

Émotions et soins



15

© taka/stock.adobe.com

Autrefois appelées “passions” et portant dans leur nom l’idée d’un mouvement, “motion”, les émotions, positives ou négatives, ressenties et évaluées par la personne qui les vit, se révèlent dans chaque interaction entre le soignant et la personne malade. Quelle que soit notre profession, infirmier, cadre de santé, aide-soignant, médecin, etc., de l’étape de la formation initiale à un exercice au long cours et donc plus expérimenté, les émotions nous invitent tous à réfléchir et à progresser, individuellement et collectivement. Les théories en sciences infirmières éclairent notre compréhension de ce qui se joue au travers des émotions dans les soins. Les politiques de santé doivent tenir compte de cette dimension.

Déclarations de liens d’intérêts

L’auteur déclare ne pas avoir de liens d’intérêts.

Alice de la Brière

Infirmière

c/o La revue de l’infirmière, 65 rue Camille-Desmoulins,
92130 Issy-les-Moulineaux cedex, France

Adresse e-mail : alicedesmouliere@hotmail.fr (A. de la Brière).

Dossier coordonné par Alice de la Brière
et Sylvie Warnet**16**

Le soin, lieu d’affectivité et d’émotions

Richard Pougnet, Laurence Pougnet

20D’une émotion à l’autre, vingt-quatre heures
dans la vie d’un médecin hospitalier

Diane Friedman

22

Les émotions, utiles et alliées

Marie de Bonnières

24Conception des émotions dans la discipline
infirmière, survol et points de repère

Sylvie Rey

29L’intelligence émotionnelle au cœur
de la formation initiale

Ludovic Dudous, Estelle Gorlier, Anne Papas

32Accompagner les équipes pour décrypter
et gérer les émotions dans certaines situations
de soins

Marie Benazzouz, Marina Bastos, Kamil Chrif, Sylvie Jouan

Le soin, lieu d'affectivité et d'émotions

Richard Pougnet^{a,b,*}
MD, PhD (philosophie)

Laurence Pougnet^{c,d}
Médecin biologiste militaire,
hygiéniste

^aService de santé au travail,
Centre de pathologies
professionnelles
et environnementales,
Centre hospitalier régional
universitaire Morvan,
2 avenue Foch, 29200 Brest,
France

^bLaboratoire d'études et de
recherche en sociologie
(Labers), EA3941, Université
de Bretagne occidentale,
Brest, France

^cLaboratoire de biologie
médicale, Hôpital
d'instruction des armées
Clermont-Tonnerre, CC 41,
BCRM Brest, 29240 Brest
cedex 9, France

^dInfections respiratoires
fongiques (IRF), Université
de Bretagne occidentale,
Brest, France

16

Joie, peur, dégoût, colère, tristesse, surprise, les émotions sont des affects fugaces et naturels qui nous prennent sur le fait. Le soin, en tant que face-à-face avec autrui, dans un cadre parfois difficile de pathologies graves ou chroniques, peut devenir un lieu d'affectivité, d'autant plus que le soin franchit les barrières de l'intimité corporelle. Que faire de ses émotions dans le soin ?

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – émotion ; patient ; proche ; relation de soin ; soignant ; soin

Care, a place of affectivity and emotions. Joy, fear, disgust, anger, sadness, surprise, emotions are fleeting and natural affects that catch us off guard. Care, as a face-to-face encounter with others, in a sometimes difficult context of serious or chronic pathologies, can become a place of affectivity, all the more so as care crosses the barriers of bodily intimacy. What to do with one's emotions in care?

© 2023 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – caregiver; care; care relationship; emotion; patient; relative

Certaines prises en charge peuvent nous marquer émotionnellement. Je me souviens¹ d'une patiente que nous soignons en chirurgie vasculaire. Avec un diabète mal équilibré depuis des années, elle souffrait de coronaropathie et de néphropathie. Elle présentait, en outre, une artériopathie des membres inférieurs sévère ; une partie de son pied commençait à nécroser et risquait d'occasionner une hyperkaliémie. Il fallut faire une amputation du médio-pied. Voilà, elle ne risquait plus de faire un arrêt cardiaque, elle ne souffrait plus. Pouvaient débiter les longues semaines de cicatrisation.

◆ Au gré des pansements, on discute, on partage, on fait connaissance avec la patiente et ses proches. Hélas, elle cicatrise mal, et un nouvel épisode survient de l'autre côté. Il faut là

aussi amputer, mais plus haut. Et repartir sur des soins de longue haleine. Par la suite, de périls vitaux en reprises d'amputations, *via* les pansements et les tentatives d'équilibrage des différents paramètres, nous sommes passés de la crainte de la mort au soulagement d'une prise en charge enfin gagnante. Tout au moins à court terme.

◆ Nous avons accouru dans sa chambre, un soir, c'était un lundi, à la suite des retentissements des alarmes du scope, et l'avons trouvée en

arrêt cardiorespiratoire. Après quelques massages, le médecin arrive, examine la situation et nous fait cesser tout geste. Voilà, c'est fini ; *ite missa est* ("allez, la messe est [dite]"), dirions-nous presque. Le soin de cette patiente fut ainsi un véritable ascenseur émotionnel : affolements soudains lorsque son pronostic vital avait été engagé à de multiples reprises ; soulagement lorsqu'elle revenait du bloc ; inquiétude face à la cicatrisation ; joie lors de nos discussions ; peine devant la famille inconsolable ; dépits devant notre impuissance, etc.

◆ Mais "pourquoi" les soins suscitent-ils tant d'émotions ? On pourrait penser ici à la fois à la source de ses émotions, et à l'emploi de celles-ci. Dans notre histoire, si après

une petite vingtaine d'années j'y pense encore, peut-être devrais-je me remettre en question et me demander si ma sensibilité ne m'a pas trop marqué, ou peut-être empêché de prendre le recul nécessaire aux soins. En somme, les émotions sont-elles inévitables et sont-elles souhaitables pour le soin ? Mais pour répondre à cela, encore nous faudra-t-il définir précisément ce que sont les émotions et ce que nous entendons par "soin". Une fois cela posé, nous pourrions tenter une première réflexion assumant, comme

Le soin de cette patiente fut ainsi un véritable ascenseur émotionnel

Note

¹ Expérience vécue par Richard Pougnet.

² Voir par exemple les recommandations de la HAS sur le repérage et la prise en charge du burnout, sur le site de la HAS : www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout (consulté le 14/02/2023).

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : richard.pougnet@univ-brest.fr (R. Pougnet).

l'éclaire notre exemple pratique, la complexité d'une relation d'accompagnement en tant qu'elle touche le patient, son encouragement, et les soignants eux-mêmes [1]. Comment les émotions du professionnel de santé peuvent-elles aider à mieux soigner, tout en prenant soin de soi et de ses collègues, dans un monde de mutations de la technicité des soins et de l'offre de soins ?

Les émotions : définition

Les émotions semblent diverses et variées, mélangeant pêle-mêle la colère, la joie, la tristesse, la peur, le dégoût, la surprise, etc. Liées à notre subjectivité et à notre ressenti instantané de notre affectivité, elles appartiennent au même domaine que les passions, l'humeur et les sentiments. À la différence de ces derniers, elles semblent fugaces, voire fugitives ; hélas, l'instant de liesse est déjà passé, heureusement l'ire retombe aussi vite que le lait sur le feu.

◆ **Historiquement, le terme "émotion" apparaît relativement récemment en ce sens.** Auparavant, on parlait plutôt de passion. L'un des principaux ouvrages de Descartes sur la morale s'intitule *Le Traité des passions de l'âme*. On voyait alors les "émotions" comme des moteurs psychologiques susceptibles d'influencer nos décisions. L'étymologie peut sembler étonnante de nos jours. Du latin *ex*, "hors de", et *moveo*, "déplacer", on en tire un « *ce qui met en mouvement, nous jette au-dehors* » [2]. Le latin met pourtant en lumière l'impulsion donnée par les émotions.

◆ **Elles font bouger la personne, au sens figuré ;** mais pas uniquement, car en effet, les émotions provoquent des réactions corporelles. On reconnaît les signes de la peur ou de la joie à la dilatation pupillaire, ou au sourire. Contrairement aux sentiments, les émotions modifient notre comportement et se voient en notre corps ; que l'on soit le patient ou le soignant. Les émotions touchent ainsi tant l'intime de la sphère affective que le corps en son expressivité sociale, parfois incontrôlée.

Le soin, un face-à-face d'émotions

Or le soin rapproche physiquement le soigné et le soignant. On peut mettre en exergue plusieurs asymétries dans la relation de soin : asymétrie de vulnérabilité dans l'acte présent d'être ou non malade, asymétrie de demande, asymétrie de savoir, asymétrie de pouvoir agir [3].

◆ **Au quotidien, cette asymétrie se vit en un face-à-face ou en un soin de proximité** mettant les personnes face-à-face. Le soignant peut comprendre la peur qu'éprouve son patient, en dépit parfois de la perte de conscience de celui-ci. Par exemple, une étude en unité de soins palliatifs rapportait que 94,7% des personnes en phase agonique communiquaient par mimiques, ou encore, de manière plus subtile, que 87,7% le faisaient par modifications de leur respiration [4]. Mais cela se fait en miroir. Les émotions du soignant sont visibles par le patient. Même pour un geste technique, comme lorsque l'on fait une prise de sang sur un patient qualifié d'"impiquable" par sa collègue, la concentration est palpable ; et d'aventure, elle devient tension légèrement anxieuse, le patient ressent que le malaise croît de part et d'autre. Faut-il alors, pour bien soigner, maîtriser ses émotions ?

◆ **Cela dépend sans doute de ce que l'on entend par "soigner".** Si par soin nous n'envisageons l'acte qu'en lui-même, un peu comme si les soignants étaient avant tout des techniciens spécialisés en gestes biomédicaux, peut-être devrions-nous nous davantage intéresser aux émotions qu'aux courbes détaillant la prestation technique. On pourrait alors voir si les émotions influencent un geste, comme une pose de cathéter, en pourcentage de réussite, ou temps de réalisation, ou pourquoi pas, en termes de complications, comme une infection. Donc dans ce cas le plus extrême du soin vu comme production d'un geste, coupé quasiment du patient lui-même, il pourrait être intéressant d'étudier les émotions. *A contrario*, si l'on considère le soin en sa dimension sociale et interpersonnelle, de souci d'autrui, se réalisant par présence à cet autrui incluant les gestes en leur technicité, sans réduire la relation à cela, doit-on se soucier de nos émotions ?

◆ **Le soin, en tant que présence pour autrui,** implique de faire attention à cet autre face à nous et à ses réactions. Le prendre soin se fait en partie grâce à l'empathie qui permet de décrypter les émotions et de mieux évaluer les douleurs du patient. Le soin en tant que prendre soin de l'autre, *care* pour le dire simplement, comprend une dimension humaine et sociale. Frédéric Worms le décrit comme une double vision du soignant envers son patient : d'un côté, la haute spécificité de la médecine implique de voir le patient par segments, symptômes, petits bouts, dirions-nous ; d'un autre côté, le souci d'autrui implique



18

© Alexander Rathb/stock.kadobe.com

Le prendre soin se fait en partie grâce à l'empathie qui permet de décrypter les émotions et de mieux évaluer les douleurs du patient.

de prendre du recul pour voir autrui de manière globale [5]. De son côté, Cynthia Fleury pense le soin comme un humanisme, un lien entre les hommes, une action nécessaire à l'humanisation [6]. Le soin peut largement être conçu au-delà de l'acte, en son essence relationnelle. Dès lors, il est nécessaire de comprendre cette relation, et donc, ce qui affecte cette relation ; mais aussi de travailler cette relation. Cela passe par des techniques de communication, etc. Cela passe aussi par un travail sur les émotions.

Vers le travail émotionnel

Pourtant, travailler sur les émotions, est-ce simplement possible ? En effet, les émotions surviennent lorsque l'on rencontre une situation. Je suis attristé lorsque je vois mon patient souffrir. Cela me vient parce que je suis capable d'émotion, et non parce que je l'aurais décidé. L'ancien terme "passion" exprimait plus volontiers cette passivité de l'être humain face à ses émotions.

◆ **Dois-je alors supprimer le *stimulus* pour éviter l'émotion ?** Si une telle vie paraît peu

recommandable, il serait vain de s'abstraire de ce *stimulus* dans le soin, à moins de ne plus soigner. Une autre solution serait de jouer sur une autre catégorie des émotions : leur aspect arbitraire [7]. Deux personnes ne ressentiront pas la même joie ni la même peur face à un même *stimulus*. Parfois, la situation fera écho à leurs propres histoires, leur état psychologique, et les mécanismes inconscients de transferts. Ainsi, un soignant peut-il être submergé par l'émotion lorsqu'il aura à prendre en charge un patient atteint de la même maladie que celle qui a emporté sa mère l'année dernière. Le soignant et ses collègues devraient être attentifs à leurs états psychologiques, tant pour eux-mêmes que pour les patients. Mais il existe une autre solution pour espérer travailler sur ses émotions : au lieu de vouloir y échapper, il semblerait plus humain et plus juste d'apprendre à les exprimer de manière compréhensible, sans qu'elles n'envahissent la relation.

◆ **Les chercheurs en soins infirmiers ont, depuis des années, développé plusieurs**

concepts de formation, mettant en exergue le travail émotionnel des infirmiers et des aides-soignants, lesquels se forgent une identité professionnelle incluant « un personnage de façade » que l'on présente au patient, l'épargnant des émotions personnelles non propices aux soins [8].

◆ **Nous pourrions ici nuancer ce propos et la définition même des émotions, en reprenant l'analyse de Sartre [9].** Le philosophe distinguait plusieurs sortes d'émotions : l'émotion fine, sorte d'émotivité intuitive non affective et l'émotion faible, ressentie par la personne comme un mouvement affectif intérieur qui, contrairement à son nom, peut être fort et saisissant ; il distingue en outre l'émotion fautive, manière purement comportementale, mais non affective, d'exprimer une émotion. On peut prendre l'exemple de la joie exprimée par une personne qui reçoit un cadeau qu'elle n'apprécie pas vraiment : « *L'agrément de l'objet qu'on vient de me donner existe beaucoup plus comme exigence que comme réalité* » ; exigence sociale en référence à des codes, à côté d'une réalité comprise comme affective [10].

Le soin, un face-à-face avec soi-même

Le travail émotionnel peut donc être de surjouer des émotions comme de dissimuler celles-ci. Or si ce travail de présentation de ses émotions de manière contrôlée s'apprend au fur et à mesure de la carrière, il est souhaitable d'en souligner certaines limites. Cela nécessite un travail psychologique supplémentaire, que l'entraînement peut soulager. Mais surtout, si des études ont montré un meilleur épanouissement professionnel, il n'en demeure pas moins que de jouer un personnage trop décalé peut aussi nuire à un travail d'introspection. En effet, à trop cacher aux autres ses émotions, on peut en venir à se les cacher à soi-même, d'autant plus que le soignant met en place certains mécanismes de défense de distanciation et de rationalisation. En outre, le syndrome d'épuisement professionnel ou *burnout* est en partie caractérisé par un émoussement affectif^F, une sorte de dépersonnalisation. Le soignant ne s'en rend pas compte ; il prend une attitude cynique et se renferme de plus en plus, devient de moins en moins capable d'empathie et de compréhension des émotions de son patient. Plusieurs études ont ainsi montré l'impact négatif du *burnout* sur la qualité des soins [11].

De l'émotion du soignant vers une politique de santé

La perte progressive de son émotivité naturelle rend le soignant moins empathique et moins patient envers le soigné. D'une certaine manière, par aphorie, cela illustre à quel point les émotions et l'empathie se révèlent indispensables pour soigner justement les patients. Dans notre société marquée par les déserts médicaux, le temps dédié à chaque patient pourrait devenir un facteur crucial pour la continuité des soins ; ainsi que pour la gestion de la relation, car, bien que fugitives, les émotions se succèdent les unes aux autres et, pour suivre son patient, il est utile de prendre le temps de le voir et de le revoir [12]. De même, pour les soignants, la multiplication des tâches peut se faire au détriment du travail émotionnel face à chaque soin. Une collègue disait qu'il fallait du temps pour "métaboliser" les situations cliniques.

◆ **La prévalence parfois importante du burnout**, en plus d'être un enjeu pour la santé du soignant, peut en faire un enjeu pour la santé publique. Au risque de perdre pied, le soignant doit pouvoir reconnaître ses propres émotions, à la fois comme signe d'alerte pour lui-même et à la fois comme capacité à être plus empathique envers le patient et ses proches [11].

◆ **Pour autant, l'environnement professionnel et social joue un rôle clé pour éviter l'épuisement.** Par exemple, une étude montrait que, plus que tous les autres facteurs, l'espoir prévenait du *burnout* [13]. Un espoir pourrait aussi venir du fait que les activités soignantes vont aussi se modifier. Les infirmiers en pratique avancée auront de nouvelles activités et devront créer de nouveaux espaces relationnels. Sans doute est-il logique de penser que face à de nouvelles situations, les compétences émotionnelles seront à renouveler et à repenser en pratique. Et probablement, quel que soit le niveau de compétences émotionnelles d'un soignant, dans la relation au patient et à ses collègues, il ne pourra se départir d'un temps incompressible, d'une temporalité dédiée à la gestion des émotions vécues, ressenties, éprouvées. ●

Références

- [1] Miceli P. L'attention aux émotions dans la prise en charge familiale de la maladie d'Alzheimer. *Gerontol Soc* 2016;38(2):59-72.
- [2] Paccioni JP. Émotion. In: Blay M, editor. *Grand dictionnaire de la philosophie*. Paris: CNRS, Larousse; 2012.
- [3] Origgi C, Spanzi M. La construction de la confiance dans l'entretien médical. In: Martin T, Quiviger PY, editors. *Action médicale et confiance*. Besançon: Presses universitaires de Franche-Comté; 2006.
- [4] Sivade A, Gabolde M, Frasca M, Burucoa B. Perception par les professionnels de santé d'unités de soins palliatifs de leurs rôles et vécus auprès des patients en phase agonique et leurs proches. *Rev Int Soins Palliatifs* 2016;31(2):85-98.
- [5] Worms F. Le moment du soin : à quoi tenons-nous ? Paris: Presses universitaires de France; 2021.
- [6] Fleury C. Le soin est un humanisme. Paris: Gallimard; 2019.
- [7] Deonna JA, Teroni F. Qu'est-ce qu'une émotion ? Paris: Vrin; 2008.
- [8] Truc H, Alderson M, Thompson M. Le travail émotionnel qui sous-tend les soins infirmiers : une analyse évolutionnaire de concept. *Rech Soins Infirm* 2009;2(97):34-49.
- [9] Dassonneville G. Émotions et ruse thérapeutique : une perspective phénoménologique sur le soin infirmier en pédopsychiatrie. *PSN* 2019;17(1):33-49.
- [10] Sartre JP. *Esquisse d'une théorie des émotions*. Paris: Le Livre de Poche; 2000.
- [11] Harrad R, Sulla F. Factors associated with and impact of burnout in nursing and residential home care workers for the elderly. *Acta Biomed* 2018;89(7-5):60-9.
- [12] Dubé L, Paquet C. Les émotions : l'aspect négligé dans l'organisation des soins de santé centrée sur le patient. *Gestion* 2003;28(2):11-8.
- [13] Oliver A, Revuelto L, Fernández I, et al. An integrative model of the subjective well-being of staff working in intellectual disability services. *Res Dev Disabil* 2019;87:1-8.

Déclaration de liens d'intérêts
Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

D'une émotion à l'autre, vingt-quatre heures dans la vie d'un médecin hospitalier

Diane Friedman
Praticien hospitalier

Service de réanimation
du Pr Annane, Secteur
de surveillance continue,
CHU Raymond-Poincaré,
104 boulevard Raymond-
Poincaré, 92380 Garches,
France

À chaque matin son humeur du jour : joie, tristesse, agacement, etc. Comme tout être humain et au-delà de leur professionnalisme, les soignants sont traversés, tout au long de leur journée de pratique, par des émotions. Elles relèvent aussi bien du plan personnel que professionnel. Par exemple, la situation d'un patient en fin de vie, dans un service de réanimation, va faire émerger chez tous les protagonistes (patient, entourage, équipe soignante) différentes émotions, narrées par le médecin en charge du patient.

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – accompagnement ; émotion ; fin de vie ; soins palliatifs ; travail en équipe

From one emotion to another, twenty-four hours in the life of a hospital doctor. Every morning has its own mood: joy, sadness, annoyance, etc. Like all human beings, and beyond their professionalism, caregivers experience emotions throughout their day of practice. These emotions are both personal and professional. For example, the situation of a patient at the end of life, in an intensive care unit, will bring out different emotions in all the protagonists (patient, family, care team), narrated by the doctor in charge of the patient.

© 2023 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – accompaniment; emotion; end of life; palliative care; teamwork

20

Aujourd'hui, en me levant, je me sens fatiguée et préoccupée par des contingences familiales. Pourtant, je me prépare comme chaque jour à aller exercer mon métier de médecin dans un service hospitalier de soins intensifs. Ma voiture me sert de sas de transition entre mes deux vies : familiale et professionnelle. Deux vies certes différentes, mais avec un point d'intersection : moi.

◆ **Dès l'arrivée à l'hôpital, mes cinq sens s'éveillent** : les repères visuels des lieux et des personnes, l'odeur particulière des produits ménagers hospitaliers, les sons familiers des bips techniques, des chariots de soins et des voix des collègues aides-soignantes, la sensation sur mes avant-bras dénudés de ma blouse en coton épais blanc, et bientôt le goût peu aromatisé du café que nous boirons en équipe.

◆ **Parmi les dix patients hospitalisés dans le secteur de surveillance continue**, M. C., en chambre 8, est un peu particulier. Ce patient de 99 ans que nous suivons en consultation depuis longtemps est hospitalisé à la suite d'une aggravation de ses différentes pathologies, entraînant une altération de son état général avec défaillances respiratoire, métabolique et rénale. En revanche, sa vivacité d'esprit, ses facultés de pensée et sa lucidité sont intactes et forcent l'admiration. Nous avons

décidé, en accord avec lui et sa famille, de limiter les thérapeutiques et notamment de ne pas pratiquer de manœuvres de réanimation chez ce patient, dont la fin de vie est malheureusement d'actualité.

Les émotions sont souvent communicatives

Ma journée de travail débute par la réunion quotidienne de transmissions médicales faites par le médecin de garde de la veille. Quand vient le sujet de M. C., il prône l'administration d'une sédation pour ce patient. J'ai l'impression de déceler chez mon collègue un léger embarras. De mon côté, plusieurs émotions s'entrechoquent simultanément : l'étonnement (pourquoi diable faudrait-il sédaté un patient qui n'en a pas besoin ?), la colère (difficile d'accompagner la fin de vie d'un patient sans être dans le "faire" à tout prix), le désarroi (comme le travail de pédagogie sur les soins palliatifs est ardu !). Je réponds rapidement au questionnement de ce médecin et du reste de l'équipe médicale, quant à l'absence d'indication, jusqu'à hier, à sédaté ce patient : la gêne respiratoire observée par moments est très bien calmée par la morphine, le patient qui peut encore répondre par des hochements de tête dit ne pas

Adresse e-mail :
diane.friedman@aphp.fr
(D. Friedman).

être angoissé. Aucune raison de débiter une sédation. Nous n'avons pas le temps – ou ne le prenons pas – de confronter et d'analyser nos émotions et points de vue sur cette situation.

◆ **Sacré M. C. !** C comme "courage", C comme "calme", C comme "compliqué". En pénétrant ensuite dans l'unité de soins, je jette un coup d'œil par la porte entrouverte de sa chambre et constate qu'il semble apaisé, sa respiration est régulière, son visage détendu. Les émotions sont souvent communicatives. Je réalise que voir l'apaisement du patient m'apaise également.

◆ **Un peu plus tard en fin de matinée**, une autre réunion a lieu cette fois avec l'équipe soignante de l'unité, comme chaque jour. À nouveau, le cas de M. C. fait débat : « *Faudra-t-il faire un massage cardiaque externe¹ au patient s'il fait un arrêt cardiaque ?* », « *Pourquoi le scope est-il éteint ?* », « *Comment être averti du moment de la mort, sans le scope ?* ».

Une équipe chamboulée par les émotions

Ayant travaillé en soins palliatifs, je m'appuie sur mon expérience pour argumenter mes décisions thérapeutiques et de surveillance pour ce patient qui va bientôt mourir. Même en soins intensifs, garder le scope pour un patient en fin de vie ne paraît pas pertinent. J'encourage les soignants à se fonder sur les signes cliniques du sujet, plutôt que sur les chiffres affichés habituellement sur le scope : la fréquence respiratoire, la crispation du visage, les gémissements, etc.

◆ **Je sens bien qu'ils ne sont pas à l'aise avec la prise en charge de M. C.**, puisque le projet de soins n'est pas un projet de réanimation. Mais je ressens intuitivement que je dois tenir mes décisions car elles ont du sens pour moi, pour ce patient et me permettent aussi de faire de la pédagogie auprès de l'équipe sur la démarche palliative, même si c'est au prix d'une sortie de leur zone de confort, et donc d'un chamboulement de leurs émotions, qui gagneraient d'ailleurs à être décryptées.

◆ **Après déjeuner, une infirmière m'appelle et j'entends la tension dans sa voix.** Le fils de M. C. demande à me voir en urgence. Je ne connais pas le motif de cet appel, mais je sens monter en moi une inquiétude. Que veut-il ? Qu'attend-il ? Et si je n'arrivais pas à trouver les mots ? Et si je n'arrivais pas à le calmer ? La fin de vie d'un patient est un moment qui fait souvent écho en nous, en convoquant des souvenirs personnels ou en mettant en lien des expériences professionnelles. Il nous renvoie en outre à notre propre finitude, ses questionnements et ses angoisses.

Communiquer et permettre l'expression des émotions

Soucieuse de ne pas me laisser emporter par le sentiment d'urgence teinté d'angoisse et parce que « *ce qui est urgent est rarement important, et ce qui est important est rarement urgent²* », je décide de temporiser cet entretien, ce qui me permet d'atténuer un peu les émotions et de "reprenre mes esprits".

◆ **L'entretien avec le fils de M. C. a lieu autour d'une table et en présence de l'infirmière.** La meilleure entrée en matière est l'écoute ; je laisse donc le fils du patient s'exprimer. Il a besoin de témoigner sur l'homme d'engagement et de foi qu'était son père, ainsi que sur l'amour et l'admiration qu'il lui porte. Il a également besoin de lui poser une ultime question (son père se sent-il bien, ici, à l'hôpital ?), et me demande de l'accompagner pour cela.

◆ **Nous allons ensemble dans la chambre auprès de M. C.** La communication est encore possible et j'assiste, les yeux humides, à une déclaration d'amour filial et de confiance réciproque, un baiser posé sur le front du patient, accompagné de quelques mots : « *Fais ton chemin, mon papa.* » Nous ressortons tous les trois de la chambre, tranquilisés : le fils ayant pu faire ses adieux, l'infirmière soulagée face à l'agressivité qu'elle avait ressentie à l'arrivée du fils et moi satisfaite de l'accompagnement que nous offrons à ce patient et son fils.

◆ **Je sais que ce patient va mourir**, mais je finis cette journée de travail avec confiance et gratitude, je suis apaisée. Tout comme ce matin, mon trajet en voiture vers mon domicile m'offre un sas de décompression, où les émotions peuvent décanter tranquillement. Une journée riche – dans tous les sens du terme – en émotions : les miennes, celles de l'équipe, du patient et de son entourage.

Mettre les émotions au service du soin

L'accueil de ces émotions a permis leur reconnaissance puis leur transformation en mots, et enfin leur analyse [1]. Cette articulation a permis de mettre les émotions au service du soin et du travail en équipe. Les émotions, surtout quand elles sont désagréables, comme la colère ou l'agressivité, peuvent apparaître comme des cibles à abattre, mettant en jeu nos mécanismes de défense [2]. Pourtant, elles ne sont que le sommet de l'iceberg, cachant d'autres émotions (la peur, la tristesse) dans les eaux profondes de l'âme. Elles sont inévitables et précieuses, nous amenant vers l'authenticité de la relation soignante et de la relation avec nous-même. Elles sont un véritable enjeu du soin et de l'accompagnement. Elles sont le garant de notre humanité complexe, nous reliant les uns aux autres. ●

Notes

¹ Faire un massage cardiaque externe ; manœuvre de réanimation.

² Matrice d'Eisenhower : outil managérial de gestion du travail, selon une citation du président américain Dwight D. Eisenhower.

Références

[1] Friedman D. Unité de soins palliatifs, au cœur des émotions des familles. 1^{re} éd. Paris: Vuibert; 2021.

[2] Ionescu S, Jacquet MM, Lhote C. Les mécanismes de défense, théorie et clinique. 2^e éd. Paris: Armand Colin; 2012.

Les émotions, utiles et alliées

Marie de Bonnières
Psychologue clinicienne

c/o La revue de l'infirmière,
65 rue Camille-Desmoulins,
92130 Issy-les-Moulineaux
cedex, France

Les émotions sont des éprouvés individuels et subjectifs, ressentis en réaction à une situation spécifique. Agréables ou désagréables, elles s'expriment de manière plus ou moins intense et s'inscrivent dans le corps avec des manifestations physiques plus ou moins perceptibles, comme un cœur qui bat, des vertiges, une sensation de chaleur ou des larmes. On y prête surtout attention lorsque leurs manifestations sont inconfortables et la tentation est alors forte de les fuir, de les éviter ou de les refouler. Pourtant, les émotions ont une fonction adaptative et se révèlent des alliées précieuses en général, y compris dans le domaine de la maladie.

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – compétence émotionnelle ; émotion ; maladie ; soin

Emotions, useful and allies. *Emotions are individual and subjective experiences, felt in reaction to a specific situation. Pleasant or unpleasant, they are expressed in a more or less intense way and are inscribed in the body with more or less perceptible physical manifestations, such as a beating heart, dizziness, a feeling of heat or tears. We pay attention to them especially when their manifestations are uncomfortable and the temptation is then strong to flee them, to avoid them or to repress them. However, emotions have an adaptive function and prove to be precious allies in general, including in the field of illness.*

© 2023 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – care; emotion; emotional competence; illness

22

De la philosophie antique à Charles Darwin, qui observe des phénomènes émotionnels chez d'autres espèces animales, en passant par Sigmund Freud, qui fait de l'affect un élément essentiel de la psychanalyse, ou plus récemment António Damásio, qui l'établit comme objet de recherche dans le champ neurologique, l'émotion est à la croisée de différentes disciplines et sa définition fait l'objet de débats. Il en existe autant que de théories de l'émotion...

◆ **Retenons que son fonctionnement n'a probablement pas encore livré tous ses secrets**, tant il est complexe, impliquant des cognitions, des modifications biologiques (neuronales, physiologiques, neurovégétatives), une tendance à l'action, des modifications de comportements, des ressentis subjectifs [1].

◆ **Au quotidien, l'émotion a plusieurs fonctions très utiles** [1]. D'abord, c'est une source d'information, elle contient toujours un message. Une émotion désagréable indique une entrave à la réalisation d'un objectif ou à l'assouvissement d'un besoin, tandis qu'une émotion agréable indique la réalisation de ces objectifs ou besoins. Par ailleurs, l'émotion pousse à l'action, en facilitant certains comportements et en en réprimant d'autres,

et participe au processus de décision [2]. L'émotion a enfin une fonction adaptative en coordonnant « les réponses des différents systèmes (cognitif, physiologique, etc.) afin que l'organisme puisse répondre de manière optimale lors de la confrontation à certaines situations » [1].

Les émotions dans la maladie

Dans cette perspective, penser les émotions dans le cadre de la maladie se révèle instructif. La maladie est une épreuve de vie, confrontant à des bouleversements physiques et psychiques importants et à des événements perturbants (annonces, examens, traitements plus ou moins douloureux, etc.). La condition de malade est alors susceptible d'engendrer un certain nombre d'émotions, souvent d'une intensité proportionnelle aux bouleversements provoqués :

- la colère, par exemple, face à l'injustice de la maladie, à l'impuissance ou à la frustration, ou en réaction à certains examens ou propos vécus comme irrespectueux ;
- la peur, notamment, en réponse au danger, à la maladie, à l'incertitude, à l'insécurité, à l'inconnu ;
- la honte, par exemple, de son intimité dévoilée, ou lorsque des tabous sont liés à une pathologie ;

Adresse e-mail :
mariedebonnieres@gmail.com
(M. de Bonnières).

- le dégoût de soi, par exemple, face à certaines transformations physiques ou à certains actes médicaux vécus comme intrusifs ;
- la tristesse, par exemple, liée à la perte de certaines capacités, de projets de vie.

◆ **À ces émotions peuvent s'ajouter d'autres sentiments :**

- la culpabilité : d'être malade, d'imposer sa maladie à ses proches. Elle peut aussi se manifester si l'on se sent responsable de son état, comme cela peut être le cas si l'on a tardé à consulter, si l'on rencontre des difficultés à observer son traitement ;
- l'incompréhension : face aux annonces qui sont faites, au jargon médical, aux protocoles de traitement ;
- la solitude : liée au fait de vivre des bouleversements intimes, de se sentir incompris par ses proches ;
- le sentiment d'impuissance, lorsqu'aucune solution ne semble s'esquisser ;
- la lassitude, la fatigue, la perte de l'élan vital lorsque beaucoup d'énergie et d'efforts semblent avoir été déployés en vain.

◆ **Il est aussi possible de ressentir des émotions positives** comme la gratitude ou le réconfort lorsque l'on se sent suffisamment accompagné et soutenu, comme la joie ou la confiance lorsque l'on reçoit une nouvelle encourageante, ou comme la sérénité grâce à la mise en place de solutions apaisantes.

◆ **Certaines émotions, aussi désagréables soient-elles, sont des alarmes intérieures** qui signalent un besoin inassouvi. Par exemple, la tristesse peut signifier un besoin de réconfort, la peur un besoin d'aide. La colère peut aussi être l'expression d'un processus de deuil en cours, lorsque la maladie confronte à des pertes (d'une "bonne santé", de projets, etc.). Les fuir, les ignorer, ou les tenir à distance serait vain car elles risquent alors de se manifester plus bruyamment et d'être plus inconfortables encore. Il ne s'agit pas non plus de les entretenir, ni de s'y complaire.

Faire de ses émotions des alliées

Savoir identifier ses émotions est un prérequis pour accéder aux messages qu'elles véhiculent. Cela signifie dans un premier temps ne pas les réprimer, mais plutôt les écouter et les observer. Nombreuses sont les classifications des émotions, retenons celle proposée par Paul Ekman qui en distingue sept de base : joie, tristesse, colère, peur, dégoût, surprise, mépris [3,4]. Les pensées qui nous traversent, les sensations corporelles éprouvées (gorge nouée, mains moites, nausée, rougeurs, etc.), les tendances à l'action (désir de s'enfuir, de crier ou de se cacher) sont autant d'indices permettant de les reconnaître.



L'émotion est une source d'information, elle contient toujours un message.

◆ **Les identifier permet de s'interroger sur la situation qui les a provoquées**, une émotion se référant « toujours à un objet qui la déclenche » [5]. Comprendre le besoin inassouvi auquel elle fait écho permet de mettre en place des moyens adaptés, de la modérer.

◆ **Différents procédés permettent de réguler les émotions** et peuvent d'ailleurs être utilisés simultanément. Travailler sur les situations générant les émotions, en les préparant ou en les modifiant, permet souvent d'en diminuer l'intensité. Par exemple, face à la peur d'un examen médical, il est possible de demander des informations supplémentaires en amont, de venir accompagné, ou de partager ses appréhensions avec son médecin.

◆ **Dans l'objectif de retrouver un certain équilibre émotionnel**, diverses approches comme l'expression orale ou à travers des médiations tels l'écriture ou le dessin, le recours à des techniques psychocorporelles comme la relaxation ou la méditation, ou encore le fait de cultiver les émotions positives, s'avèrent intéressantes.

◆ **Demander de l'aide à un spécialiste comme un psychothérapeute** peut être soutenant et se révèle même indispensable lorsque des émotions négatives sont envahissantes, qu'elles s'installent dans la durée et qu'il n'est plus possible de trouver les moyens internes de les réguler.

Conclusion

Loin d'être dysfonctionnelles – dans la mesure où elles n'empêchent pas l'individu de fonctionner au quotidien –, les émotions sont normales car elles se manifestent en réaction aux événements traversés. Développer ses compétences émotionnelles, c'est-à-dire être capable de les identifier, de les comprendre, de les utiliser et de les réguler, permet de voir les émotions comme de véritables alliées puisqu'elles sont riches en information et nous encouragent à l'action. ●

Références

- [1] Mikolajczak M, Quoidbach J, Kotsou I, Néllis D. Les compétences émotionnelles. Malakoff: Dunod; 2020.
- [2] Damásio AR. L'erreur de Descartes. Paris: Odile Jacob; 2021.
- [3] Paul Ekman Group*. Universal Emotions. www.paulekman.com/universal-emotions/.
- [4] Bertoux M. La construction des émotions. Rev Neuropsychol 2020;12(4):327-8.
- [5] Sander D, Scherer KR. Traité de psychologie des émotions. Malakoff: Dunod; 2019.

Pour en savoir plus

- Marie de Bonnières est l'auteurice de *Mieux vivre avec une maladie chronique*, Éditions Larousse 2022

Conception des émotions dans la discipline infirmière, survol et points de repère

Sylvie Rey
Infirmière, PhD, professeure

Département des sciences infirmières, Université de Québec à Trois-Rivières, 3351 boulevard des Forges, C.P. 500, Trois-Rivières, Québec G9A 5H7, Canada

Voici comment les émotions sont considérées au sein de la discipline infirmière. Une exploration au niveau de la taxinomie, de la discipline et des théories infirmières a été réalisée. De plus, quelques articles sont présentés. Nous démontrons également que les émotions font partie de la discipline infirmière et qu'il serait pertinent d'approfondir le sujet.

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – discipline infirmière ; émotion ; relation ; taxinomie ; théorie

Concept of emotions in the nursing discipline, overview and benchmarks. The following is how emotions are viewed within the nursing discipline. An exploration at the level of taxonomy, discipline, and nursing theories has been conducted. In addition, some articles are presented. It is also shown that emotions are part of the nursing discipline and that it would be relevant to explore the topic further.

© 2023 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – emotion; nursing discipline; relationship; taxonomy; theory

24

Références

- [1] Paillard C. Dictionnaire des concepts en sciences infirmières. Vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné. 5^e éd. Gourmay-sur-Marne: Éditions Setes; 2021.
- [2] Formarier M, Jovic L. Les concepts en sciences infirmières. 2^e éd. Lyon: Mallet conseil; 2012.
- [3] Fernandez L. Émotion. In: Formarier M, Jovic L, editors. Les concepts en sciences infirmières. 2^e éd. Lyon: Mallet conseil; 2012. p.164–p.167.
- [4] Lelord F, André C. La force des émotions. Amour, colère, joie. Paris: Odile Jacob; 2003.
- [5] Benny M, Huot A, Jacques S, et al. Santé mentale et psychopathologie. Une approche biopsychosociale. 3^e éd. Montréal (Canada): Modulo; 2021.
- [6] Phaneuf M, Gendron F. La relation soignant-soigné. L'accompagnement thérapeutique. 2^e éd. Montréal (Canada): Chenelière Éducation; 2016.
- [7] Ackley BJ, Ladwig GB, Makyc MBF, et al. Nursing diagnosis handbook. An evidence-based guide to planning care. Revised reprint with 2021-2023 Nanda-1st Updates. 12^e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2022.

Adresse e-mail :
sylvie.rey@uqtr.ca
(S. Rey).

La question à l'origine de cet article était de savoir comment les théories en sciences infirmières abordent les émotions. La voie choisie pour répondre a été celle d'une exploration du concept "émotion" au sein d'ouvrages de référence pour la discipline infirmière. Les premiers ouvrages se situent au niveau de la définition de concepts et de la taxinomie infirmiers. Les seconds ouvrages sont ceux écrits par quelques métathéoriciennes. La troisième série d'ouvrages porte sur les théories infirmières. Enfin, une exploration dans les bases de données a permis de repérer quelques articles pertinents à la discussion.

Il est important de préciser que cet article n'a nullement la prétention de présenter une revue organisée sur la question des émotions dans la discipline infirmière. Il a pour but d'établir quelques bases permettant de poursuivre la réflexion sur le sujet.

Les émotions : concept et taxinomie infirmiers

Pour commencer, il est utile de définir ce qu'est une émotion. Pour cela, les dictionnaires de

concepts infirmiers de Paillard [1] et de Formarier et Jovic [2] sont très utiles. Fernandez [3] explique que l'origine du mot émotion se situe au XIII^e siècle et prend naissance à partir du mot *motion* qui signifie mouvement en ancien français. Plus tard, le mot est utilisé en référence au "trouble moral", puis comme un dérivé du verbe *émouvoir*. Plusieurs définitions peuvent être

données au concept selon la discipline qui l'étudie. En effet, Fernandez [3] explique que la philosophie, la neurologie, la biologie et l'éthologie s'intéressent aux émotions.

♦ **La définition qui a été retenue pour cet article est celle proposée par Lelord et André [4],** psy-

chiatre et psychothérapeute, et qui est présentée comme suit dans le dictionnaire de Paillard [1] : « *L'émotion est une réaction soudaine de tout notre organisme, avec des composantes physiologiques (notre corps), cognitives (notre esprit) et comportementales (nos actions).* » Cette définition est intéressante puisqu'elle situe l'émotion comme une expérience multidimensionnelle, ressentie et évaluée par une personne et qui la met en action.

♦ **Selon les auteurs, il existe différentes émotions universelles ou primaires, qui sont la**

L'émotion est une réaction soudaine de tout notre organisme, en lien avec notre corps, notre esprit et nos actions

colère, la peur, la tristesse, la joie, le dégoût, l'acceptation, l'anticipation et la surprise [5,6]. À ces émotions de base s'ajoutent des émotions considérées comme étant plus élaborées qui sont par exemple « [...] la honte, la culpabilité, la jalousie, le mépris, la pitié ou la tendresse [...], qui nécessitent des élaborations cognitives » [3]. Maintenant qu'une définition de base a été donnée pour les émotions, il faut regarder comment la taxinomie infirmière intègre ce concept.

◆ **La taxinomie sert à classifier des éléments.** Il existe plusieurs taxinomies dans le champ de la discipline infirmière et des soins infirmiers. Celle choisie, ici, est la taxinomie relative aux diagnostics infirmiers Nanda-I (North American Nursing Diagnosis Association International)[7], aux résultats infirmiers [8] et aux interventions infirmières [9]. Une exploration par les index des livres a été réalisée pour le mot français émotion*¹ ou par son équivalent en anglais *emotion**¹. Aucune référence n'a été trouvée dans les index de la traduction française par l'Afedi [10] ou dans le livre *Diagnostics infirmiers, interventions et résultats* de Pascal et Valentin [11]. En revanche, des références ont été trouvées dans les index des ouvrages en anglais, ce qui a permis de faire des recoupements avec les traductions en français. Celles-ci sont présentées brièvement ci-dessous.

Les émotions dans les diagnostics infirmiers Nanda

Selon Ackley, *et al.* [7], un seul diagnostic libellé à partir de *emotion** a été trouvé soit *labile emotional control*, traduit en français comme étant le contrôle émotionnel instable [10]. La définition qui est donnée est « *explosion incontrôlable de l'expression d'émotions qui est exagérée et involontaire* » [10]. Il est également possible de mentionner que, dans l'index du livre en anglais [7], un terme relève une liaison entre les problèmes émotionnels (*emotional problems*) avec les diagnostics relatifs aux problèmes d'adaptation (traduction libre de *problems with coping*), ce qui suggère un lien entre ces concepts.

◆ **En ce qui concerne les résultats infirmiers pour le contrôle émotionnel instable**, il est conseillé de considérer les résultats relatifs à l'adaptation, aux connaissances sur les processus de la maladie, à l'impulsivité, au contrôle de soi, à l'estime de soi, à la qualité de la vie, au bien-être personnel et au niveau de stress [7]. Toutefois, aucun résultat libellé à partir de *emotion** n'a été trouvé dans l'index du livre de Moorhead, *et al.* [8].

◆ **Enfin, en ce qui concerne les interventions recommandées dans le cadre d'un diagnostic de contrôle émotionnel instable**, le soutien émotionnel [9] et l'amélioration de l'adaptation, l'enseignement sur les processus de la maladie, le renforcement de l'estime de soi ainsi que l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être [7] sont des options à explorer.

◆ **Lorsque l'on sait que la taxinomie infirmière de la Nanda-I présente plus de 260 diagnostics**, environ 540 résultats et plus de 560 interventions, il est intéressant de remarquer que le concept émotion* fait partie des trois index et est mis en relation avec d'autres concepts et libellés. Par la suite, une exploration du concept d'émotion a été réalisée dans les index d'ouvrages rédigés par des métathéoriciennes infirmières ou d'ouvrages généraux sur la discipline infirmière.

Les émotions chez les métathéoriciennes

Une fois encore, les index des livres ont été étudiés pour rechercher les mots émotion* ou *emotion**. Aucune référence n'a été trouvée dans les index de Fawcett [12–14], Meleis [15], Reed et Shearer Crawford [16], Rodgers [17], Risjord [18,19], McKenna, *et al.* [20] ou encore de Dallaire [21] ou de Pepin, *et al.* [22].

◆ **Par contre, Kim [23] évoque le soutien émotionnel et spirituel**, qu'elle situe parmi les outils essentiels de la pratique infirmière. Cody [24] place le concept émotion* en relation avec un système de classification pour les différentes expressions de santé. Il présente ainsi quinze sous-catégories classées dans cinq dimensions soit : 1) l'affect (sérénité, harmonie, vitalité et sensibilité), 2) les attitudes (optimisme, pertinence et compétence), 3) l'activité (mode de vie positif, travail significatif et rémunération revigorante), 4) les aspirations (actualisation de soi et contribution sociale) et 5) les accomplissements (plaisir, créativité et transcendance) [24].

◆ **Ainsi, le concept émotion* ne se retrouve que rarement dans les index des livres traitant de la discipline infirmière qui ont été consultés.** Il est donc pertinent d'aller voir comment le concept est abordé par les théories infirmières. Pour ce faire, plusieurs index de livres de référence sur les théories infirmières ont été consultés.

Les émotions dans les théories infirmières

Plusieurs livres sur les théories infirmières ont donc été consultés [16,20,25–30]. Dans les index

Références

- [8] Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Nursing outcomes classification (NOC). Measurement of health outcomes. 6^e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier; 2016.
- [9] Butcher H, Bulechek G, Dochterman J, Wagner C. Nursing interventions classification (NIC). 7^e éd. Oxford (Royaume-Uni): Elsevier; 2016.
- [10] Herdman HT, Kamitsuru S, Takáo Lopes C. Diagnostics infirmiers 2021-2023 : définitions et classification. Traduction Afedi & Aqcsi, Nanda International Inc. 12^e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2021.
- [11] Pascal A, Valentin EF. Diagnostics infirmiers, interventions et résultats. Classifications infirmières et plans de soins. 7^e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2021.
- [12] Fawcett J. Applying conceptual models of nursing. Quality improvement, research, and practice. New York (États-Unis): Springer Publishing Company; 2016.
- [13] Fawcett J, DeSanto-Madeya S. Contemporary nursing knowledge. Analysis and evaluation of nursing models and theories. 3^e éd. Philadelphie (États-Unis): F.A. Davis Company; 2013.
- [14] Fawcett J, Garity J. Evaluating research for evidence-based nursing practice. Philadelphie (États-Unis): F.A. Davis Company; 2009.
- [15] Meleis AI. Theoretical nursing. development and progress. 6^e éd. Alphen-sur-le-Rhin (Pays-Bas): Wolters Kluwer; 2018.
- [16] Peterson SJ, Bredow TS. Middle range theories: application to nursing research. 5^e éd. Alphen-sur-le-Rhin (Pays-Bas): Wolters Kluwer; 2020. p. p. 255–p.276.
- [17] Rodgers BL. Developing nursing knowledge. Philosophical traditions and influences. Philadelphie (États-Unis): Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
- [18] Risjord MW. Nursing knowledge. Science, practice, and philosophy. New Jersey (États-Unis): Wiley Blackwell; 2010.
- [19] Risjord MW. Philosophy of social science. A contemporary introduction. Londres (Royaume-Uni): Routledge; 2014.
- [20] McKenna HP, Pajnikihar M, Murphy FA. Fundamentals of nursing models, theories and practice. 2^e éd. New Jersey (États-Unis): Wiley-Blackwell; 2014.
- [21] Dallaire C. Le savoir infirmier. Au cœur de la discipline et de la profession. Montréal (Canada): Gaëtan Morin, Chenelière Éducation; 2008.
- [22] Pepin J, Ducharme F, Kérouac S. La pensée infirmière. 4^e éd. Montréal (Canada): Chenelière Éducation; 2017.

Références

- [23] Kim HS. The Essence of nursing practice. Philosophy and perspective. New York (États-Unis): Springer Publishing Company; 2015.
- [24] Cody WK. Philosophical and theoretical perspectives for advanced nursing practice. 5^e éd. Burlington (États-Unis): Jones & Bartlett Learning; 2013.
- [25] Alligood MR. Nursing theorists and their work. 10^e éd. Missouri (États-Unis): Elsevier Mosby; 2022.
- [26] Butts JB, Rich KL. Philosophies and theories for advanced nursing practice. 4^e éd. Burlington (États-Unis): Jones & Bartlett Learning; 2022.
- [27] Masters K. Nursing Theories. A framework for professional practice. 2^e éd. Burlington (États-Unis): Jones & Bartlett Learning; 2015.
- [28] McEwen M, Wills EM. Theoretical basis for nursing. 6^e éd. Philadelphie (États-Unis): Wolters Kluwer Health; 2023.
- [29] Smith MJ, Liehr P. Middle-range theory for nursing. 4^e éd. New York (États-Unis): Springer Publishing Company; 2018.
- [30] Vonarx N. Le corps au sein de la discipline infirmière : un incontournable pour lier les quatre concepts du métaparadigme actuel. *Rech Soins Infirm* 2016;4(127):8–15.
- [31] Peden AR, Poellet N, Staal J, et al. Nurse-patient relationship theories. In: Smith MC, editor. Nursing theories and nursing practice. 5^e éd. Philadelphie (États-Unis): F. A. Davis Company; 2020. p. 67–87.
- [32] Hainsworth MA, Eakes GG, Burke ML. Coping with chronic sorrow. *Issues Ment Health Nurs* 1994;15(1):59–66.
- [33] Eakes GG. Chronic Sorrow. In: Peterson SJ, Bredow TS, editors. Middle range theories. Application to nursing research. 5^e éd. Alphen-sur-le-Rhin (Pays-Bas): Wolters Kluwer; 2020. p. 107–115.
- [34] Maeve MK, Cheryl Tatano Beck. postpartum depression theory. In: Alligood MR, editor. Nursing theorists and their work. 10^e éd. Missouri (États-Unis): Elsevier Mosby; 2022. p.539–p.552.
- [35] Kolcaba K, Crawford C. Comfort. In: Peterson SJ, Bredow TS, editors. Middle range theories: application to nursing research. 5^e éd. Alphen-sur-le-Rhin (Pays-Bas): Wolters Kluwer; 2020. p. 189–209.
- [36] Meighan M, Ramona T. Mercer: maternal role attainment. *Becoming a mother*. In: Alligood MR, editor. Nursing theorists and their work. 10^e éd. Missouri (États-Unis): Elsevier Mosby; 2022. p. 4430–p.4444.
- [37] Schaffer MA. Social Support. In: Peterson SJ, Bredow TS, editors. Middle range theories: application to nursing research. 5^e éd. Alphen-sur-le-Rhin (Pays-Bas): Wolters Kluwer; 2020. p. 127–47.

de ces livres, il est possible de trouver des liens avec un modèle et six théories à spectre modéré à partir du concept *emotion**.

Modèle infirmier

Le modèle infirmier identifié est celui de Travelbee sur la relation d'humain à humain [31]. Le concept de détachement émotionnel est proposé pour illustrer la situation dans laquelle une infirmière perçoit la personne malade comme un simple "patient" plutôt que comme un individu unique ayant sa propre perception de l'expérience qu'il vit. Ce détachement émotionnel conduit l'infirmière à effectuer des tâches sans s'impliquer d'un point de vue relationnel avec la personne soignée.

Théories à spectre modéré

◆ **La première théorie à spectre modéré est celle de la tristesse chronique (Chronic Sorrow)** de Hainsworth, *et al.* [32]. Bien évidemment, le titre est éloquent en matière d'émotions puisqu'il présente l'une des émotions universelles. Pour Hainsworth, *et al.* [32], la tristesse chronique est définie comme la « *réurrence périodique d'une tristesse permanente et omniprésente ou d'autres sentiments liés au deuil associé à une disparité continue résultant d'une expérience de perte* » [33]. De plus, la théorie présente le concept de mécanismes d'adaptation émotionnelle (*emotional coping mechanisms*) qui font partie des stratégies internes d'adaptation qui, en plus d'être émotionnelles, sont aussi cognitives, interpersonnelles et relatives à l'action. Il est intéressant de relever que la tristesse chronique fait partie des diagnostics infirmiers [7]. En français, le diagnostic a été traduit par chagrin chronique [10,11]. La tristesse et le chagrin chroniques ne font pas partie des concepts présentés par Paillard [1] ou par Formarier et Jovic [2].

◆ **La deuxième théorie à spectre modéré identifiée par les index à partir du concept *emotion** est la théorie de la dépression chronique en post-partum (post-partum depression theory)** de Beck [34]. Cette théorie présente entre autres le phénomène de labilité émotionnelle (*emotional lability*).

◆ **La troisième théorie est celle de Kolcaba sur le confort [35]** et qui évoque le concept de soins émotionnels (*emotional care*) comme faisant partie des interventions infirmières.

◆ **La quatrième théorie est celle de l'accomplissement du rôle maternel – devenir**

une mère (*Maternal Role Attainment – Becoming a Mother*) de Mercer [36]. Cette théorie évoque le soutien émotionnel comme étant l'une des interventions infirmières pertinentes pour les mères.

◆ **Dans un même ordre d'idées, la cinquième théorie identifiée est celle du soutien social** de Schaffer [37], qui présente le concept de soutien émotionnel. Le soutien émotionnel est l'un des quatre construits de la théorie, avec les soutiens informationnels, instrumentaux et d'évaluation. Il est défini comme étant « *l'expérience de se sentir apprécié, admiré, respecté et aimé* » [37].

◆ **La sixième théorie est celle de la résilience** de Haase et Philips [38], qui présente le concept de résilience émotionnelle, qui est présenté comme un résultat souhaité, mis en lien avec les résiliences comportementales et éducationnelles.

Théorie de pratique

Une dernière théorie a été identifiée, qui n'est pas de niveau modéré, mais appartient plutôt au niveau le plus concret. Il s'agit de la théorie pratique de la souffrance (*The Praxis Theory of Suffering*) de Morse [39]. Cette théorie présente la souffrance comme étant liée à deux états, soit l'endurance et la souffrance émotionnelle. L'endurance est la situation dans laquelle la personne est coupée de ses émotions et centrée sur le présent. Ce processus lui évite de trop souffrir d'une perte et d'anticiper un avenir douloureux et altéré par la perte. La souffrance émotionnelle survient lorsque les émotions de détresse sont ressenties et vécues par la personne, qui démontre alors un besoin d'exprimer son sentiment de perte et ses émotions.

◆ **Enfin, il est encore possible de mentionner que Oberleitner [40] évoque l'intelligence émotionnelle au sein des théories**, des modèles et des cadres de référence relatifs au *leadership* et à la gestion.

◆ **Ainsi, l'exploration des index des livres sur les théories infirmières révèle des pistes intéressantes** quant à la présence et la considération du concept d'émotion par des théoriciennes. Il faut bien préciser que la recherche a été réalisée uniquement avec le concept *emotion** et que des concepts différents pourraient être recherchés. Par exemple, une recherche par la liste des émotions universelles pourrait être réalisée. Aussi, la discipline infirmière adopte une perspective holistique de la personne et est définie par quatre concepts interreliés qui sont la personne, la santé, l'environnement et le soin. De plus, le centre



© fona/stockadobe.com

d'intérêt de la discipline infirmière contient la notion d'expérience de santé [22]. Ces considérations signifient que la recherche à partir d'un seul concept ne peut représenter toute la richesse des conceptions théoriques infirmières sur les émotions vécues par la personne.

Il est encore possible d'apporter des précisions à partir de quelques articles. Une recherche sommaire dans les bases de données a été réalisée avec les mots clés émotions, soins infirmiers, infirmière. Quelques articles sont présentés ici pour démontrer le vaste champ des savoirs relatifs aux émotions dans le domaine des soins infirmiers.

Les émotions révélées dans quelques articles

Pour commencer, Diogo, *et al.* [41] rappellent que les soins infirmiers ont été associés longtemps aux pratiques religieuses. Cependant, les auteurs expliquent que, avec le développement des sciences infirmières, de nouvelles conceptions ont vu le jour et ont permis de présenter différentes perspectives théoriques intégrant les dimensions physiques, sociales, culturelles, techniques, spirituelles, économiques et émotionnelles des personnes soignées, des infirmières et même des soins. Ces conceptions ont alors permis le développement du savoir infirmier et l'amélioration des pratiques infirmières. Cela permet de rappeler que le savoir infirmier est rattaché à l'expérience de santé vécue par la personne, la famille, le groupe ou la communauté au sein d'environnements variés et évolutifs et que celle-ci inclut de fait des expériences émotionnelles diverses et des soins centrés sur celles-ci.

◆ Ensuite, les résultats de l'étude exploratoire de Cecil et Glass [42] sur la protection et

la régulation émotionnelles dans les interactions infirmière-patient sont intéressants. Par exemple, les cinq infirmières interrogées estiment que la régulation émotionnelle est exprimée par l'expression d'une "figure professionnelle" relative au confinement émotionnel qui est une stratégie nécessaire pour donner les soins à la personne. Les infirmières mentionnent également la présence d'une "dissonance émotionnelle" qui serait reliée à la présence de problèmes émotionnels non résolus. Cet article rappelle que l'infirmière est en relation avec la personne qui vit des expériences de santé et que cette dimension relationnelle évoque des expériences émotionnelles diverses entre les personnes, mais aussi pour chacune d'elles. Cela implique que l'infirmière doit tenir compte des émotions vécues par la personne, qu'elle doit adapter les soins en fonction de l'expérience de la personne et qu'elle doit aussi gérer et prendre soin de sa propre expérience émotionnelle.

◆ Aussi, il est possible de considérer l'étude transversale de Högländer, *et al.* [43] sur la communication émotionnelle avec les personnes âgées vivant à domicile. Les résultats issus de l'analyse de 188 visites à domicile par des infirmières démontrent que la majorité des états de détresse émotionnelle étaient exprimés par des femmes plus âgées ou avec des infirmières. Les expressions de détresse émotionnelle chez les hommes plus âgés étaient moins courantes et pouvaient même passer inaperçues. Ces résultats nous poussent à réfléchir sur les stéréotypes que les infirmières peuvent avoir en regard de l'expérience émotionnelle vécue par des personnes d'âge, de sexe, de nationalité ou de culture différentes ou encore en regard du diagnostic qui est posé.

Références

- [38] Haase JE, Philips CR. Resilience. In: Peterson SJ, Bredow TS, editors. Middle range theories: application to nursing research. 5^e éd. Alphen-sur-le-Rhin (Pays-Bas): Wolters Kluwer; 2020. p. 255–p.276.
- [39] Morse JM. The praxis theory of suffering. In: Butts JB, Rich KL, editors. Philosophies and theories for advanced nursing practice. 4^e éd. Burlington (États-Unis): Jones & Bartlett Learning; 2022. p.489–513.
- [40] Oberleitner MG. Theories, models, and frameworks from leadership and management. In: McEwen M, Wills EM, editors. Theoretical basis for nursing. 6^e éd. Philadelphie (États-Unis): Wolters Kluwer Health; 2023. p. p. 368–400.
- [41] Diogo PM, de Freitas BIBM, da Costa AIL, Gaíva MAM. Care in pediatric nursing from the perspective of emotions: from Nightingale to the present. *Rev Bras Enferm* 2021;74(4). [e20200377].
- [42] Cecil P, Glass N. An exploration of emotional protection and regulation in nurse-patient interactions: the role of the professional face and the emotional mirror. *Collegian* 2015;22(4):377–85.
- [43] Högländer J, Sundler AJ, Spreeuwenberg P, et al. Emotional communication with older people: a cross-sectional study of home care. *Nursing & Health Sciences* 2019;21(3):382–9.
- [44] Santo LD, Ambrosi E, Maragna M, et al. Nursing students' emotions evoked by the first contact with patient's body: a qualitative study. *Nurse Educ Today* 2020;85. [104299].
- [45] Collière MF. Soigner... Le premier art de la vie. 2^e éd. Paris: Masson; 2001.
- [46] Delomel MA. La toilette dévoilée. Analyse d'une réalité et perspectives soignantes. Paris: Seli Arslan; 2008.
- [47] Fontaine M. L'accompagnement, un lieu nécessaire des soins infirmiers.... *Pensée Plur* 2009;3(22):53–63.
- [48] Lagarde-Piron L. Corps à corps infirmiers. La rencontre soigné/soignant en apprentissage. Paris: L'Harmattan; 2018.
- [49] Lawler J. La face cachée des soins. Soins au corps, intimité et pratique soignante. Paris: Seli Arslan; 2002.
- [50] Vonarx N, Desgroseilliers V. Renouer avec le sujet dans le champ de la santé : proposition théorique pour un soin fondé sur l'expérience vécue. *Rech Soins Infirm* 2013;3(114):21–30.
- [51] Jackson J, Anderson JE, Maben J. What is nursing work? A meta-narrative review and integrated framework. *Int J of Nurs Stud* 2021;122. [103944].



© andrey_orlov/stock-adobe.com

Plusieurs publications nous rappellent que, les infirmières soignent non seulement le corps de la personne, mais vivent aussi une expérience émotionnelle avec le sujet soigné.

28

Note

¹ troncature permettant d'accroître les résultats de recherche.

Pour en savoir plus

- Reed PG, Shearer Crawford NB. Nursing knowledge and theory innovation: advancing the science of practice. 2^e éd. New York (États-Unis): Springer Publishing Company; 2018.
- Smith MC. Nursing theories and nursing practice. 5^e éd. Philadelphie (États-Unis): F. A. Davis Company; 2020.

Déclaration de liens d'intérêts
L'autrice déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

◆ **De plus, une étude qualitative italienne sur les émotions vécues par 145 étudiantes en soins infirmiers** lors du premier contact avec le corps du patient a été réalisée par Santo, *et al.* [44]. Les résultats révèlent que les étudiantes vivent un large éventail d'émotions positives ou négatives. Ces émotions ont été classifiées à partir de la théorie sur l'émotion de Damásio. Les émotions positives vécues par les étudiantes infirmières sont la confiance en soi, le bonheur, la satisfaction, le soulagement, la joie, l'accomplissement, l'enthousiasme, la gratification, le calme, l'empathie, le fait de se sentir utile, la tendresse, la fierté, le fait de se sentir puissant, la réalisation de soi, la responsabilité et le plaisir. Les émotions négatives étaient l'impuissance, la colère, la gêne, le dégoût, le mécontentement, la peur, la désillusion, l'insécurité, la tristesse, le refus, l'anxiété, le fait de se sentir coupable, le découragement, l'insuffisance, la douleur, l'inutilité, le fait de se sentir insulté, le fait d'être désolé, la responsabilité et la frustration. Il est très intéressant de relever la gamme d'émotions vécues par les étudiantes au cours d'un soin corporel, qui fait partie des soins souvent perçus comme étant "de base", qui sont parfois même dénigrés par les infirmières. Cette expérience émotionnelle variée et parfois difficile qui est vécue au cours du soin du corps par des étudiantes infirmières ou par des infirmières a déjà fait l'œuvre de plusieurs publications qui nous rappellent que, lorsque les infirmières soignent le corps de la personne, elles sont

en contact avec le sujet soigné et non uniquement l'objet qui est à réparer, nettoyer, panser, etc. [30,45–50].

◆ **Avant de conclure, il faut encore mentionner le modèle sur le travail infirmier proposé par Jackson, *et al.* [51]** qui présente quatre dimensions du travail soit physique, émotionnel, cognitif et organisationnel. Les auteurs suggèrent que ces quatre dimensions doivent être considérées lorsqu'il est question des effectifs infirmiers. Cela reflète bien la complexité des soins infirmiers qui ne peuvent dès lors plus être considérés comme un ensemble de tâches techniques réalisées par du personnel paramédical.

Conclusion

Ce survol du concept d'émotion au sein de la discipline infirmière démontre bien à quel point le soin infirmier s'inscrit et doit s'inscrire et se réaliser dans la perspective de la relation avec la personne (famille, groupe, communauté) qui vit une expérience de santé unique.

◆ **Ainsi, la question de l'émotion reste centrale**, tant d'un point de vue du phénomène vécu par la personne et entre les individus, mais aussi à partir de la perspective de résultats de soins infirmiers et d'interventions infirmières sensibles à la question de l'expérience émotionnelle.

◆ **Cela devrait dès lors s'inscrire dans des établissements, des programmes de formation et des politiques de soins** qui prennent en considération la relation entre l'infirmière et la personne soignée (famille, groupe, communauté), mais aussi leur vécu émotionnel. Cet article exploratoire ouvre la voie sur des recherches futures, qui pourraient préciser et approfondir des aspects simplement effleurés ici. •

L'intelligence émotionnelle au cœur de la formation initiale

Tout soin est un soin relationnel. Il n'y a pas de soin sans émotion et il n'y a pas d'émotion sans mouvement, la relation est continue et dynamique. C'est une rencontre entre deux individus et les différentes émotions qui les traversent à ce moment précis. Comment développe-t-on à l'Institut de formation en soins infirmiers (Ifsi)-Institut de formation d'aides-soignants (Ifas) de la Pitié-Salpêtrière, à Paris, les compétences émotionnelles des apprenants au cours de leur formation initiale ?

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – autonomie affective ; émotion ; intelligence émotionnelle ; prendre soin émotionnel

Emotional intelligence at the heart of initial training. All care is relational care. There is no care without emotion and there is no emotion without movement, the relationship is continuous and dynamic. It is an encounter between two individuals and the different emotions that run through them at that moment. How do you develop the emotional skills of your students during their initial training at the Institut de formation en soins infirmiers (Ifsi)-Institut de formation d'aides-soignants (Ifas) de la Pitié-Salpêtrière, in Paris?

© 2023 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – emotion; emotional autonomy; emotional care; emotional intelligence

Le soin est une émotion selon Michel Dupuis qui, s'appuyant sur la pensée de Levinas, souligne que « *tout soin, même ordinaire, avant d'être bonne volonté et bonne pratique, est émotion* » [1].

◆ **Le soin s'inscrit dans l'action**, celle de prendre soin. Le verbe anglais *to care* peut se traduire par "prendre soin de", "avoir le soin de" ou encore "le souci de". Il suppose que le soignant, dans l'action, adopte avant tout un savoir-être dans la relation soignant-soigné. Prendre soin, c'est donc porter une attention toute particulière à l'autre. D'ailleurs, Margot Phaneuf souligne que « *le fait de porter attention à nos propres émotions nous prédispose à saisir et à comprendre celles des autres* » [2].

◆ **La difficulté survient dans la relation quand le soignant n'a pas la capacité d'accueillir les émotions de l'autre et de gérer les siennes**. L'enjeu du travail émotionnel suppose de se centrer à la fois sur soi et sur l'autre car les émotions se façonnent sans interruption dans un *feed-back* permanent lors des interactions relationnelles. Émotion et mouvement¹ vont de pair, car la relation est continue et dynamique.

◆ **Atteindre une autonomie affective**, c'est repérer les différentes émotions de part et d'autre, qui plus est les gérer, en prendre conscience et les admettre. Se connaître suffisamment permet ainsi

un apaisement affectif et facilite l'ajustement de la posture professionnelle auprès du patient.

Développer son intelligence émotionnelle

À l'Institut de formation en soins infirmiers (Ifsi)-Institut de formation d'aides-soignants (Ifas) de la Pitié-Salpêtrière, dès le début de la formation, les équipes pédagogiques amènent les apprenants à développer leur « *intelligence émotionnelle* » [3]. Cette capacité à repérer et réguler leurs émotions les conduit à la construction d'une posture professionnelle adaptée à la relation de soin. Ainsi, ce concept répond à l'une des finalités de la formation initiale qui stipule que « *l'étudiant apprend à reconnaître ses émotions et à les utiliser avec la distance professionnelle qui s'impose. Il se projette dans un avenir professionnel avec confiance et assurance, tout en maintenant sa capacité critique et de questionnement* » [4].

Les cinq composantes de l'intelligence émotionnelle sont pour Goleman « *la conscience de soi, la maîtrise de soi, la motivation, l'empathie et les aptitudes humaines* » [3]. Elles sont essentielles à l'instauration de la relation d'aide qui est enseignée dès le semestre 3 et dont les fondements sont, selon Carl Rogers, l'empathie, l'acceptation positive inconditionnelle de ce que vit l'autre, la congruence et l'écoute active [5].

Ludovic Dudous*
Cadre de santé formateur

Estelle Gorlier
Cadre de santé formatrice

Anne Papas
Cadre de santé formatrice

Institut de formation en soins infirmiers (Ifsi)-Institut de formation d'aides-soignants (Ifas) Pitié-Salpêtrière, 47 boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

Note

¹ Le terme "émotion" possède comme racine le verbe "mouvoir", source : Centre national de ressources textuelles et lexicales.

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail :
ludovic.dudous-petriot@aphp.fr
(L. Dudous).



© New Africa/stockadobe.com

La capacité à repérer et réguler ses émotions conduit à la construction d'une posture professionnelle adaptée à la relation de soin.

30

Une acculturation aux valeurs professionnelles du prendre soin

Les valeurs personnelles qui motivent l'entrée en Ifsi sont mobilisées et s'enrichissent de l'acculturation aux valeurs professionnelles développées dès le début de la formation initiale. Ces dernières, au cœur du projet pédagogique, sont incarnées par la bienveillance, l'authenticité, l'engagement et le prendre soin. L'unité d'enseignement "Soins relationnels" [6] élaborée sur les trois ans de formation vise à complexifier progressivement les situations apprenantes et développer les compétences émotionnelles de l'étudiant jusqu'à sa prise de poste.

Une constitution des savoirs professionnels dans une approche socioconstructiviste

Dans une approche socioconstructiviste, les apprenants sont accompagnés dans la constitution de leurs savoirs professionnels lors du partage d'expériences avec leurs pairs. En tant qu'acteurs essentiels dans la relation de soin, ils apprennent à gérer leurs émotions et à accueillir celles des autres à travers des apprentissages expérientiels innovants et variés à l'Ifsi comme en stage, au cours desquels leur réflexivité est en permanence sollicitée.

Un parcours professionnalisant à l'appui d'un diagnostic psychopédagogique

En parallèle de ces apprentissages, le suivi pédagogique individuel et collectif prend une place prépondérante dans le processus de maturation émotionnelle de l'apprenant. Chaque référent de formation pose

un diagnostic psychopédagogique en s'appuyant sur les qualifications de l'étudiant, ses capacités et qualités acquises antérieurement à son parcours de formation ainsi que l'autoévaluation semestrielle de ses besoins, ses ressources, ses attentes ou encore ses difficultés. À l'appui de ce diagnostic, le formateur accompagne le développement individuel en personnalisant le parcours professionnalisant de chaque apprenant.

Un accompagnement pédagogique intégratif au cœur des unités de soins dès le premier stage

Dans le cadre de la formation clinique, une préparation individuelle ou collective est mise en œuvre (temps de formalisation des objectifs de stage, personnalisation du parcours). L'accompagnement pédagogique en immersion clinique se concrétise *in situ*. Il consiste en un échange de pratiques initié par le formateur en lien avec la posture auprès du patient et le positionnement au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Ce travail réflexif se poursuit en retour de stage par l'exploitation de situations vécues à l'aide de différentes méthodes pédagogiques (analyse de situation et analyse de la pratique professionnelle).

Des représentations à l'expérimentation de situations relationnelles de plus en plus complexes

Dès le premier semestre, les connaissances théoriques abordées dans les différents champs disciplinaires (sciences et techniques infirmières, sciences humaines, sociales et droit) modifient les représentations individuelles, collectives, culturelles, culturelles tout comme les perceptions des étudiants [7]. Le visionnage et l'analyse d'un film d'animation sensibilisent les apprenants à l'identification et l'accueil des émotions par une approche ludique. L'enjeu est de professionnaliser la posture par un choix délibéré d'une attitude et d'un comportement répondant aux besoins du patient (autoévaluation à partir des attitudes, du psychologue Elias Porter [8], de la proxémie introduite par l'anthropologue Edward T. Hall [9]). Les apprenants expérimentent ensuite des situations relationnelles de plus en plus complexes, transférables en situation réelle (simulation en santé interdisciplinaire, jeux de rôle avec des professionnels ayant une expertise en soins palliatifs, en santé mentale, au service des urgences, etc.).

Une initiation aux méthodes de ressourcement

Parce que les situations relationnelles fragilisent le capital émotionnel et atténuent la disponibilité

Encadré 1. Témoignage de Sandrine, aide-soignante en promotion professionnelle, le dernier jour de cours à l'Ifsi en mars 2023

« J'ai été huit ans aide-soignante en réanimation grands brûlés où les soins relationnels étaient très importants. Je connaissais mes émotions, mais à l'Ifsi j'ai appris à mieux les comprendre, à identifier mes mécanismes de défense et à prendre du recul. Je suis passée par différents états pendant ces trois années. D'abord la surprise et l'appréhension de la découverte en 1^{re} année. La réussite a été source de satisfaction et d'assurance en 2^e année, j'ai eu la sensation d'avoir trouvé un rythme de confort, mais avec la 3^e année, un stress que

je ne connaissais pas, lié aux enjeux du mémoire et de la prise de poste prochaine, m'a envahie : un vrai ascenseur émotionnel ! En fin de formation, les ateliers de ressourcement (shiatsu et automassage) m'ont offert une coupure ; ils m'ont permis de me détendre, de mieux sentir les choses, de prendre à nouveau du recul. Aujourd'hui, je peux dire avec confiance que j'ai acquis une maturité émotionnelle. Je suis capable de poser les mots justes sur ce que je ressens lors de ma relation à l'autre. Je sais désormais laisser la parole au patient. »

Encadré 2. Témoignage de Manon, étudiante en soins infirmiers en 3^e année, le dernier jour de cours à l'Ifsi en mars 2023

« Je pensais, dès le début de mes quatre années d'études en psychologie, vouloir devenir infirmière. Des études en soins infirmiers, au cours desquelles diverses émotions m'ont traversée. Je les identifie distinctement et les associe à des événements particuliers au cours de ma formation. J'ai connu des joies, de la fierté au moment des résultats de partiels ou quand les patients me gratifiaient de faire un "bon travail", mais aussi de la tristesse, de la colère, du dégoût parfois, de la peur (peur de ne pas être à la hauteur ou de ne pas être

la professionnelle que je veux être). Mais durant mes études, je devais être partout et nulle part à la fois. Ce fut beaucoup de stress, notamment en 3^e année car il n'y a jamais de tranquillité d'esprit. C'est générateur d'une grande fatigabilité psychique plus que physique. Il est donc essentiel de trouver des moyens de ressourcement tels que la lecture de romans, du sport en salle, des échanges avec les amis, pour garder cette disponibilité psychique qui assure une posture professionnelle juste au lit du patient. »

psychique du futur soignant, l'unité d'enseignement optionnelle [10] initie les apprenants à des méthodes de ressourcement en fin de formation (hypnothérapie, sophrologie, yoga, qi gong, tai-chi, etc.). Des ateliers favorisant le bien-être et la gestion des émotions sont mis en place par l'équipe pédagogique afin que les apprenants puissent les expérimenter et envisager leur transposition dans leur vie personnelle ou professionnelle. Le ressourcement participe au bien-être au travail qui est indispensable à l'ajustement de la posture professionnelle auprès du patient.

Conclusion

Selon Walter Hesbeen [11], il ne peut y avoir d'humanité dans les soins sans considération de l'autre. « La sensibilité est l'expression de notre humanité »

mais elle dispose de peu d'espace dans un univers hospitalier où l'on mesure l'activité de soins au détriment de l'humanité des soins. « On peut prendre soin d'une personne à l'occasion de ce que l'on fait, le prendre soin ne s'ajoute pas à ce que l'on fait. » Effectivement, la possibilité de "faire des soins" sans "prendre soin" soulève un questionnement éthique et invite le soignant à mettre plus de soin dans l'accompagnement de son semblable. Nous ne faisons pas du soin relationnel, la relation est, tout comme les émotions existent. Le parti pris pédagogique des formateurs est donc d'accompagner les étudiants dans la quête d'une juste sensibilité (encadrés 1 et 2) afin d'appréhender le prendre soin émotionnel et de porter une attention toute particulière à l'autre. •

Références

- [1] Dancot J, Donnaint É, Dupuis M. Les émotions au cœur du soin. Les enjeux humains et professionnels du travail relationnel. Paris: Seli Arslan; 2023. p. 13–p.19.
- [2] Phaneuf M. L'intelligence émotionnelle, un outil du soin. Santé Ment 2013;177:6.
- [3] Goleman D. L'intelligence émotionnelle I, II. Intégrale. Paris: J'ai lu; 2014.
- [4] Annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier modifié par l'arrêté du 26 septembre 2014.
- [5] Bozarth JD. Des modes d'empathie émergent au-delà du reflet. Approche centrée sur la personne. Pratique et recherche 2010;12(2):64–82.
- [6] Fiches IDE. UE 4.2 – Soins relationnels. www.fiches-ide.fr/cours/ue-4-sciences-techniques-infirmieres-interventions/ue-4-2-soins-relationnels/.
- [7] Gorlier E, Monsoreau-Vadeleux F, Papas A, et al. Accompagner la professionnalisation des étudiants en soins infirmiers par l'approche du corps. Rev Infirm 2020;69(263):21–3.
- [8] Huet C, Rohou G, Thomas L. Outil 11. Les 6 attitudes de Porter. La boîte à outils du bien-être au travail. Paris: Dunod; 2020. p. 40–p.43.
- [9] Gomez PY, Rousseau A, Vandangeon-Derumez I. Distance et proximité. Esquisse d'une problématique pour les organisations. Rev Fr Gest 2011;213(4):13–23.
- [10] Ministère de la Santé et des Sports. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier. UE 5.7. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf.
- [11] Unassi. Séminaire de Walter Hesbeen. Éthique de la relation de soin. Paris, jeudi 2 février 2023.

Accompagner les équipes pour décrypter et gérer les émotions dans certaines situations de soins

Marie Benazzouz*
Cadre de santé

Marina Bastos
Infirmière

Kamil Chrif
Infirmier

Sylvie Jouan
Aide-soignante

32

Service de chirurgie orthopédique et traumatologique du Pr Pascal-Moussellard, Département médico-universitaire CHIR : chirurgies innovations et recherches, Hôpital Pitié-Salpêtrière, 47-83 boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

Soigner l'autre, c'est être confronté à des situations qui suscitent des émotions. Pour apporter le juste soin, le soignant doit être en mesure de savoir les gérer, qu'elles soient positives ou négatives. Pour soutenir les soignants, le cadre de santé exerce un rôle fondamental et doit être en mesure de proposer des actions permettant de faciliter la gestion des émotions au sein de l'équipe ainsi qu'envers les patients et leurs proches.

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – émotions ; équipe hospitalière ; prise en charge ; réclamation ; revue de mortalité et de morbidité ; soins

Accompanying teams to decipher and manage emotions in certain care situations. Caring for others means being confronted with situations that arouse emotions. To provide the right care, the caregiver must be able to manage them, whether they are positive or negative. To support caregivers, the health executive plays a fundamental role and must be able to propose actions to facilitate the management of emotions within the team as well as towards patients and their relatives.

© 2023 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – care; claim; emotions; hospital team; mortality and morbidity review

La question des émotions est parfois taboue chez les professionnels de santé qui, dès la formation initiale, retiennent l'importance d'une forme de détachement émotionnel à adopter lors des prises en charge. En effet, il nous est conseillé, voire demandé, de savoir mettre de la distance par rapport aux situations vécues par les patients, d'éviter de s'investir émotionnellement pour ne pas faire de transfert avec nos propres émotions ou nos propres vécus. Il s'agit d'ailleurs d'un des items d'évaluation des professionnels.

◆ **Ce travail d'équilibriste** nécessite que le soignant s'implique suffisamment pour que le malade se sente accompagné, tout en gardant la distance nécessaire pour que la prise en charge soit positive et productive. Ce qui n'est pas une mince affaire.

◆ **Dans les faits, certaines situations de soins sont mal perçues** au niveau émotionnel par les malades ou les proches. Elles peuvent faire l'objet d'un courrier de réclamation traité dans ce cas par le chef de service et le cadre de santé. À chaque courrier, une enquête est menée, afin de comprendre ce qu'il s'est passé, de définir qui sont les protagonistes afin d'entendre leurs points de vue et de pouvoir

apporter une réponse à la personne ayant sollicité l'encadrement.

Une telle situation, ayant fait l'objet d'une démarche d'équipe originale et constructive (*encadré 1*), est présentée dans la suite de cet article.

Réflexion autour d'une prise en charge ayant bouleversé une famille

À la suite de la réception d'un courrier de la fille et de l'épouse d'un patient pris en charge dans le service¹, nous avons reçu cette famille avec le chef de service afin d'échanger sur les problématiques rencontrées.

◆ **La lecture de ce courrier a suscité diverses émotions**, de la tristesse pour le vécu de la famille et du patient, de la honte du fait qu'ils aient été confrontés à ce vécu de prise en charge, et enfin de la colère. Ces sentiments ont été également ressentis par les personnes de l'équipe présentes lors de la rencontre avec la famille.

◆ **Au-delà des dysfonctionnements logistiques** apparaît en filigrane la difficulté, pour certains soignants, de gérer leurs émotions, notamment dans le cadre de la prise en soins de patients qui sortent

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail :
marie.benazzouz@aphp.fr
(M. Benazzouz).

de la pratique habituelle en chirurgie orthopédique, mais aussi face à des situations complexes de douleur, de fin de vie et de décès.

◆ **Pour échanger autour de cet événement**, nous avons souhaité proposer une nouvelle approche jusque-là jamais réalisée dans le service. À l'issue de cette rencontre avec la famille, il a été décidé de mettre en place plusieurs actions. La première était d'organiser avec la famille un temps d'échange avec l'équipe pour un retour d'expérience au cours duquel la famille raconterait son vécu, permettant ainsi aux soignants d'entendre la perception des proches au-delà de la lecture d'un courrier. Convaincue que le poids des mots et la rencontre physique pourraient faciliter une prise de conscience et une réflexion collective, cette réunion a été organisée par l'encadrement. L'équipe a été informée en amont du rendez-vous convenu.

Regards croisés sur le vécu d'une situation émotionnellement douloureuse

Une grande partie de l'équipe s'est rendue disponible afin d'être présente. L'échange a duré une heure. La fille du patient a relaté le parcours de son père avec émotion. L'équipe présente a, elle-même, été très touchée. À l'issue de ce temps partagé, les professionnels ont salué la démarche de la famille consistant à accepter de revenir pour discuter de cet événement douloureux dans le service hospitalier où leur proche était décédé.

◆ **Dans un second temps et après analyse du courrier adressé par la famille**, trois problématiques ont été identifiées pour lesquelles il était nécessaire de mettre en place un plan d'action. Ainsi, il a notamment été décidé, en accord avec un chirurgien, d'utiliser la méthodologie de la revue de mortalité et de morbidité (RMM) [1] pour décrypter les problématiques et proposer des axes d'amélioration.

◆ **Cette analyse a été présentée à l'équipe soignante**. L'avantage de cette méthodologie réside dans le fait qu'elle permet d'envisager les problèmes au moyen d'une logique d'entonnoir (facteurs institutionnels, liés au service et à l'organisation, liés au management, liés à la personne, etc.). Après la lecture du courrier pour resituer le contexte aux participants, plusieurs ont manifesté leur stupeur face à certains propos tenus auprès de la famille ; propos qui pouvaient s'apparenter, dans une lecture brute et au 1^{er} degré, à un manque d'empathie et un manquement au devoir de soignant.

S'apaiser pour réfléchir et dialoguer de façon constructive

Le travail de préparation des différents moments d'échanges a favorisé une prise de recul, source

Encadré 1. Témoignages

• **Kamil, infirmier** : « Malgré la distance professionnelle que je me fixe en tant que soignant, ça n'a pas été facile d'entendre une fille parler du décès de son père. La remise en question est primordiale dans notre profession afin d'améliorer nos pratiques. Grâce à ces initiatives, j'ai pu prendre conscience de ces événements et développer mon esprit critique pour évoluer et réajuster mes pratiques.

Il est important d'avoir un temps d'échange sur des situations difficiles, car en parler permet de construire une réflexion collective sur les événements afin de mettre en place des actions correctives. Ces temps contribuent à ce que chacun exprime ce qu'il a vécu, ce qu'il ressent. J'ai trouvé ce parcours, du témoignage de la famille à la RMM, très enrichissant autant sur le plan personnel que professionnel. Cette démarche m'aide à me rappeler les valeurs de ma profession, que ce soit l'empathie, la tolérance ou le respect de la dignité. En tant que soignant, je continuerai à participer à ces initiatives gratifiantes et innovantes, tout au long de ma carrière, dans le seul but de garantir une prise en soin de qualité et de m'assurer du bien-être de mon patient. »

• **Sylvie, aide-soignante** : « L'intervention de la famille au sein du service a été bénéfique et instructive. Les émotions des proches telles que l'inquiétude, le stress ou la peur peuvent être limitées lorsqu'une personne est suivie correctement. Une confiance peut ainsi s'instaurer entre le soignant et la famille du patient, ce qui participe au bien-être de la personne soignée. L'intervention de la famille a permis de sensibiliser et a soulevé un point critique majeur, la gestion des émotions des soignants en situation de soins complexes, comme en fin de vie. Lorsque le soignant est confronté à une gestion du temps contrainte, une situation qui sort de sa pratique habituelle, cela favorise des difficultés à gérer ses émotions, oubliant parfois l'empathie ou la bienveillance. Pouvoir échanger avec la famille m'a permis d'analyser nos pratiques pour ne pas reproduire les mêmes erreurs. Je remercie la famille du défunt de nous avoir partagé son point de vue. »

d'apaisement et de régulation des émotions négatives suscitées par la situation telle que décrite et subie par le patient et ses proches. Une distanciation est effectivement nécessaire pour proposer à l'équipe une lecture plus fine des réactions soignantes ayant heurté tant de personnes.

Les temps d'échange organisés ont permis d'analyser et de réfléchir sur notre façon de travailler et de rappeler à l'équipe soignante que notre travail repose sur la relation humaine. Comme toute relation, elle engage chacun des concernés et met en exergue la vulnérabilité des uns et des autres. Le rôle du cadre est d'offrir un espace de parole à l'équipe afin de permettre à chacun de verbaliser ses ressentis. Ce qui a un effet indéniable sur la qualité de la relation et la qualité des soins apportés au patient et à son entourage. ●

Note

¹ Ce patient, M. B., a été hospitalisé dans le service pour chirurgie d'une métastase osseuse. Âgé de 59 ans, il était par ailleurs en phase terminale d'un cancer pulmonaire. M. B. est décédé dans le service.

Référence

[1] Haute Autorité de santé. Revue de mortalité et de morbidité. Octobre 2022. www.has-sante.fr/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm#:~:text=Il%20s'agit%20de%20d%C3%A9crire,un%20coupable%20ou%20un%20responsable.

Déclaration de liens d'intérêts
Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.