représente une émotion. Pour ma part, je partage ce point de vue selon lequel les émotions engendrent une cascade de manifestations physiques, psychologiques, hormonales...

Pour ma seconde question portant sur les émotions qui est la suivante : « *Quelles sortes d'émotions avez-vous déjà ressenties ?* » Ce qui ressort de ces entretiens sont la joie, la tristesse et la colère. Ces trois émotions ont dans un premier temps été énoncées par Paul Ekman, selon le même ordre : « *Paul Ekman identifie 6 émotions reconnue universellement : la joie, la tristesse, la colère, la peur, le dégoût, la surprise.* » Toutes ont évoqué la joie, cinq ont évoqué la tristesse et quatre ont parlé de la colère. Elles ont toutes cité diverses émotions, elles ont toutes ressenti des émotions. Comme les entretiens de Lydia Fernandez, qu'elle avait effectués

⁸⁵ <http://www.cnrtl.fr/definition/ressenti>

auprès d'infirmières. Celles-ci s'étaient positionnées de trois manières différentes : « *Les émotions sont considérées comme nécessaires...les émotions sont reconnues et régulées...les émotions sont réprimandées.* » Aucune n'avait évoqué être sans émotion ou ne rien éprouver lors de leur exercice professionnel. Il en est de même pour les soignantes que j'ai interrogées. Comme le cite Pierre Le Coz : « *Les émotions en elles-mêmes ne sont pas mauvaises. Un homme de raison pure, sans affects, serait un être monstrueux.* » Les soignants sont des êtres humains et ressentent des émotions comme tout Homme. Ces émotions sont gérées de manière différentes. Durant mes différents stages et mon exercice professionnel antérieur, j'ai moi-même ressenti ces émotions. J'ai eu du mal à les identifier, à les prendre en compte et à les extérioriser. Je me suis laissé surprendre par elles. Vient ensuite ma troisième question qui est : « *Comment arrivez-vous à contenir, extérioriser ou à faire face à vos émotions ?* » Toutes les professionnelles ont répondu qu'elles en parlaient avec leur collègues ou leur proche, certaines d'entre elles, deux plus précisément, ont dit les extérioriser en faisant du sport ou en se changeant les idées. Trois ont dit également, se détacher, prendre de la distance, ne pas montrer, garder leur émotions. Pour ma part, je ne les garde pas pour moi seul. Je me suis rendu compte que j'avais besoin de faire plus de sport lors de mes stages afin d'évacuer. J'ai tendance à en parler à mon mari tout en respectant le secret professionnel. Je précise qu'il est déjà sensibilisé à ce genre de situations étant lui-même confronté au quotidien dans sa pratique professionnelle (il est pompier).

Selon Muriel Derome, citée précédemment dans mon cadre conceptuel : « *Les métiers du soin exposent à la souffrance.... "se blinder", "mettre sous le tapis" ou "faire comme si de rien n'était" ne protège pas mais fragilise, car nous ne sommes pas des robots !* » D'après les six entretiens, trois d'entre elles ne mesurent pas l'importance de la prise en compte des émotions. Cela peut les fragiliser et donc entraîner des souffrances dans le cadre de leur travail.

Les émotions sont propres à chacun d'entre nous. Elles dépendent de notre vécu, de notre interprétation, de la représentation que l'on se fait. Leur complexité amène à des définitions propre à chacun d'entre nous. Les prendre en compte demande un travail personnel qui sera lié directement à notre approche professionnelle.

2) La relation soignant-soigné

Dans cette partie, je vais analyser la relation soignant-soigné. Ma première question est : « *Pour vous, que représente un soignant ?* » Comme le définit le CNRTL, un soignant est « *une personne qui donne des soins, qui soigne une personne.* » Pour cinq soignantes, un soignant prend en soin, apporte des soins ou prend en charge un patient. Plusieurs d'entre elles ont parlé de la notion d'aide, d'entraide, d'accompagnement, d'écoute, de disponibilité, d'empathie, d'affect. Toutes ces qualités font partie intégrante de notre rôle propre. Celles-ci m'ont été enseignées mais aussi vues lors de différents stages. De par leur réponse, j'en déduis que le métier de soignant dépend beaucoup du relationnel, de l'humain. Au début de ma formation, je n'aurais pas pensé en effet que les soins relationnels (l'écoute, le toucher, l'empathie) prenaient autant de place. Au fil de mes stages, j'ai pu constater que le relationnel crée un lien de confiance entre le soigné et le soignant. Cela permet une meilleure acceptation des soins techniques. Malgré les apports théoriques sur ces soins relationnels que j'ai reçus, l'immersion dans le milieu professionnel m'a permis d'être plus confiante en moi vis-à-vis des patients à prendre en soin.

Ma deuxième question portait sur la définition de la relation soignant-soigné et de leur représentation. La question est formulée comme ceci : « *Selon vous, qu'est ce que la relation soignant-soigné ? Et que représente-t-elle ?* » Il y en a trois sur six qui ont parlé de la notion de confiance. Trois autres ont parlé du relationnel, de la communication. Comme le décrit l'article R4311-2, du code de la Santé Publique « *Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent la qualité technique et qualité des relations avec le malade.* » L'infirmière A, a dit que c'était « *un élément clef de la profession* », l'infirmière B a ajouté que « *le relationnel est 90% du métier d'infirmière* ». Même si le métier d'infirmière est régi par différentes lois, articles ; on constate que ceux-ci sont bien intégrés. Ce métier est basé sur le relationnel, la communication avec le patient. Je partage l'idée que le relationnel fait partie intégrante de la profession d'infirmière. Cette relation va permettre d'établir un climat de confiance avec le patient, nécessaire à la prise en soin global de celui-ci. Plus on communique avec le patient, en faisant preuve d'empathie envers lui, plus on se rend compte de son état psychologique. Cela permet d'articuler les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire pour optimiser la prise en soin du patient. Ainsi il devient « *acteur* » de sa prise en soin.

Par la suite, ma troisième question est la suivante : « *Pendant votre exercice professionnel, vos émotions sont-elles prises en compte par la structure à laquelle vous êtes rattachée ? Si oui, quels outils ou méthodes sont utilisés ?* » Pour toutes les soignantes la réponse a été *non*. L'institution à laquelle elles sont rattachées ne prend pas en compte la sphère émotionnelle. Comme le souligne Marc Lorient : « *Les réformes hospitalières ne reconnaissent pas l'importance du travail émotionnel car il est difficile à mesurer.* » Or pour pallier à cela, elles disent toutes pouvoir en parler avec leur collègues.

Comme le dit Muriel Derome : « *prendre conscience de nos émotions, nos sentiments, pensées, représentations spirituelles ou sensation corporelles nous permet de comprendre combien nous sommes touchés. Pour se situer dans une "juste proximité", il faut d'abord s'interroger sur ce qui se joue en nous et ce à quoi cela nous renvoie. Choisir de consentir aux conséquences que cela entraîne dans notre vie quotidienne nous permet de prendre soin des patients dans une juste attention et une pleine présence de l'autre, sans nous perdre de vue.* » Arnaud Desjardins ajoute « *Si vous voulez être libre de vos émotions il faut avoir la connaissance réelle, immédiate de vos émotions.* » Mais pourquoi il n'y a pas de place pour pouvoir s'exprimer sur nos émotions ? est-ce trop abstrait ? est-ce que la participation serait nulle, par pudeur peut-être ? Autant de questions me viennent, face à la non prise en compte des émotions alors que celles-ci font partie intégrante de notre métier. L'actualité dans les soins, comme le site d'Actusoins⁸⁶, nous prouve que de plus en plus de soignants effectuent toutes sortes d'écrits, de blogs... afin de pouvoir mettre des mots sur leur émotions. Me concernant, je trouve que l'institution ne consacre pas suffisamment de temps pour permettre exprimer nos émotions, ressentis et difficultés. Comme nous l'évoquent Pierre Canouï et Aline Mauranges en citant la définition de D.Bedard et A.Duquette : « *L'épuisement professionnel est une expérience psychique négative vécue par un individu, qui est liée au stress émotionnel et chronique causé par un travail ayant pour but d'aider les gens* ». Ce travail est un travail personnel mais qui influe grandement sur le bien-être au travail, surtout dans les métiers de l'humain. Comme en déduit SOARES Angelo, « *le travail dans le secteur des services à la personne, va demander une gestion des émotions* », qui sera défini par Hochschild Arlie Russell comme étant le « *travail émotionnel* ». Ce qui sera l'intitulé de ma dernière question portant sur la relation soignant-soigné :

⁸⁶ <http://www.actusoins.com/312580/vos-blogs-la-gestion-des-emotions-chez-le-soignant.html>

« *Que signifie, pour vous, intelligence émotionnelle ?* »

Le résumé de Daniel Goleman décrit l'intelligence émotionnelle comme ceci : « *Cette autre forme d'intelligence est la capacité à percevoir, maîtriser et exprimer ses émotions ainsi que ceux d'autrui. Elle influe sur notre self-control, notre motivation, notre intégrité, mais aussi sur nos relations avec les autres : elle permet de mieux communiquer et analyser notre environnement social ou professionnel...l'intelligence émotionnelle est le meilleur prédicteur de succès et de réussite. En apprenant à accepter nos ressentis, nous développons nos compétences et nos aptitudes.* » Or les soignantes ont eu du mal à la définir. Seule une infirmière sur deux a utilisé les mots comme « *partager ses émotions, connaître ses limites, se connaître, ou connaître ses émotions* ». Ses notions montrent, une fois de plus, que la place des émotions dans notre société reste un sujet tabou, et plutôt confidentiel. Savoir poser des mots sur ses émotions semble pourtant nécessaire pour notre bien-être tant personnel que professionnel. Selon l'enquête de l'ordre national des infirmiers datant d'avril 2018, « *Si 37% des répondants déclarent se sentir "très souvent" émotionnellement vidés par leur travail (ils sont près de 46% à estimer l'être "parfois"), près de 22% des répondants envisagent de cesser leur activité (17,17% chez les jeunes de 21 à 29 ans).*⁸⁷ » Après cette enquête, je constate, encore plus, l'importance des émotions, leur expression qui est bénéfique sur le plan personnel mais surtout sur le plan professionnel. Ce sujet me paraît important à étudier. J'ai conscience qu'il me reste des pistes de progrès pour améliorer ma pratique. En effet, mes dernières lectures portaient toutes sur ces thèmes.

3) Le service ORL

Pour ce thème, j'ai utilisé trois questions différentes. La première est : « *Pour vous quels sont les spécificités d'un patient ayant une pathologie ORL ?* ».

Sur les six soignantes, trois d'entre elles ont parlé d'incurie et de désocialisation.

L'Hôpital Européen Georges Pompidou - Service d'Oncologie Médicale décrit que « *La majorité de ces cancers restent liés à un tabagisme important et chronique associé à un abus de boissons alcoolisées.* ». Suite à la consommation d'alcool de manière abusive ses patients se retrouvent en isolement social.

⁸⁷ Une étude de l'Ordre national des infirmiers – avril 2018. Enquête épuisement professionnel. Disponible à l'adresse : https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/publications/Mal_etre_synthese_enquete_avril%202018.pdf

Malgré ses difficultés en terme d'hygiène de vie, elles ont toutes répondu que la principale spécificité était leur appareillage. Cela comprend la trachéotomie et la gastrostomie. Pour la majorité des patients, il n'y a plus d'alimentation par voie orale. Comme nous l'explique Valérie Devillaine: « *Dans le langage courant, on parle de 'cancers ORL', qui affectent donc les oreilles, le nez et le larynx. Les spécialistes préfèrent parler de cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS).*

Les voies aérodigestives sont celles dédiées à l'alimentation et à la respiration et aux fonctions liées, comme la parole, le goût, l'odorat... Les cancers de ces organes et leurs traitements interfèrent donc avec leurs fonctions : respiration, déglutition, phonation (parole et production de sons), audition. » C'est pour cela que ses patients, pour le plus grand nombre, sont dotés de ces appareillage. Ce stage m'a permis d'apprendre de nombreux soins techniques différents tout en mettant en avant les rapports relationnels, différents des autres services.

La trachéotomie va donc engendrer des difficultés, ce qui a été le sujet de ma seconde question telle que : « *Avez-vous déjà pris en soin des patients de type ORL ? Quels ont été vos difficultés ?* »

Deux soignantes ont évoqué l'impact esthétique. La perte de l'estime de soi et l'acceptation d'une nouvelle image corporelle souvent dûe aux différentes chirurgies subies. La chirurgie est l'un des principaux traitements de ces cancers comme nous le décrit Valérie Devillaine : « *Trois types de traitements sont utilisés pour soigner les cancers ORL : la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie... La chirurgie a pour but premier de supprimer la tumeur... Les nouvelles techniques chirurgicales permettent de réduire la taille des incisions et les séquelles esthétiques...Le retrait de la tumeur ("exérèse") est souvent suivi, dans le même temps opératoire, d'une reconstruction des structures affectées. Cette reconstruction a pour but de réparer une fonction, comme la déglutition, ou une vocation esthétique. Des greffes sont réalisées : "Une mâchoire peut être reconstruite à partir de l'os du péroné, par exemple. Des lambeaux de peau et de muscle et leurs vaisseaux peuvent aussi être prélevés et transplantés au niveau du visage et du cou. Les vaisseaux sanguins sont reconnectés par microchirurgie (sous microscope)", détaille le Dr José Rodriguez, chef du service de chirurgie cervico-faciale à l'Institut Curie. »*

Mais pour la plupart d'entre elles, elles ont évoqué que leurs principales difficultés étaient la communication, la compréhension et la gestion de la douleur. La douleur et la communication

font suite aux diverses interventions chirurgicales. La plupart des patients ont des problèmes de phonation. Face à ses diverses difficultés, l'équipe soignante a su s'adapter et trouver des outils permettant d'établir une relation avec ses patients. Lors de mon stage, la principale difficulté à laquelle j'ai été confrontée a été de comprendre les patients. Il m'a fallu en effet plusieurs semaines pour y parvenir. Les cancers de type ORL ont été très impressionnants pour moi au début car ils atteignent le visage et peuvent le défigurer. En effet, cette pathologie induit de la réticence face aux diverses sécrétions produites. Par la suite, ayant situé ce type de cancers, j'y prêtais beaucoup moins d'attention.

Cela sera l'objet de ma dernière question qui est la suivante : « *Quels sont les moyens que vous avez mis en œuvre pour faire face à ses difficultés ?* » Pour les soignantes ayant répondu aux problèmes esthétiques, elles ont fait face à ses difficultés par le relationnel. Elles ont rassuré leur patient, les ont aidés à accepter leur nouvelle image corporelle. Cette mission s'effectue également en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire. D'après Valérie Devillaine « *le traitement des cancers ORL, qui peuvent peser lourdement sur la santé psychologique, qui impactent particulièrement la vie sociale et les habitudes de vie de patients. Comme les traitements peuvent affecter les capacités d'alimentation des patients, une consultation avec une diététicienne est toujours prévue. Une prise en charge des addictions est également proposée, ainsi que l'aide d'une assistante sociale en cas de besoin.* » Pour rentrer en communication avec leur patient, les soignants utilisent comme outils principal l'ardoise. Cet outil va permettre d'établir une relation avec leur patient. Au fil du stage, j'ai su m'adapter à ce type de patient pour entrer en communication. L'image qu'il renvoyait ne suscitait plus de gêne. J'ai privilégié le confort du patient en lui aspirant ses sécrétions et ai laissé de côté mes appréhensions initiales.

VI. La question de recherche

Face à l'analyse de mes divers entretiens, plusieurs questions ont émergé. L'une d'elles semble nécessaire pour la gestion des émotions vis-à-vis des soignants. Cela leur permettrait de pouvoir s'exprimer sur ce sujet.

En quoi l'accompagnement des émotions du soignant est-elle nécessaire dans le milieu professionnel ? Je me demande si le fait de consacrer plus de temps sur ce sujet permettrait aux équipes de pouvoir se libérer de leurs émotions, de les exprimer pleinement sur un temps

imparti. Mais je me demande également si tous les soignants seraient d'accord pour s'exprimer librement sur ce sujet.

N'entrons-nous pas dans la sphère personnelle ? Tout le monde n'est peut-être pas en mesure de se confier et d'extérioriser ses émotions devant les autres ?

VII. Conclusion

Pour conclure, je retiens que ce travail m'a apporté beaucoup sur le plan personnel. Cela ne pourra qu'être utile dans ma future profession. Le sujet des émotions est intime et le fait de devoir mettre des mots sur celles-ci n'a pas été facile. Or, savoir poser des mots sur ses maux est essentiel. Savoir se connaître et accepter ses émotions n'est pas simple. Or, pour exercer dans le milieu de la santé, le positionnement et le réajustement sont nécessaires voire obligatoires.

Chaque patient est différent, chaque situation l'est aussi selon notre vécu, nos ressentis, notre disponibilité... Pour pouvoir se positionner professionnellement, il faut analyser de manière objective les situations rencontrées, savoir se remettre en question quotidiennement, ce qui n'est pas forcément facile à faire. Mais pour nous, pour que ces relations soient les plus humaines et professionnelles possibles, le réajustement fait partie intégrante de ce métier.

Bibliographie

Textes législatifs :

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [en ligne], Journal officiel n°54 du 5 mars 2002. [Consulté le 25/04/19]. Disponible à l'adresse :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>

Décret n° 2016-1066 du 3 août 2016 modifiant le code de déontologie médicale et relatif aux procédures collégiales et au recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès prévus par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie [en ligne], Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?jsessionid=E744F41BE731170976D5F5FC251EF0E3.tplgfr33s_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000032973595&dateTexte=20190425&categorieLien=id#LEGIARTI000032973595

Recommandation professionnelles numérisées

Ministère chargé de la santé. Usagers, vos droit : charte de la personne hospitalisée. Éditions Sicom 06042, Mars 2006. [Consulté 20/02/19]. Disponible à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

Articles

- APTER Gisèle, MELLIER Denis, SAINT-CAST Alexandrine. Introduction. L'émotion, un mouvement vers l'autre ? *Enfances & Psy*, 2010/4 n° 49, p. 9-13. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2010-4-page-9.htm>
- Kambouchner, Denis. Oublier Descartes ? Les passions de l'âme et les théories modernes des émotions. *Acta Universitatis Carolinae: Philologica* [format pdf]. 2018, p 11- 22 ISSN : 2464-6830. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.14712/24646830.2018.32>
- Javeau, Claude. Sartre et sa théorie des émotions : une confrontation avec Erving Goffman. *Sociologies* [en ligne]. 1^{er} juin 2010, p 2-6 ISSN : 1992-2655. Disponible à l'adresse : <http://journals.openedition.org.frodon.univ-paris5.fr/sociologies/3169>
- EUSTACHE, F ; GUILLERY-GIRARD, B ; DAYAN, J: Les liens ténus et complexes entre mémoire et émotions. *Association In Analysis* publié par Elsevier Masson SAS Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/J.INAN.2016.12.006>
- CLARAC François et TERNAUX Jean-Pierre, *Encyclopédie historique des neurosciences, Cerveau et émotions* 2008, p 445 à 484
- René DAVAL, *Les fondements philosophiques de la pensée de Carl Rogers, Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 2008/2, n° 8 p5 à 20. Consulté le 8/05/19. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-approche-centree-sur-la-personne-2008-2-page-5.htm>
- MONTEL Sébastien. À chaque zone sa fonction ? *Sciences Humaines*, 2019, n° 310, p10

- LORIOU Marc. Travail émotionnel et soins infirmiers. 2013, Santé Mentale, Acte presse n°23 p60-63.
- PARIS, Alexandra. Prendre soin, une démarche d'attention à l'autre. 2010, vol.24, n°120, p14-15.
- ROTHIER BAUTZER, Éliane. Care et profession infirmière. Recherche et formation 2014, n°76, p. 93-106. ISBN 978-2-84788-758-7
- MORVILLERS, Jean-Manuel. Le care, le caring, le cure et le soignant. Recherche en soins infirmiers 2015/3 n°122), pages 77 à 81.
- Salomon NASIELSKI. Gestion de la relation thérapeutique : entre alliance et distance. Actualités en analyse transactionnelle, 2012/4 N° 144, p. 12-40. Consulté le 8 mai 2019. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-actualites-en-analyse-transactionnelle-2012-4-page-12.htm>
- SOARES, Angelo. Les émotions dans le travail. Travailler. 2003/3, n°9, p 9-18.
- HOCHSCHILD Arlie Russell. Les prix des sentiments au cœur du travail émotionnel. Paris : La découverte, 2017.
- FORMARIER Monique, La relation de soin, concepts et finalités. Recherche en soins infirmiers 2007 n° 89, p 33 à 42
- PETERMANN Michel. La juste distance professionnelle en soins palliatifs. Revue internationale de soins palliatifs 2016, Vol. 31, n°4 p 177 à 181
- DEROME Muriel, Les soignants face aux événements douloureux. Soins pédiatrie/puériculture 2018, n°304, p34
- PETERMANN Michel. La juste distance professionnelle en soins palliatifs. Revue internationale des soins palliatifs 2016 Volume 31 p177 à p181.

Ouvrage :

- GOLEMAN Daniel. *L'intelligence émotionnelle*. Traduit de l'anglais par T.Piélat. Paris : j'ai lu, 2014.
- QUEVAUVILLIERS Jacques, SOMOGYI Alexandre, et al. Dictionnaire médicale, 6^{ème} édition, Issy les Moulineaux : Elsevier Masson, 2009. ISBN : 978-2-294-70513-7
- FORMARIER Monique. Les concepts en sciences infirmières [en ligne]. Toulouse : Association de recherche en soins infirmiers, 2^{ème} édition, 2012 p. 164-167. Disponible à l'adresse : <https://www-cairn-info.sirius.parisdescartes.fr/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-164.htm>
- REZETTE Séverine. Psychologie clinique et soins infirmiers. 2008.

Ouvrage numérisés :

- SERRATRICE Georges. *Emc-neurologie [en ligne]*. Paris : Elsevier : 2005. [Consulté le 23/04/19]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.emcn.2004.09.006>

Cours théoriques

- Cours théoriques de S2, UE 4.2 soins relationnels. Véronique Serizay

Vidéo

- C'est pas sorcier [podcast]. France télévisions. 2006. [consulté le 5/02/2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.youtube.com/watch?v=pyeXvjCVfy8&t=1388s>

Sites internet :

- NICAISE Emmanuel. Psychologue-clinicien [en ligne], 30 décembre 2012. [Consulté le 20/04/19]. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.psychologue-clinicien.be>
- FREOUR Pauline. Le figaro santé. La première carte corporelle des émotions. Disponible à l'adresse : <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2014/01/06/21819-premiere-carte-corporelle-emotions>
- MAGINIOT François. Centre national de la recherche scientifique. [Consulté le 5/04/19]. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.cnrs.fr/fr/la-premiere-cartographie-complete-de-la-lateralisation-des-fonctions-cerebrales>
- LEGENT François. BIU santé. [Consulté le 13/02/2019] Disponible à l'adresse : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/orl/index.php>
- PLANTE Pierre. Société française d'ORL. [Consulté le 13/02/19] Disponible à l'adresse : <https://www.orlfrance.org/presentation-orl/>
- Valérie Devillaine. Institut curie. Professeur Thierry Philip : 25/03/2017. [Consulté le 25/04/19] Disponible à l'adresse : <https://curie.fr/dossier-pedagogique/les-causes-et-facteurs-de-risque-des-cancers-orl>
- Pr. Stéphane Oudard. Hôpital Européen Georges Pompidou - Service d'Oncologie Médicale, Mise à jour en juin 2018 Disponible à l'adresse : <https://www.oncologie-medicale-hegp.fr/orl/>

Annexes :

Entretien

Chaque entretien a débuté par une présentation de mon identité, mon thème de mémoire de fin d'étude, et une information concernant l'enregistrement que j'allais effectuer comme tel :

Bonjour,

Je me prénomme Aurore, je suis actuellement étudiante infirmière en troisième année. Je viens vers vous afin d'effectuer une enquête pour mon mémoire de fin d'étude qui porte sur les émotions du soignant. Ma question de départ est la suivante : Les émotions du soignant influencent-elles la prise en charge d'un patient en oncologie ORL ?

Par la suite, je vais vous poser des questions. Pour cet entretien, je souhaiterais vous enregistrer. Ses données sont anonymes et strictement personnelles. Elles me permettront de pouvoir retranscrire les différentes données.

ANNEXE I

Entretien n°1 :

Infirmière A travaillant dans le service des urgences/SMUR depuis 7 ans.

- Pour vous, qu'est-ce qu'une émotion ?

« Une émotion, c'est un ressenti personnel positif ou non qui peut engendrer des réactions »

- Quels sortes d'émotions avez-vous déjà ressenties ?

Elle émet un soupir, elle touche ses doigts

- « De la tristesse
- De la joie
- De la compassion
- De la colère *elle change de ton*
- De l'énervement
- Du dégoût » *elle chuchota ah oui du dégoût*

Pourquoi dites-vous « ah oui du dégoût ? »

« Oui, il y a pas longtemps on a eu un sans domicile fixe, de haut en bas c'était une catastrophe »

- Comment arrivez-vous à contenir, extérioriser ou à faire face à vos émotions ?

« On en parle avec nos collègues, puis voilà après ça passe, on laisse le temps faire. Puis on se détache en même temps des situations. »

- Pour vous que représente un soignant ?

« Une personne qui prend soin des autres qui le soigne physiquement, psychologiquement, qui l'accompagne. »

- Selon vous qu'est-ce que la relation soignant-soigné ?

« La relation soignant-soigné c'est plus un lien qui dure plus ou moins longtemps entre un patient et un soignant. Elle est plus ou moins étroite. En fonction du patient on arrive à lier plus ou moins de liens. »

Pourquoi dites-vous étroite ?

« Bah étroite *elle rit* car on ne peut pas lier une relation, on est obligé de maintenir des barrières. »

Et que représente-t-elle ?

« Notre profession infirmière tout simplement. Elle représente notre profession, ce que l'on fait au quotidien, c'est l'élément clef de notre profession quand même, on n'est pas des robots. »

- Pendant votre exercice professionnel, vos émotions sont-elles prises en compte par la structure à laquelle vous êtes rattachée ? Si oui, quels outils ou méthodes sont utilisés ?

« Je dirais euh non pas du tout pris en compte. Là je vais en faire une formation sur la gestion du stress et la prévention de l'épuisement professionnel. A part les formations qui nous proposent après on se soutient entre collègues majoritairement. »

- Que signifie, pour vous l'intelligence émotionnelle ?

« Être capable de réagir à ses émotions, les contenir, comme les partager et d'arriver à ne pas les montrer ou à se laisser dépasser. »

- Pour vous, quels sont les spécificités d'un patient ayant une pathologie ORL ?

« C'est plus ou moins complexe. Cela dépend si on n'arrive à les comprendre. Pour parler, c'est tellement difficile pour eux. Ils s'énervent quand on ne les comprend pas. Je n'en vois pas beaucoup, seulement dans les états d'urgence ou lorsqu'ils sont en crise d'asthme. Récemment j'en ai un qui s'est cassé la mâchoire mais il parlait. »

- Avez-vous déjà pris en soin des patients de type ORL ? Quels ont été vos difficultés ?

« La compréhension et la communication. Chez nous, on a une ardoise si on n'arrive pas ils écrivent. Puis il y a l'entourage qui est là souvent, qui est là et qui nous fait un peu de traduction. »

- Quels sont les moyens que vous avez mis en œuvre pour faire face à ses difficultés ?

« L'ardoise

Appel à l'entourage ou une feuille et un papier. »

Remerciements

ANNEXE II

Entretien n°2

Madame B, infirmière libérale, urgence et réanimation depuis 9 ans.

- Pour vous, qu'est-ce qu'une émotion ?

« C'est un sentiment que l'on perçoit, c'est ce que l'on ressent dans une situation que l'on vit avec un patient. On est triste, on est heureux c'est ça une émotion. »

- Quels sortes d'émotions avez-vous déjà ressentis ?

- « Tristesse
- Joie
- La peine et la tristesse je pense que l'on peut mettre pareil mais la peine aussi
- L'empathie »

- Comment arrivez-vous à contenir, extérioriser ou à faire face à vos émotions ?

« En échangeant : plus maintenant mais avant avec mes collègues

En parlant avec mon conjoint mais sans lui donner de nom, en restant dans le secret professionnel, en essayant *réflexion*...

En me changeant les idées quand j'ai vécu une situation difficile, le plus simple c'est d'en parler c'est juste ça. »

- Pour vous que représente un soignant ?

« Un soignant c'est la personne qui est là pour accompagner le patient, que se soit à l'hôpital ou à domicile. Ça passe aussi bien par notre rôle propre, à notre rôle prescrit donc par l'hygiène, son confort, que par des soins techniques, c'est prendre en charge le patient dans sa globalité. »

- Selon vous qu'est-ce que la relation soignant-soigné ? Et que représente-t-elle ?

« La relation soignant-soigné, c'est l'échange que l'on va avoir avec le patient, tout en restant dans une position de soignant donc en évitant d'aller trop dans la vie personnelle du patient

même si c'est difficile et sa représente 90% de la relation que l'on a avec le patient que l'on prend en charge. »

- Pendant votre exercice professionnel, vos émotions sont-elles prises en compte par la structure à laquelle vous êtes rattachée ? Si oui quels outils ou méthodes sont utilisés ?

« A l'heure actuelle, non parce qu'en libéral, il n'y a rien qui n'est mis en place et après à l'hôpital quand j'étais en réanimation, c'était un échange avec les médecins, il y avait des staffs par rapport aux situations difficiles où on était avec l'équipe médicale et paramédicale pour prendre des décisions et après on avait des visites, des entretiens avec les famille qui aidaient beaucoup à prendre en charge les émotions puis après il y avait les cadres avec qui on pouvait beaucoup en parler »

- Que signifie, pour vous, l'intelligence émotionnelle ?

« Capacité que l'on a à mettre nos émotions de côté dans certaine situation même si on vit quelque chose de difficile, il faut pas le montrer, je pense que c'est la façon que l'on a les garder. »

- Pour vous, quels sont les spécificités d'un patient ayant une pathologie ORL ?

« Déjà c'est l'échange pour parler avec lui s'il a une trachéotomie, déjà il ne peut plus parler sauf s'il a une canule parlante, c'est souvent un échange par un système d'ardoise. Les patients ORL ont souvent aussi des difficultés à respirer du fait de leur encombrement, il faut être attentionner envers eux. Et c'est aussi une spécialité où ils sont archi douloureux. Ah si, il y a une particularité aussi pour tous ce qui est de l'alimentation. »

- Avez-vous déjà pris en soin des patients de type ORL ? Quels ont été vos difficultés ?

« J'ai fait pas mal de cancer ORL à domicile, parce qu'on en voit beaucoup. Les difficultés c'est l'échange par rapport à leur trachéo, la douleur aussi car ils ont super mal et puis les difficultés que l'on a rencontrées c'est à domicile par rapport à leur alimentation. »

- Quels sont les moyens que vous avez mis en œuvre pour faire face à ses difficultés ?

« Tout d'abord, la prise en charge de la douleur, elle passe par une relation avec le médecin qui est très importante, où on fait signe au médecin quand ça ne va pas et il y a une adaptation des traitements. L'alimentation c'est beaucoup par des compléments alimentaires quand ils sont capables d'avaler sinon on met une alimentation parentérale en place, beaucoup d'échange avec les nutritionnistes ou les diététiciens et après le système d'échange. Les difficultés pour

échanger, on met beaucoup en place un système d'ardoise pour que le patient puisse parler avec nous, et il y a beaucoup de patients aussi qui utilisent un système d'alphabet avec des chiffres où 2 signifie B, 6 veut dire F on l'a beaucoup utilisé en réa. Cela permet d'échanger beaucoup. »

Remerciements

ANNEXE III

Entretien n° 3 :

Madame C, aide-soignante en oncologie ORL depuis 4 ans

- Pour vous, qu'est-ce qu'une émotion ?

« Une émotion est un ressenti dû à diverses situations ou changements dans la vie, un sentiment »

- Quels sortes d'émotions avez-vous déjà ressenties ?

- « Tristesse
- Colère
- Souffrance
- Incompréhension
- Soulagée
- Joie »

- Comment arrivez-vous à contenir, extérioriser ou à faire face à vos émotions ?

« Je recherche bien souvent le côté positif à chaque situation.

Je m'exprime facilement pour extérioriser et je pratique un sport, cela m'aide beaucoup. »

- Pour vous que représente un soignant ?

« Un soignant représente l'aide et l'entraide envers les soignés. »

- Selon vous qu'est-ce que la relation soignant-soigné ? Et que représente-t-elle ?

« La relation soignant-soigné représente une forme de confiance. C'est beaucoup d'échanges et de communication. »

- Pendant votre exercice professionnel, vos émotions sont-elles prises en compte par la structure à laquelle vous êtes rattachée ? Si oui, quels outils ou méthodes sont utilisés ?

« Non, nous avons bien souvent l'impression que l'on ne comprend pas notre ressenti face aux diverses situations que nous rencontrons avec certains patient. »

- Que signifie, pour vous l'intelligence émotionnelle ?

« Euh, cela signifie savoir gérer ses émotions »

- Pour vous, quels sont les spécificités d'un patient ayant une pathologie ORL ?

« On peut reconnaître un patient ORL de part son appareillage comme sa trachéo et sa gastrostomie. »

- Avez-vous déjà pris en soin des patients de type ORL ? Quels ont été vos difficultés ?

« Oui car nous sommes un service spécialisé dans l'onco ORL, donc chaque jour nous en côtoyons. La difficulté est la communication et encore plus avec un patient en colère. »

- Quels sont les moyens que vous avez mis en œuvre pour faire face à ses difficultés ?

« Ma méthode est de prendre un volume vocal inférieur à celui du patient pour vouloir échanger et discuter sans s'énerver. J'essaie de gérer ma frustration face à la colère du patient, ou bien si je n'y arrive pas je passe le relais à mes collègues. »

ANNEXE IV

Entretien n°4 :

Madame D, infirmière depuis 7 mois en service d'oncologie ORL

- Pour vous, qu'est-ce qu'une émotion ?

« Une émotion est un ensemble de sentiments sur une durée plus ou moins longue »

- Quels sortes d'émotions avez-vous déjà ressenties ?

- « Joie
- Tristesse »

- Comment arrivez-vous à contenir, extérioriser ou à faire face à vos émotions ?

« Alors en général les émotions négatives comme la tristesse, j'arrive à la garder pour moi. Lorsqu'un patient décède, par exemple, je ne le montre pas à la famille mais j'essaie de me confier, d'en parler à mes collègues. »

- Pour vous que représente un soignant ?

« Le soignant est une personne doté de sentiments singuliers qui est là pour prendre soin d'une personne atteinte d'une pathologie. »

- Selon vous qu'est-ce que la relation soignant-soigné ? Et que représente-t-elle ?

« La relation soignant-soigné concerne 2 personnes différentes, dotées d'affects, de trait de caractère qui les définissent. Elle met en liens ses deux protagonistes par le biais du soin. La relation soignant-soigné est le fil conducteur de la prise en charge d'un patient qui va lui permettre d'avancer, d'avoir une référence durant l'hospitalisation. »

- Pendant votre exercice professionnel, vos émotions sont-elles prises en compte par la structure à laquelle vous êtes rattachée ? Si oui, quels outils ou méthodes sont utilisés ?

« Pour ma part, les émotions sont prises en compte par l'ensemble de l'équipe soignante mais pas par la structure. Il s'agit plutôt du dialogue qu'il y a entre nous. »

- Que signifie, pour vous l'intelligence émotionnelle ?

« C'est être capable de se connaître et de connaître ses limites face à certaines situations et de savoir passer la main pour éviter de se mettre en porte à faux vis-à-vis du patient et de soi-même. »

- Pour vous, quels sont les spécificités d'un patient ayant une pathologie ORL ?

« Ce sont souvent des personnes isolées, en échec social, soit sans domicile fixe, alcoolique, toxicomane. La communication peut être difficile lorsque le patient est trachéotomisé. »

- Avez-vous déjà pris en soin des patients de type ORL ? Quels ont été vos difficultés ?

« Je rencontre des difficultés notamment la communication, la difficulté à leur faire avoir une hygiène correcte. Ces patients sont souvent très anxieux face à la trachéotomie et souvent douloureux malgré les antalgiques. »

- Quels sont les moyens que vous avez mis en œuvre pour faire face à ses difficultés ?

« On a mis en place un système d'ardoise pour entrer en communication avec eux. Les rassurer et négocier me mettaient souvent en difficulté. »

Annexe V

Entretien 5 :

Madame E infirmière depuis 20 ans en service d'oncologie ORL

- Pour vous, qu'est-ce qu'une émotion ?

« C'est un ressenti, une émotion »

- Quels sortes d'émotions avez-vous déjà ressenties ?

- « Peine
- Colère sur certaines prises en charge
- Peur
- Joie
- Empathie
- Stress
- Difficulté avec les fins de vie »

- Comment arrivez-vous à contenir, extérioriser ou à faire face à vos émotions ?

« En discutant avec nos collègues, réunion de service, psychologue. On n'y arrive pas toujours, on peut avoir de la peine pour un patient ou une famille, on passe le relais. »

- Pour vous que représente un soignant ?

« Une personne qui prend en soin et pas seulement selon la prescription »

- Selon vous qu'est-ce que la relation soignant-soigné ? Et que représente-t-elle ?

« Un lien de confiance entre le patient et l'équipe soignante »

- Pendant votre exercice professionnel, vos émotions sont-elles prises en compte par la structure à laquelle vous êtes rattachée ? Si oui, quels outils ou méthodes sont utilisés ?

« Non mais la cadre du service en cas de difficultés avec le patient ou le personnel est présente. Sinon on en parle avec nos collègues IDE et AS principalement, on en discute entre nous et passe le relais. »

- Que signifie, pour vous, l'intelligence émotionnelle ?

« Pouvoir mettre ses émotions de côté pour gérer au mieux le patient. »

- Pour vous, quels sont les spécificités d'un patient ayant une pathologie ORL ?

« Désociabilisation, communication difficile dûe à la trachéo, incurie, défigurés par les interventions chirurgicales. »

- Avez-vous déjà pris en soin des patients de type ORL ? Quels ont été vos difficultés ?

« Refus des soins d'hygiène, gérer un patient qui s'encombre, qui s'étouffe, l'estime de soi, les faire accepter leur nouveau visage, gérer la douleur face à la chirurgie. »

- Quels sont les moyens que vous avez mis en œuvre pour faire face à ses difficultés ?

« Faire de l'éducation aux patients pour l'aider au mieux à accepter la chirurgie, lire sur les lèvres, ardoise. »

Annexe VI

Entretien 6 :

Madame F, aide-soignante depuis 5 ans en service d'oncologie ORL

- Pour vous, qu'est-ce qu'une émotion ?

« Alors une émotion est un sentiment. C'est ce que l'on ressent à l'intérieur de nous. »

- Quels sortes d'émotions avez-vous déjà ressenties ?

- « Empathie
- Compréhension
- Tristesse
- Colère
- Joie
- Doute
- Agacement »

- Comment arrivez-vous à contenir, extérioriser ou à faire face à vos émotions ?

« Tout d'abord j'utilise le vouvoiement avec le patient, je reste professionnelle en mettant des distances tout en restant empathique.

Après j'en parle avec mes collègues ou mon entourage en rentrant le soir. »

- Pour vous que représente un soignant ?

« C'est quelqu'un qui apporte des soins et une écoute à quelqu'un de malade avec empathie et disponibilité. »

- Selon vous qu'est-ce que la relation soignant-soigné ? Et que représente-t-elle ?

« Cela représente une prise en charge commune entre un soignant et un soigné. On laisse apparaître de l'écoute, du respect et une relation de confiance »

- Pendant votre exercice professionnel, vos émotions sont-elles prises en compte par la structure à laquelle vous êtes rattachée ? Si oui, quels outils ou méthodes sont utilisés ?

« Non, juste entre collègue »

- Que signifie, pour vous l'intelligence émotionnelle ?

« Je ne sais pas, peut-être le fait de prendre sur soi, prendre du recul. »

- Pour vous, quels sont les spécificités d'un patient ayant une pathologie ORL ?

« Les problèmes de communication et de compréhension à cause des problèmes de la trach, personne qui ne boit pas, qui ne mange pas. Dans la plupart des cas ce sont des personnes désociabilisées, ancien alcooliques et/ou drogués qui manquent d'hygiène. Ce sont des patients qui ont beaucoup de sécrétions et des problèmes de transit à causes de la nutrition entérale. »

- Avez-vous déjà pris en soin des patients de type ORL ? Quels ont été vos difficultés ?

« Oui chaque jour. Les difficultés de compréhension et de communication. »

- Quels sont les moyens que vous avez mis en œuvre pour faire face à ses difficultés ?

« J'essaie de lire sur les lèvres, effectuer des mimes avec des gestes simples, demander l'aide d'un collègue. J'utilise principalement des questions fermées et utilise aussi une ardoise. »

ABSTRACT

Les émotions du soignants

Mon travail de fin d'études traite des émotions du soignant en service otorhinolaryngologie. Les émotions sont omniprésentes au cœur de notre métier, puisqu'elles découlent de la relation entre le soignant et le soigné. Cette démarche a pour but d'enrichir mes connaissances face à la prise de conscience de ses propres émotions. Ce qui m'a amené à me demander **en quoi, les émotions du soignant influencent-elles dans la prise en soin d'un patient en service ORL ?**

Pour enrichir mon mémoire, j'ai fait de nombreuses recherches afin de répondre à ma problématique. Celles-ci m'ont permis d'établir un cadre de référence en traitant sur ces trois thèmes : les émotions, le soignant et le service ORL.

Afin d'avoir des éléments plus concrets, j'ai réalisé une enquête. J'ai choisi, de réaliser des entretiens semi-directifs auprès de quatre infirmières et de deux aides-soignantes.

Les résultats ont montré que les émotions des soignants ne sont pas prises en compte par leur institution mais qu'elles en parlent entre professionnels. Elle démontre également que malgré les difficultés rencontrées auprès des patients atteints de pathologies ORL, elles ont su s'adapter, trouver de nouveaux outils pour entrer en relation avec leur patient. Ce qui m'a amené à cette question de recherche :

En quoi la prise en charge des émotions du soignant est-elle nécessaire dans le milieu professionnelle ?

Mots- clés : Émotions, gestion des émotions, relation soignant-soigné, infirmière, ORL

Caregivers's emotions

My finale thesis deal with the emotions felt by the caregivers in the otorhinolaryngology department.

They are really present in our field because they come from the relationship between patients and caregivers. This process aims to enrich my knowledge and help me become aware of his own emotions.

That led me to ask myself **to what extend the caregivers emotions influence the care that is given to the patient in the ENT department?**

To enrich my thesis, I did plenty of researches to the answer that question. Those helped me to establish a framework around those three topics: the emotions, the caregivers and the ENT department.

To use more practical elements, I conducted a survey: I used semi-structured interviews with four nurses and two care assistants.

The results of this survey showed that their emotions are not recognized by the institutions they work in but they are when they are discussed between professionals. In addition to that, the survey show that, despite all the difficulties the caregivers encounters with patient that have ENT conditions, they did adapt their care and find new ways and tools to communicate with those patients.

Those conclusions bring me to think about the following question: **To what extend the care of the caregivers's emotions is necessary in their professional environment?**

key words: emotions, emotion management, nurse-patient relationship, nurse, ENT department