

# **Les émotions dans la relation entre le patient et l'infirmière dans les soins à l'hôpital**

TRAVAIL EN VUE DE L'OBTENTION DU TITRE DE BACHELOR OF  
SCIENCE HES-SO EN SOINS INFIRMIERS

Par

**Monica Leitão**

Promotion Bachelor 2009-2012

Sous la direction de : Deborah Perrinjaquet

Haute école de santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

Le 08 octobre 2012

## RÉSUMÉ

**But :** Cette revue de littérature étoffée a pour thème « Les émotions dans la relation entre le patient et l'infirmière dans les soins à l'hôpital ». Ce travail a pour but de faire évoluer le rôle infirmier dans la relation patient-infirmière, dans laquelle les émotions sont vécues, reconnues et exprimées par les deux acteurs.

**Méthode :** Neuf recherches scientifiques et une revue de littérature répondant aux critères méthodologiques ont été sélectionnées dans les banques de données suivantes : PubMed et CINHALL. Ces recherches sont en lien avec la problématique et la question de recherche de cette revue de littérature étoffée.

**Résultats :** Les résultats des recherches ont mis en évidence, trois points importants pour aider les infirmières à reconnaître et partager leurs propres émotions et celles des patients. Ces trois points sont : le travail émotionnel, la formation en soins infirmiers et la communication.

Le **travail émotionnel** que les infirmières utilisent sert à communiquer les émotions et ainsi éviter les tensions relationnelles. Grâce à **des formations complémentaires** sur les émotions, les infirmières peuvent développer des stratégies pour travailler correctement avec ces émotions. Les groupes de soutien, les colloques interprofessionnels, la supervision, les débriefings sont des stratégies utilisées par les infirmières pour **communiquer** et **partager** les émotions vécues lors de situations complexes avec les patients et les familles.

**Conclusion:** Ce travail met en évidence les compétences que les infirmières ont déjà ou doivent encore développer pour garantir une relation stable avec les émotions ressenties lors de bonnes ou de mauvaises interactions entre le patient et l'infirmière. La recherche dans le domaine des émotions est nécessaire pour trouver d'autres moyens dont les infirmières pourraient bénéficier pour faire face aux émotions et à leurs expressions.

**Mots-clés :** quality of care - nursing care – emotions – relation – communication

## **REMERCIEMENTS**

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire Madame Deborah Perrinjaquet pour le soutien, la bonne humeur et les remarques constructives tout au long de ce travail.

Je tiens aussi à remercier Madame Viviana Leitão pour son aide à la réalisation de la mise en page de ce travail de mémoire.

Je tiens à remercier Madame Virginie Dyens et Monsieur Philippe Monney pour avoir lu, relu et corrigé mon travail de mémoire. Un tout grand merci à Madame Lili Monney et Monsieur Vincent Pittet pour la correction de mes annexes.

Je tiens à remercier toutes celles et ceux qui ont apporté leurs compétences et leurs conseils dans la réalisation de ce travail, merci pour leur soutien.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Résumé.....</b>	<b>2</b>
<b>Remerciements .....</b>	<b>3</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>5</b>
<b>1. Problématique.....</b>	<b>7</b>
<b>2. But et question .....</b>	<b>11</b>
<b>3. Cadre théorique .....</b>	<b>12</b>
3.1 Les émotions .....	12
3.2 La qualité des soins .....	15
<b>4. Cadre de référence : L'interactionnisme de Pierre Fornerod .....</b>	<b>17</b>
<b>5. Méthodologie .....</b>	<b>20</b>
5.1 Résultats des stratégies de recherches.....	22
5.2 Diagramme de présentation des recherches .....	25
<b>6. Résultats .....</b>	<b>26</b>
6.1 Le travail émotionnel .....	26
6.2 La formation en soins infirmiers .....	28
6.3 La communication .....	30
<b>7. Discussion .....</b>	<b>33</b>
7.1 Analyse et regard critique des recherches sélectionnées .....	33
7.2 Synthèse des résultats.....	35
7.3 Lien avec le cadre de référence.....	36
<b>8. Perspectives pour la pratique .....</b>	<b>41</b>
<b>9. Limites de la revue de littérature.....</b>	<b>43</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>44</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>45</b>
<b>Annexe 1 : Déclaration d'authenticité .....</b>	<b>48</b>
<b>Annexe 2 : Schéma interactionniste de la communication selon Fornerod.....</b>	<b>49</b>
<b>Annexe 3 : Grilles de lectures des études scientifiques .....</b>	<b>50</b>

## INTRODUCTION

Lors d'un stage en gériatrie, l'auteure a dû faire face au décès d'une résidente à qui elle tenait beaucoup. Elle a eu des difficultés à exprimer ses émotions face à cette situation qu'elle vivait pour la première fois. Elle se sentait gênée et mal à l'aise de pleurer devant ses collègues. Finalement, elle a pu discuter et partager ses émotions avec sa cheffe. Celle-ci lui a expliqué qu'il était important d'exprimer ses émotions pour continuer à avancer. A ce moment-là, l'auteure s'est sentie plus sereine par rapport à ce décès et aux émotions qu'elle a ressenties.

Les émotions font partie de chaque être humain. Chacun vit des expériences positives ou négatives comme par exemple un décès, une séparation, un mariage, une naissance, un échec à l'école, une bonne note ou encore un nouveau travail, etc. Toutes ces expériences apportent des changements dans la façon de vivre de chacun et elles amènent des émotions. Ces émotions sont fondamentales pour définir ce que nous sommes. Elles nous aident aussi à nous adapter à l'environnement dans lequel nous vivons.

Les émotions sont importantes mais la communication de celles-ci l'est tout autant. Pouvoir s'exprimer sur ce que nous ressentons est primordial pour établir une relation de confiance avec autrui. À l'hôpital c'est pareil. Pour voir une relation s'installer entre le patient et l'infirmière, la communication doit être une priorité autant pour l'infirmière que pour le patient. La communication des émotions permettra à ces deux acteurs d'avoir le même rôle dans la relation et d'être partenaires de soins.

Il est difficile d'éprouver des émotions telles que la colère, la peur, la tristesse ou encore l'amour, la joie et la surprise selon les situations. Malheureusement à l'époque où nous vivons, l'expression des émotions est encore taboue, peu reconnue et très gênante.

Ce travail propose l'utilisation de neuf recherches scientifiques et d'une revue de littérature qui étudient le phénomène des émotions dans la relation entre le patient et l'infirmière. Ces études mettent en évidence l'importance des émotions dans toute relation ainsi que des moyens pour « apprivoiser » les émotions et pouvoir les exprimer afin de faciliter la relation. Par la suite, les

résultats de ces études seront analysés à l'aide d'un cadre de référence. Toutes ces étapes méthodologiques sont réalisées afin de répondre à la question de recherche découlant de la problématique portant sur les émotions dans la relation entre le patient et l'infirmière. Elles permettront ensuite de proposer des moyens pour reconnaître, partager et communiquer sur les émotions au sein de la relation et ainsi développer au mieux le rôle infirmier dans les soins.

# 1. PROBLÉMATIQUE

## La relation patient- soignant

Dans les relations humaines la communication est un point essentiel. Elle est importante à tous les âges de la vie. Dans la communication, il y a des échanges qui impliquent les acteurs personnellement et il y a aussi des transmissions d'informations. Il existe trois formes de relation interpersonnelle: moi-moi, moi-l'autre et moi-les autres.

La relation moi-moi exprime le lien que nous entretenons avec notre propre personne, nos sentiments, notre corps, nos valeurs personnelles et notre esprit. Cette relation va permettre de dire si nous vivons dans un bien-être ou au contraire dans un mal-être. « (...), la relation moi-moi est ce qui permet de mieux gérer ses ressentis et d'adapter ses comportements à chaque situation » (Sabourin, 2010, p.44).

La relation moi-l'autre signifie la relation entre deux personnes qui se connaissent ou ne se connaissent pas du tout. Une relation avec autrui qui ne dure que quelques minutes est considérée comme une relation moi-l'autre. La durée n'est pas définie comme un facteur primordial. Pour Sabourin (2010),

Il y a dans chaque relation moi-l'autre un émetteur, un récepteur et un message qui passe du premier au second. Il y a aussi (...) changement de rôle : le récepteur devient émetteur lorsqu'il répond et l'émetteur devient récepteur (p.44).

Il existe énormément de relations moi-l'autre autant dans la vie privée que dans la vie professionnelle.

« La relation moi-les autres est la façon dont chacun se situe par rapport au groupe familial, social ou professionnel, le fait et la façon de s'y intégrer, d'y fonctionner, ou de s'y refuser » (Sabourin, ibid., p.45).

Ces trois types de relations sont constamment présents pour chaque individu et selon les situations vécues l'un d'eux sera plus utilisé. Dans la relation d'aide entre un patient et un soignant, le soignant aide et le patient est aidé. Il existe alors une inégalité entre ces deux acteurs et une instabilité dans la relation. Sabourin (2010) définit la relation d'aide comme étant « (...) ce qui se passe entre deux personnes dont l'une détient quelque chose qui manque à l'autre,

lorsque la première fournit à la seconde de quoi combler ce manque » (p.54). Le soignant prend le rôle de donneur et le patient celui de receveur. Pour que la relation patient-soignant soit optimale, elle doit s'appuyer sur l'échange entre les deux personnages. Afin d'éviter un rapport de force, de pouvoir, le soignant doit faire le premier pas pour accéder à une entente idéale avec le patient. Il est important de se connaître soi-même pour se donner à l'autre. «La rencontre avec soi-même garantit la qualité de la rencontre avec l'autre et une relation soignant-soigné réussie (...) est à l'image d'un tandem, d'un couple de force guidé par le soignant » (Sabourin, *ibid.*, p.59).

### **Les émotions**

Les émotions sont un autre point essentiel dans les relations humaines. Elles sont d'une grande importance et sont primordiales à la survie et à l'adaptation dans la vie. Sans émotions, l'espèce humaine aurait déjà disparu. Elles nous informent et nous apportent des messages tant positifs que négatifs en lien avec les situations vécues. A part l'information, les émotions ont une autre fonction, celle de nous aider à nous habituer à notre environnement. Autant la colère que la peur nous apprennent à vivre selon la situation. Il existe énormément d'émotions : les émotions de base et les émotions complexe/secondaire.

Les émotions de base sont des émotions que l'on retrouverait dans toutes les cultures et qui auraient un *pattern* d'expression facial et physiologique relativement spécifique et distinct. Les émotions secondaires seraient formées par la combinaison d'émotions de base. Contrairement aux émotions primaires, elles seraient culturellement déterminées. (Plutchik, 1980, cité par Mikolajczak et al., 2009, p.19).

Après avoir identifié ses propres émotions, il est essentiel d'identifier les émotions d'autrui. Ceci est utile afin de connaître l'individu avec lequel nous avons une interaction. D'abord, les émotions nous informent sur la nature de nos relations avec les autres, si les émotions sont positives cela va indiquer que la relation est plutôt bonne mais au contraire, s'il y a des émotions négatives cela va induire une tension dans la relation. Ensuite, les émotions vont nous renseigner sur les attentes et les besoins de l'autre et le fait de les reconnaître va permettre d'y répondre convenablement.



La capacité à décoder les émotions d'autrui est primordiale dans la régulation des échanges interpersonnels et dans l'adaptation sociale. Les recherches ont montré que les individus ayant un déficit dans la capacité à décoder les émotions de leurs congénères éprouvaient des difficultés à maintenir des relations sociales de qualité. (Keltner et Kring, 1998, cité par Mikolajczak et al., 2009, p.62).

Steiner (1998) parle d'un concept qui définit le paragraphe ci-dessus : l'alphabétisation émotionnelle. Elle « se compose de trois capacités : comprendre ses émotions, écouter d'autres personnes et entrer en empathie avec leurs émotions, enfin exprimer des émotions de façon productive. » (p.13). Être « émotionnellement alphabétisé », c'est avoir les capacités à régir nos propres émotions d'une façon à augmenter notre puissance personnelle, cela fait progresser notre qualité de vie et celle des personnes qui nous entourent (Steiner, 1998).

Les émotions sont fondamentales mais la communication de celles-ci l'est tout autant. Toute relation entre êtres humains est conditionnée par la communication verbale et non-verbale. La communication non-verbale est décrite par la posture, les gestes ainsi que les sens (Mercadier, 2002). Communiquer permet l'échange de l'information et l'adaptation à notre environnement. Pour Watzlawick, « on ne peut pas ne pas communiquer, qu'on le veuille ou non. Parole ou silence, activité ou inactivité, tout a valeur de message » (Watzlawick, Beavin et Jackson, 1972, p.63). La communication non-verbale est bien plus représentative au niveau des émotions que la communication verbale. En effet, il est plus facile d'éviter de s'exprimer sur nos émotions mais il est plus difficile de masquer nos expressions faciales, notre timbre de voix par rapport aux émotions vécues. Afin d'identifier les émotions des autres, il faut faire confiance à la communication non-verbale donc le langage du corps et si possible, par la suite confirmer l'émotion perçue auprès de l'interlocuteur. Avoir la capacité d'écouter les émotions d'autrui est une qualité sociale d'une haute importance. Pour Carl Rogers (1987),

Une écoute adaptée contribue à la création d'une relation positive : elle aide l'interlocuteur à ne pas rester en position défensive, ce qu'il ferait s'il se sentait critiqué, évalué et moralisé. L'écoute s'avère un moyen efficace de montrer que l'on respecte quelqu'un (...) (Cité par Mikolajczak et al., 2009, p.108).

« L'expression et l'écoute des émotions sont les deux facettes d'une même compétence clé qui concerne les processus de communication et se trouve donc au cœur nos vies. » (Ibid, p.114). L'expression des émotions est décisive pour le bon développement des relations interpersonnelles : elle permet à l'information de passer vers l'interlocuteur, des liens émotionnels s'installent et elle permet aussi l'intégration dans la société.

Beaucoup de personnes sont peu conscientes du pouvoir des émotions. Souvent nous ignorons quelles émotions nous ressentons à part les émotions fortes comme l'amour, la colère ou encore la peur. Sans cette conscience, il est difficile pour l'être humain d'avoir des capacités empathiques et d'interagir avec autrui (Steiner, 1998).

Le fait d'exprimer ses émotions est bénéfique pour tout le monde. Cela peut diminuer considérablement les émotions négatives comme la tristesse ou la colère ou au contraire, augmenter les émotions positives comme la bonne humeur, la joie ou l'amour. Tout cela va tendre à une meilleure entente entre l'infirmière et le patient car chacun aura exprimé ses ressentis. Le soutien sera partagé, ils se trouveront au même niveau et seront égaux dans la relation. La communication sera meilleure et authentique. Reconnaître ses émotions est nécessaire afin de mieux les maîtriser et pouvoir s'en servir. Pour Lelord et André (2001) « Reconnaître ses émotions suppose donc d'être attentif à ses réactions intimes, et surtout d'accepter que nous pouvons être la proie de réactions peu avouables. » (p.361).

## **2. BUT ET QUESTION**

Au vu des aspects développés dans la problématique, la question de recherche qui sera traitée dans le Bachelor Thesis est la suivante :

**Comment les infirmières reconnaissent-elles leurs émotions et celles de leurs patients dans la relation patient – infirmière ?**

Le but de cette revue de littérature sera de :

**Faire évoluer le rôle infirmier dans la relation patient-infirmière, dans laquelle les émotions sont vécues, reconnues et exprimées par les deux acteurs.**

### 3. CADRE THÉORIQUE

Pour pouvoir analyser les résultats des recherches, il est nécessaire d'avoir recours à certains cadres théoriques et cadres de références en lien avec le thème de ce travail.

En premier lieu, nous parlerons des émotions, importantes dans chaque relation et pour chaque intervenant.

Par la suite, la qualité des soins vous sera exposée. Si les soins sont de qualité alors la qualité de la relation sera optimale. La qualité des soins et la qualité de la relation sont des points indissociables.

Pour terminer, le cadre de référence choisi sera décrit et expliqué. Il sera nécessaire lors de la discussion en lien avec les différents résultats repérés dans les recherches. Le choix du cadre de référence est : L'interactionnisme de Pierre Fornerod.

#### 3.1 LES ÉMOTIONS

Formarier & Jovic (2009) définissent l'émotion comme une : « Réaction affective brusque et momentanée, agréable ou pénible, souvent accompagnée de manifestations physiques ou de troubles psychologiques » (p.158).

Dans leur ouvrage, Formarier & Jovic (2009) racontent que ce concept est né au XIII<sup>e</sup> à partir de l'ancien français. Énormément de disciplines comme la neurologie, la philosophie, l'éthologie, la biologie, la sociologie et beaucoup d'autres se questionnent sur les émotions.

Pour ces mêmes auteurs (2009), Il existe six émotions de base, soit la joie, la tristesse, la surprise, la colère, la peur et le dégoût. Elles apparaissent dans l'instant et ne se placent donc pas dans la durée. Les émotions se situent entre l'individu et lui-même et ne sont, par conséquent, pas partageables. Ce sont des émotions dites « primaires » ; c'est-à-dire que chaque homme, quel que soit sa culture, son environnement, ses expériences, peut les ressentir. Elles se différencient des émotions plus construites, appelées « émotions mixtes » comme la honte, le mépris et la pitié, etc. Les émotions négatives, telles que la

tristesse, la colère, la peur ou encore le dégoût sont plus fréquentes. Quant aux émotions positives elles traduisent un dépassement de l'espérance.

Selon Formarier & Jovic (2009), dans la pratique professionnelle infirmière, les émotions ont une place très différente selon les situations :

- Elles sont nécessaires : nous ne pouvons pas travailler sans elles, elles existent et sont parfois importantes et nécessaires.
- Elles sont reconnues et régulées : nous travaillons avec des êtres humains, donc il est normal de ressentir des émotions. Elles peuvent être discutées, régulées, car il ne faut pas se laisser submerger.
- Elles sont réprimandées : il ne faut pas se laisser dépasser par les émotions, pour être un professionnel il faut lutter contre les émotions des autres.

Depuis plusieurs années, les émotions et leurs expressions sont un sujet très répandu (Mercadier, 2002). Pour les patients et soignants cela est devenu important. Ce thème se manifeste autant dans le monde de la santé que celui du social. Enormément de questions surgissent sur les émotions, comment elles-apparaissent, si elles sont positives ou négatives, s'il faut en parler ou les garder pour soi.

« Dans l'univers des soins, le travail émotionnel (...) comporte deux dimensions : un contrôle par le soignant de ses propres émotions et la tentative d'induire chez le patient les émotions désirables et facilitant le travail de soin » (Mercadier, 2002, cité par Fernandez, Lézé & Marche, 2008, pp.4-5). Pour que le bon déroulement des soins se fasse et éviter tous les obstacles, le soignant doit avoir la capacité de rendre invisible et de contenir le travail émotionnel afin qu'il n'apparaisse pas comme un travail supplémentaire et ainsi éviter qu'il ne déteigne sur les patients. Le détachement émotionnel doit permettre l'encadrement des patients face à leurs émotions. S'ils se retrouvent face à des émotions trop excessives, les professionnels doivent maintenir une certaine réserve par rapport aux émotions au risque de tourmenter l'organisation du travail ainsi que leurs identités personnelles et sociales (ibid, 2008).

« Les sentiments et émotions sont, tout comme les valeurs et attitudes, le résultat de processus complexes, d'interaction, de socialisations, de tentatives d'intervention ou de maîtrise » (Fernandez, Lézé & Marche, 2008, p.56).

Les émotions ont traversé toutes les époques de l'histoire. De la Renaissance au XIX<sup>ème</sup> siècle, les émotions ont fait du chemin ainsi que l'idée qu'elles véhiculaient. La perception de l'émotion a été modifiée au fil du temps (Mikolajczak et al., 2009). Les mêmes auteurs (2009) expriment que « les émotions ont non seulement pu s'exprimer, mais on a également pris conscience que celles-ci pouvaient conduire l'homme à faire de grande chose. » (p.13). Depuis quelques années, les émotions ont réussi leur entrée dans le monde de la science. Dans le langage courant, beaucoup de mots comme : émotions, affects, humeurs, tempéraments, sont utilisés pour représenter nos états émotionnels mais dans le monde scientifique chaque mot a une définition bien précise et renvoie à des idées différentes. Pour Luminet (2002), « les émotions sont des états relativement brefs (de quelques secondes à quelques minutes) provoqués par un stimulus ou par une situation spécifique » (p.15). Par contre, les humeurs durent plus longtemps, de quelques heures à quelques jours. Les humeurs sont en arrière-plan chez les personnes, elles n'ont pas une intensité très haute comme les émotions. L'humeur est un état général que chaque individu peut ressentir et il n'y a pas nécessairement un élément qui le déclenche (ex. je me sens de mauvaise humeur ces temps). L'affect, lui, est une combinaison des émotions et des humeurs (Mikolajczak et al., 2009).

(...), le tempérament réfère à la toile de fond, l'état émotionnel de base de l'individu, sa prédisposition naturelle à éprouver tel ou tel type d'émotions et d'humeur. (...) Le tempérament influence l'humeur, qui influence à son tour les émotions. (Ibid, p.16).

### 3.2 LA QUALITÉ DES SOINS

Ce concept est choisi pour pouvoir analyser et décrire la relation entre le soignant et le patient, dire s'il y a une relation de bonne ou mauvaise qualité.

Formarier & Jovic (2009) donnent une définition de la qualité des soins repris de l'OMS :

La qualité des soins doit permettre de garantir à chaque patient un ensemble d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût, au moindre risque iatrogène, et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultat et de contacts humains à l'intérieur du système de soins (p.231).

Le monde infirmier se doit d'avoir une bonne qualité des soins, c'est pour cela que des niveaux de qualité ont été établis. Il existe quatre niveaux de qualité des soins :

- Les soins risqués portant atteinte au patient entraînent des coûts humains ainsi que financiers : infections, chutes, douleurs, manque d'information, etc.
- Les soins sûrs sont des soins donnés au patient avec précaution, il faut pour cela faire des recherches et se baser sur les résultats. Ces soins sont dans la norme et les demandes des patients sont à chaque fois prises en comptes.
- Les soins de qualité se centrent sur le patient et sont ainsi plus personnalisés. Pour avoir des soins de qualité, il faut viser l'autonomie et le bien-être du patient en se basant sur ses ressources et besoins.
- Les soins optimaux se basent sur le patient ainsi que sur tous les soins. Afin que les soins soient décrits comme optimaux, le patient doit être considéré comme un partenaire de soin, il doit prendre les décisions le concernant, il contribue à l'organisation de ses soins et traitements, etc. Il faut que les soins relationnels soient adaptés à chaque patient.

En considérant chaque patient comme un être unique, avec sa personnalité, son expérience de vie, ses sentiments et ses émotions, l'infirmière adapte ses soins en conséquence. Chaque patient ne demande pas la même relation.

Une évaluation régulière est bénéfique, nécessaire et obligatoire afin d'avoir une bonne qualité des soins. Il existe deux approches dans l'évaluation :

- La qualité réelle, objectivée. Elle est utilisée afin d'évaluer tous les soins techniques, comme les pansements, les toilettes, etc.
- La qualité perçue par le patient et sa famille. Cette qualité est subjective, seul le patient peut faire une évaluation selon sa culture, sa maladie, son hospitalisation, ses représentations. Le patient évalue la qualité relationnelle ainsi que la prestation du soin avec des entretiens, des échelles, etc.



## **4. CADRE DE RÉFÉRENCE : L'INTERACTIONNISME DE PIERRE FORNEROD**

L'interactionnisme de Pierre Fornerod a été choisi comme cadre de référence, pour analyser les résultats des recherches dans ce Bachelor Thesis. Les émotions dans la relation entre le patient et l'infirmière peuvent être considérées comme un objet-tiers, c'est pour cela que ce modèle de l'interactionnisme semble pertinent pour ce travail. Dans cette démarche, le patient et le soignant sont en interaction en lien avec l'objet-tiers, dans un lieu précis, à un moment précis. Cela vise à la co-construction d'un projet commun entre les acteurs, qui se trouvent être aussi partenaires. Le patient participe autant que le soignant dans son projet de soin car il en est le principal auteur.

Dans ce modèle, il y a une interaction entre deux acteurs ; le soignant et le patient en lien avec un objet-tiers. Fornerod (2005) explique l'objet-tiers de cette façon :

L'objet-tiers ou variable considérée (composé chimique, condition physique, besoin-désir ou toute autre chose...), résulte d'une co-construction entre le client et le soignant. En principe, tout peut constituer un objet-tiers : ce peut être une des dimensions du client ou du soignant, un niveau quelconque de sous-systèmes qu'ils constituent, une tierce personne, la famille, l'entourage, le médecin, la société, un fait, une situation, un animal, une chose, une institution, un sentiment, une idée, une connaissance, une croyance, un ressenti, une expérience, un vécu, une maladie, une douleur, etc. (pp. 166-167).

Lorsqu'il y a une co-construction entre le patient et le soignant, l'objet-tiers apparaît. Avec le temps, une relation établie sur la confiance va se créer entre les deux acteurs. Dans cette approche, tout est chamboulé. L'objet-tiers est au centre de la relation alors que le patient n'est plus au centre du travail du soignant.

Le contexte local a une place importante dans la co-construction de l'objet-tiers. Fornerod (2005) le définit comme « l'ensemble des facteurs de l'environnement qui influence les interactions » (p.159). Pour ce faire, il faudra porter une attention particulière aux personnes présentes, à l'endroit où se passe l'interaction, l'heure, la personnalité de chaque participant, etc.

Pour Fornerod (2005), la qualité de la relation et la communication sont des sujets importants dans son modèle. En effet, « la qualité de la relation est primordiale car la qualité du soin (qui est le produit de la prestation de service ici considérée) dépend de la qualité de la relation » (p.191)

Selon Fornerod (2008), « La communication peut se déployer à différents niveaux ; intrapersonnelle, interpersonnelle, de groupe de masse, etc. La communication est un processus interactif de construction de sens se réalisant entre subjectivité dans un contexte social (...) » (p.1). La communication n'est pas seulement une transmission d'informations ; il se construit un monde où des idées sont partagées par des individus qui n'ont pas vécu les mêmes expériences de vies.

Toujours pour le même auteur (2008), pour qu'il y ait une communication entre deux individus, les quatre canaux principaux de la communication doivent être présents :

- Les distances entre individus : distance publique, sociale, personnelle, intime, etc.
- Les éléments para-verbaux : silences, caractéristiques de la voix, etc.
- Les signes non-verbaux : postures, gestuelle, mouvements du corps, regard, mimiques, etc.
- Le canal langagier : sémantique (ce qui correspond au sens et aux mots utilisés) et syntaxique (ce qui correspond à l'organisation des phrases et la grammaire)

Fornerod (2008) décrit les principes de communication comme tels:

Le contexte : cadre dans lequel s'élabore la construction du sens. C'est un espace spatio-temporel. (...) Il y a des représentations de normes, de règles, de modèles, de rituels (...) chaque actant y vient et y intervient (...).

La co-construction du sens : la compréhension d'une communication repose sur des raisonnements et des inférences effectuées tant par le locuteur que par l'auditeur (...). La construction du sens s'élabore sous l'influence de contexte par l'interprétation des messages.

Le contrat communicationnel : (...) est centrale car recevoir une communication, c'est d'abord en rechercher l'intention. Les processus

d'interprétations supposent un contrat de coopération entre les interactants.

Les règles de communication : la communication se fonde sur des principes et des règles qui sont re-co-construits au cours des échanges avec les principes d'énonciation en première personne, de coopération, de méta-communication et de pertinence (pp.2-3).

Le principe d'énonciation en première personne : « Chacun communique avec son identité : la communication est tout autant un espace de construction de soi-même qu'un lieu d'élaboration de sens, d'où le principe d'énonciation en première personne » (p.3)

Le principe de coopération : il s'organise en quatre règles : la qualité, la quantité, la relation ou la pertinence et la manière. La règle de qualité exige que les actants soutiennent ce qu'ils croient être vrai et en apportent les preuves. Le fait de donner ni trop ni trop peu d'informations définit la quantité. La relation définit que l'information donnée doit être en lien avec le sujet. La dernière règle précise que le discours doit être clair et sans équivoque (p.3).

Le principe de méta-communication : « la co-construction concerne tout autant la relation elle-même (méta-communication) que l'objet sur lequel porte les interactions (communication) » (p.3). L'un des interlocuteurs se rend compte de ce qui se passe dans la situation.

Le principe de pertinence : Grâce à ce que dit le locuteur, l'auditeur doit avoir la capacité de compléter ou rectifier ses connaissances. Chaque participant a la même fonction.

Le schéma interactionniste de la communication selon Fornerod illustre bien ce modèle. (Annexe 2).

Grâce au modèle de l'interactionnisme, autant le soignant que le patient peut analyser les informations recueillies dans la relation en se basant sur les interactions de chaque intervenant en lien avec l'objet-tiers qui est dans ce travail, les émotions dans la relations entre le patient et l'infirmière.

## 5. MÉTHODOLOGIE

Pour le travail de Bachelor thesis, le choix de méthodologie s'est arrêté sur une revue étoffée de littérature. Cette revue consiste à regrouper, évaluer et résumer seulement les études pertinentes qui sont nécessaires à l'aboutissement du travail de Bachelor Thesis et ainsi répondre à la question : **«Comment les infirmières reconnaissent-elles leurs émotions et celles de leurs patients dans la relation patient – infirmière ?»**. Cette revue étoffée de littérature n'est pas globale, elle se centre uniquement sur les articles qui nous sont indispensables (Nadot, 2009). Une revue de littérature est une synthèse de connaissances sur un sujet précis. Pour les personnes qui commencent dans la recherche, la revue étoffée de littérature est un appui car elle permet d'accéder et de bénéficier des recherches déjà publiées. Cette revue est utile pour favoriser des compétences caractérisant la pratique infirmière, faire ressortir des éléments pouvant devenir des pistes d'actions et permettre la réalisation d'un autre travail en mettant en évidence certains besoins, questions ou problèmes.

Les étapes suivantes selon Loiselle (2007) sont décrites de façon détaillée selon la méthode de recherche.

La première étape à entreprendre pour la réalisation de cette revue de littérature est de trouver des mots-clés afin de les utiliser comme Mesh dans les bases de données telles que CINHALL, PubMed, Medline, BDSP.

### ***Mots-clés / Mesh-terms :***

- Qualité des soins / Quality of care
- Soins infirmiers / Nursing care
- Émotions / Emotions
- Relation / Relation
- Communication / Communication

Avec ces mots-clés, des études en lien avec le thème du Bachelor Thesis ont été obtenues. A ce moment-là intervient la phase de critères de sélection avec les critères d'inclusions et d'exclusions afin de trier une première fois les études trouvées.

<b>Critères d'inclusions</b>	<b>Critères d'exclusions</b>
Année 2000-2012 Émotions Relation patient-infirmière Soins infirmiers Recherche en français-anglais Tous les pays	Année avant 2000 Relation patient-médecin

## 5.1 RÉSULTATS DES STRATÉGIES DE RECHERCHES

Après cette première étape, dix études ont été trouvées en lien avec la question de recherche. Dans les tableaux suivants se trouvent les stratégies employées pour trouver les recherches scientifiques.

Base de données	CINHAL
Mots-clés	« the sens of smell »
Nombres trouvées	97
Référence de la recherche sélectionnée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miller, K.-L., Reeves, S., Zwarenstein, M., Beales, J. D., Kenaszchuk, C. &amp; Gotlib Conn, L. (2008). <b>Nursing emotion work and interprofessional collaboration in general internal medicine wards: a qualitative study.</b> <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 64, 332-343.</li> </ul>

Base de données	CINHAL
Mots-clés	« nurse », « patient », « emotion »
Nombres trouvées	32
Référence de la recherche sélectionnée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kennedy Sheldon, L., Barrett, R. &amp; Ellington, L. (2006). <b>Difficult Communication in Nursing.</b> <i>Journal of nursing scholarship</i>, 38, 141-147.</li> <li>• Skilbeck, J. &amp; Payne, S. (2003). <b>Emotional support and the role of Clinical Nurse Specialists in palliative care.</b> <i>Journal of Advanced Nursing</i> 43(5), 521–530.</li> </ul>

Base de données	<i>CINHAL</i>
Mots-clés	« nurse », « patient », « sense of hearing »
Nombres trouvées	4
Référence de la recherche sélectionnée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dearing, S. K. &amp; Steadman, S. (2009). <b>Enhancing Intellectual Empathy: The Lived Experience of Voice Simulation.</b> <i>Perspectives in Psychiatric Care</i>, 3, 173-182.</li> </ul>

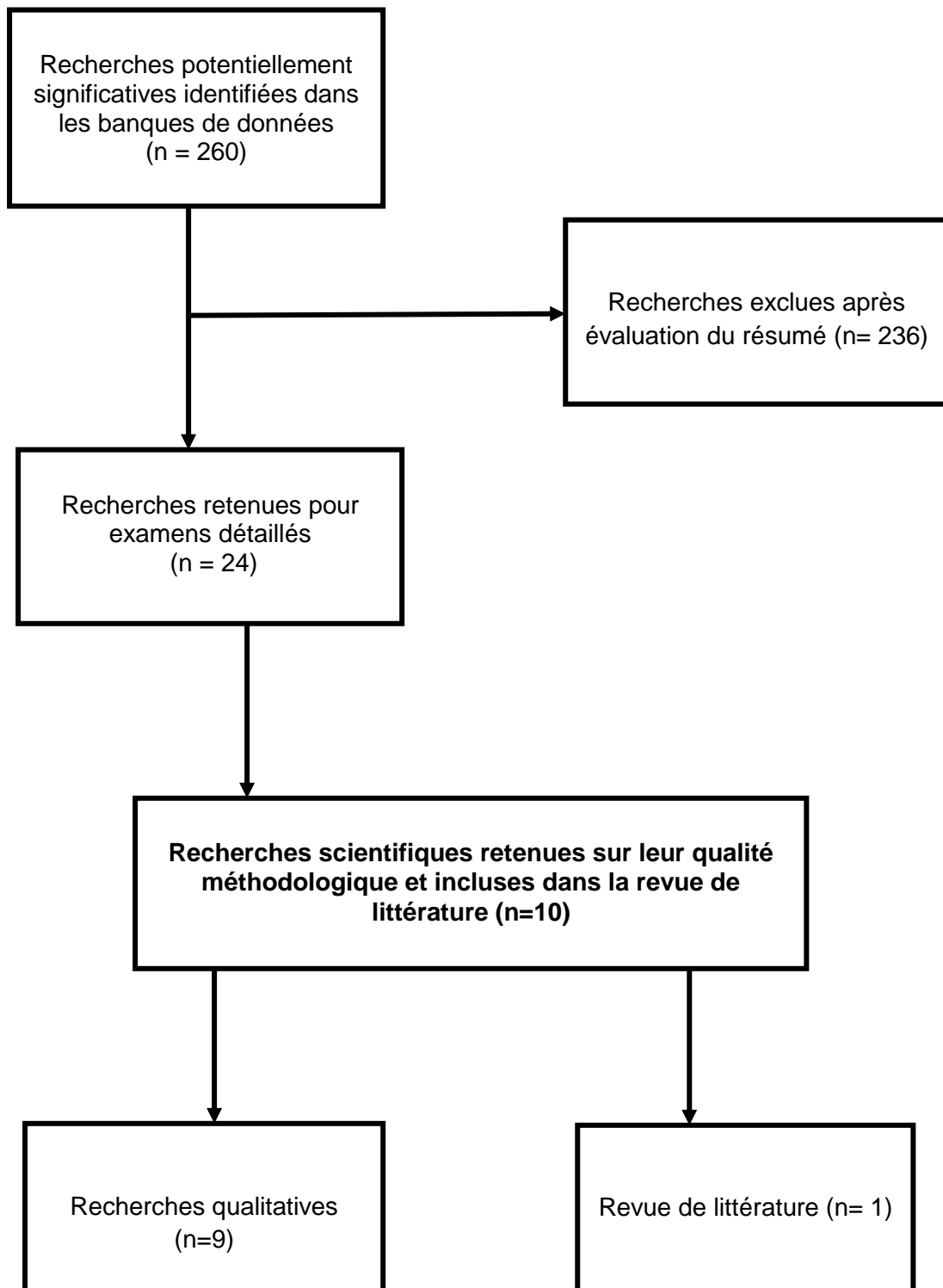
Base de données	<i>PubMed</i>
Mots-clés	« emotion », « nursing », « touch »
Nombres trouvées	36
Référence de la recherche sélectionnée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salzmänn-Erikson, M. &amp; Erikson, H. (2005). <b>Encountering touch: A path to affinity in psychiatric care.</b> <i>Issues in Mental Health Nursing</i>, 26, 843-852.</li> </ul>

Base de données	CINHAL
Mots-clés	« emotion », « relation »
Nombres trouvées	91
Référence de la recherche sélectionnée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gray, B. &amp; Smith, P. (2009). <b>Emotional labour and the clinical settings of nursing care: The perspectives of nurses in East London.</b> <i>Nurse Education in Practice</i>, 9, 253-261.</li> <li>• Mann, S. &amp; Cowburn J. (2005). <b>Emotional labour and stress within mental health nursing.</b> <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i>, 12, 154-162.</li> <li>• Meeusen, V., Van Dam, K., Van Zundert, A. &amp; Knape, J. (2010). <b>Job satisfaction amongst Dutch nurse anaesthetists: the influence of emotions on events.</b> <i>International Nursing Review</i>, 57, 85-91.</li> <li>• Rätty, L. &amp; Gustafsson, B. (2006). <b>Emotions in relation to healthcare encounters affecting self-esteem.</b> <i>Journal of Neuroscience Nursing</i>, 38, 42-50.</li> <li>• RLC van Dusseldorp, L., KG van Meijel, B. &amp; JL Derksen, J. (2010). <b>Emotional intelligence of mental health nurses.</b> <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 20, 555-562.</li> </ul>

Les résultats de chaque étude scientifique sont présentés à l'aide d'une grille d'analyse se trouvant en annexe 3, afin de ne prendre que les études pertinentes par rapport à la question de recherche.



## 5.2 DIAGRAMME DE PRÉSENTATION DES RECHERCHES



## 6. RÉSULTATS

Pour analyser le phénomène des émotions dans la relation patient-infirmière dans les soins, cette revue de littérature a récolté les données de neuf recherches scientifiques et d'une revue de littérature. Les neuf recherches sont des recherches qualitatives.

L'échantillon des dix recherches est composé d'infirmières, de patients et dans certaines recherches les familles sont aussi incluses.

Un domaine de soins n'a pas été proprement défini dans ce travail, vu que les émotions se retrouvent partout. Donc, tous les domaines de soins et de santé peuvent être représentés dans ces résultats. La plupart des recherches scientifiques étaient réalisées dans le milieu de soins psychiatriques.

L'auteure a relu chaque grille d'analyse afin d'en ressortir les thèmes principaux issus des résultats et ainsi les catégoriser.

Après analyse des recherches scientifiques, les résultats ont pu être classés dans trois sous-chapitres. Le premier sous-chapitre décrit le travail émotionnel. Le deuxième sous-chapitre concerne la formation en soins infirmiers. Le troisième sous-chapitre expose la communication.

### 6.1 LE TRAVAIL ÉMOTIONNEL

Dans plusieurs recherches, le travail émotionnel ressort comme point important dans la relation patient-infirmière (Gray & Smith, 2009 ; Mann & Cowburn, 2005 ; Miller & al., 2008 ; Rätty & Gustafsson, 2006 ; RLC van Dusseldorp & al., 2010). Le domaine des soins, de part sa nature, est rempli d'émotions accrues. La recherche des émotions au travail participe à la compréhension que nous avons des émotions et à la gestion de celles-ci. Les émotions sont des motifs d'actions (Rätty & Gustafsson, 2006). Le travail émotionnel a un impact à la fois positif et négatif sur les professionnels de la santé et les patients. Le travail émotionnel est aussi nécessaire pour maintenir des relations dans certaines situations qui sont souvent pointues et difficiles. Pour les auteurs Gray & Smith (2009) dès qu'une infirmière gère ses propres émotions et celles des autres, elle fournit un travail émotionnel. Avec ce point essentiel, l'infirmière doit composer avec les émotions des autres, ce qui va permettre la mise en place

de la régulation des émotions (James, 1989, cité par Gray & Smith, 2009). Avec le travail émotionnel qu'exercent les infirmières auprès des collègues, des patients et des familles, les infirmières vont rechercher les émotions, les partager afin de solidifier les relations interpersonnelles. L'environnement dans lequel la relation patient-infirmière se construit doit être relativement favorable pour les différents acteurs, pour cela le travail émotionnel est utilisé pour permettre la communication des émotions et ainsi éviter des tensions relationnelles et environnementales inutiles (Gray & Smith, 2009). Les infirmières et les patients doivent tous les deux être impliqués dans le travail émotionnel pour pouvoir s'exprimer et partager ce qu'ils ressentent. Cela va améliorer la relation, d'autant plus que chaque acteur aura participé et que la communication sera authentique (Gray & Smith, 2009). Les mêmes auteurs expriment que les familles des patients doivent aussi être impliquées dans le travail émotionnel. Par exemple, dans les soins primaires aux bébés, les infirmières aident les mères dans la pratique mais aussi dans l'expression des ressentis qu'elles peuvent avoir (Gray & Smith, 2009). Ceci va permettre à la mère de parler ouvertement de ses émotions, elle se sentira alors écoutée et plus apte dans son travail de mère. Le travail émotionnel rend les mères plus confortables et à l'aise avec le bébé. Pour cela, il est essentiel d'intégrer les familles dans le travail émotionnel afin d'avoir une vue d'ensemble des relations interprofessionnelles.

Le niveau émotionnel augmente lorsqu'il y a des situations difficiles et stressantes à vivre, autant pour le patient que pour l'infirmière (Mann & Cowburn, 2005). Cela peut être une source importante de conflits lors de collaborations interpersonnelles (Miller & al., 2008).

Depuis plusieurs années, le travail émotionnel est un sujet très exploré dans le cadre des soins. De ce thème très répandu, énormément de concepts en découlent, comme par exemple l'intelligence émotionnelle. L'intelligence émotionnelle est une combinaison de l'intelligence et de l'émotion. Elle a la capacité d'utiliser les émotions comme support pour résoudre les problèmes et pour la prise de décision. Elle est primordiale et beaucoup plus développée dans le milieu de la santé mentale, à cause du type de patient comme les schizophrènes et des situations plus complexes compliquant la communication

des émotions et qui peuvent altérer la qualité de la relation entre le patient et l'infirmière. Par conséquent, un niveau élevé d'intelligence émotionnelle est obligatoire pour faire face à la quantité de travail émotionnel dans les soins aux personnes atteintes de maladies psychiatriques (RLC Van Dusseldorp et al., 2010).

### Résumé des résultats

*Le travail émotionnel est nécessaire pour maintenir des relations de qualité entre le patient et l'infirmière. Le travail émotionnel que les infirmières utilisent sert à communiquer les émotions et ainsi éviter les tensions relationnelles. Autant les patients que les infirmières doivent s'impliquer dans le travail émotionnel pour pouvoir s'exprimer et partager leurs émotions.*

## 6.2 LA FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Un autre sous-chapitre est la formation. La formation en soins infirmiers est très vaste et diversifiée. Malgré cela il manque des cours et des apprentissages sur la façon de reconnaître, vivre et utiliser les émotions lors d'interactions entre le patient et l'infirmière (Gray & Smith, 2009).

Dans une recherche (Dearing & Steadman, 2009), une expérience de simulation de voix a été réalisée dans le cadre de la formation infirmière auprès de plusieurs étudiants. Grâce à cette expérience, les étudiants ont pu développer des émotions proches de celles vécues par des patients atteints d'hallucinations auditives. Cela leur a permis d'accroître une plus grande empathie à l'égard de ces patients et d'adopter un autre jugement. Les étudiants ont pu voir des différences dans leur façon de penser et dans leurs attitudes, ce qui va permettre des changements de comportements envers les patients et les situations laborieuses. Ils décrivent aussi la nécessité d'augmenter leur capacité à construire une relation thérapeutique afin de mieux comprendre les situations dans lesquelles les patients ont des hallucinations auditives. Cette expérience a fait développer, reconnaître et partager les émotions que les patients vivent au jour le jour dans des situations éprouvantes accompagnées d'hallucinations auditives. (Dearing & Steadman, 2009).

Les infirmières attribuent une très grande importance au soutien émotionnel. Malheureusement, elles n'ont souvent pas ou peu de temps ni les compétences suffisantes pour offrir ce service aux patients et collègues de travail (Kennedy & al., 2006). La formation au niveau des émotions serait un point à développer dans les écoles de santé ou dans des cours complémentaires au sein même de l'hôpital, afin de fournir des stratégies pour travailler avec ces émotions souvent cachées. Avec cette formation en plus, les infirmières auraient une plus grande capacité à mieux gérer les situations difficiles car elles auraient appris à reconnaître et communiquer leurs émotions, celles de leurs patients et de leurs collègues. L'infirmière est la personne la plus importante et la plus disponible pour le patient (Kennedy & al., 2006). C'est pour cela que la formation doit permettre à l'infirmière de reconnaître ses émotions et celles du patient pour que la relation progresse. Ainsi le patient se sentira en confiance et acteur de son hospitalisation, de son traitement et de sa guérison, il sera alors plus à l'aise dans cette relation débutante.

Des programmes éducatifs devraient insérer des compétences de communication et des jeux de rôle. Le jeu de rôle peut être utilisé comme stratégie pour reconnaître les émotions et les communiquer (Kennedy & al., 2006). La formation en soins infirmiers offre une grande palette de prestations de soins, en accentuant la formation sur les émotions et la communication de celles-ci, il sera plus facile et bénéfique pour les infirmières de les identifier dès le départ et de modeler la relation patient-infirmière en lien avec les émotions vécues. Cela apportera des meilleures pratiques en soins infirmiers.

En rendant explicite le travail émotionnel dans les pratiques de soins infirmiers, des moyens sont créés pour faire face de manière plus adéquate aux pressions émotionnelles, aux contraintes et stratégies impliquées dans les soins aux patients. Rendre le travail émotionnel plus explicite a des répercussions sur la pratique infirmière, la formation en soins infirmiers, l'amélioration et le maintien de normes de soins aux patients (Gray & Smith, 2009).

### Résumé des résultats

*Grâce à des cours complémentaires sur les émotions, les infirmières peuvent développer des stratégies pour travailler correctement avec ces émotions. Elles*

*ont de plus grande capacité à gérer les situations complexes car elles savent reconnaître et communiquer leurs propres émotions, celles de leurs patients et de leurs collègues. Cette formation est utile et nécessaire pour le maintien de la relation et la communication entre le patient et l'infirmière.*

### 6.3 LA COMMUNICATION

La communication est le dernier sous-chapitre décrit dans les résultats. La communication est un concept très utilisé et déjà détaillé dans la problématique et dans le cadre de référence de ce travail de revue de littérature.

Dans les analyses, certaines recherches scientifiques ainsi que la revue de littérature proposent comme résultat pertinent la communication (Kennedy & al., 2006 ; Miller & al., 2008 ; Salzman-Erikson & Eriksonn, 2005 ; Skilbeck & Payne, 2003). Dans la recherche de Kennedy & al. (2006), les résultats disent que chaque situation clinique produit des réactions émotionnelles similaires et qu'il est difficile de communiquer les émotions. Cette recherche a eu lieu dans un hôpital où la plupart des infirmières travaillent en oncologie. Les infirmières ont remarqué la difficulté que les patients et les familles ont à parler des émotions. Ces mêmes infirmières décrivent que le stress de la maladie provoque énormément d'émotions chez les patients et les familles. En général, ils ont les capacités d'exprimer et de partager les émotions vécues auprès des infirmières. Beaucoup d'émotions négatives comme la tristesse, la colère, l'impuissance et le désespoir rendent la communication beaucoup plus pénible avec les patients et les familles. A ce stade, il est primordial pour les infirmières de déterminer ces émotions négatives et elles doivent choisir de partager ou non leurs propres émotions auprès des patients et des familles. Par contre, elles sont beaucoup à ne pas parler de leurs émotions en dehors du travail car elles ne veulent plus y penser et que leurs proches ne comprennent pas leur travail (Kennedy & al., 2006). Les infirmières se retrouvent alors bloquées sans pouvoir discuter et exprimer leurs émotions. Lors de cette expérience de recherche, les participantes (infirmières) ont utilisé le groupe de discussion comme une opportunité de partager et de traiter une expérience particulière en lien avec leur pratique ainsi que leurs émotions. Ces groupes de paroles sont importants pour tous les professionnels afin qu'ils puissent reconnaître leurs

émotions et pouvoir les partager. Cela va aboutir à une meilleure connaissance de soi et améliorer la relation patient-infirmière. Le soutien pendant et après les situations complexes est un très grand avantage. La construction de réseaux de sécurité dans les milieux de soins ainsi que les groupes de soutien ou de débriefing sont nécessaires pour soutenir les infirmières et les autres professionnels de la santé (Kennedy & al., 2006). La supervision clinique est un mécanisme de soutien pour les infirmières de plus en plus reconnue (Skilbeck & Payne, 2003).

Miller & al. (2008) décrivent dans leur recherche que l'infirmière occupe une position essentielle dans le système de santé. Pour que les infirmières comprennent mieux la nécessité du travail émotionnel, dans la relation avec le patient et les familles, un système de mentorat a été mis en place dans l'hôpital, avec l'aide des infirmières plus expérimentées. Celles-ci pourront aider les infirmières novices grâce à leurs expériences et leurs savoirs sur le travail émotionnel. Ceci est une aide à une meilleure socialisation professionnelle ainsi qu'une meilleure solidarité. Avec ce système de mentorat, les infirmières se sentent encadrées et à leur tour, elles pourront encadrer les interactions avec les patients à l'aide du travail émotionnel. Dans la collaboration interprofessionnelle, le travail émotionnel est une source de conflit. Pour cela, des colloques interprofessionnels sont mis en place pour que tout le monde puissent s'exprimer sur les situations pénibles en lien avec les émotions non exprimées. Si les infirmières ne sont pas là, aucune information ni émotion vécue par les patients ne sont transmises. Heureusement, les infirmières sont en première ligne dans le travail émotionnel. La venue d'une infirmière de liaison propose aux professionnels de la santé, surtout aux infirmières, de parler ouvertement de leurs propres émotions et de celles vécues par les patients lors d'interactions entre les deux acteurs, ceci facilite les rencontres interprofessionnelles (Miller & al., 2008).

Dans la revue de littérature, les résultats démontrent que le soutien émotionnel est une stratégie de réconfort très utilisée. Les infirmières communiquent le soutien émotionnel de plusieurs façons, tant verbalement en reformulant et confirmant les dires des patients, en étant empathique et en encourageant les patients dans l'expression de leurs émotions, que non verbalement avec le

contact physique en touchant le patient de manière adéquate et en augmentant la proximité entre le patient et l'infirmière. Ces stratégies rassurantes sont énormément utiles pour reconnaître les préoccupations et les émotions des patients et des professionnels de la santé. Elles permettent aussi de créer un climat favorable pour les patients qui endurent des détresses émotionnelles et physiques. Elles améliorent ainsi les interactions patient-infirmière (Skilbeck & Payne, 2003).

Dans les soins psychiatriques, les patients aiment utiliser le contact physique, donc le toucher, pour communiquer leurs sentiments et émotions. Pour eux, le toucher et les émotions sont étroitement liés. Les patients peuvent ressentir différentes émotions négatives comme positives selon la façon dont ils sont touchés (Salzmann-Erikson & Erikson, 2005).

#### Résumé des résultats

*Dans les situations de soins complexes, il est difficile pour le patient, les familles et les infirmières de communiquer leurs émotions. Les émotions négatives rendent plus compliquée la communication entre le patient et l'infirmière. Les groupes de soutien, les colloques interprofessionnels, la supervision, les débriefings sont des stratégies utilisées par les infirmières pour communiquer et partager les émotions vécues lors de situations complexes avec les patients et les familles.*



## 7. DISCUSSION

### 7.1 ANALYSE ET REGARD CRITIQUE DES RECHERCHES SÉLECTIONNÉES

Après analyse des recherches retenues (n=24), certaines ont été exclues (n=14), soit parce qu'elles n'avaient aucun lien direct avec la question de recherche, soit parce qu'elles concernaient la relation entre le patient et le médecin. D'autres ne concernaient pas le travail des infirmières mais la fiabilité d'une échelle sur les attitudes infirmières et d'autres ne concernaient pas les émotions. Aucune recherche ne répond directement à la question de recherche qui est « *Comment les infirmières reconnaissent-elles leurs émotions et celles de leurs patients dans la relation patient – infirmière ?* ». Cependant, dans chacune des recherches, des éléments de réponse étaient pertinents pour argumenter le chapitre des résultats.

Au final, dix recherches qui répondaient aux critères méthodologiques ont été sélectionnées pour cette revue de littérature étoffée. Ces recherches contiennent les quatre démarches d'une étude scientifique comme l'introduction, la méthode, les résultats et la discussion.

De ces dix recherches scientifiques, neuf sont des recherches qualitatives et la dernière est une revue de littérature étoffée. Ces recherches ont été sélectionnées et analysées selon la grille de lecture critique des recherches se trouvant en annexe 3.

Les publications des dix recherches scientifiques sont récentes ; elles se situent toutes entre les années 2003 et 2010.

Certaines limites sont à signaler dans ces résultats de recherches. Premièrement, une des recherches ne parle pas à proprement dit des émotions que les patients ou infirmières ressentent lors d'interactions. Elle décrit une expérience de simulation de voix auprès d'étudiants en soins infirmiers. Cette expérience a cependant pu être bénéfique pour les étudiants car ils ont pu développer des changements de comportements envers des patients atteints d'hallucinations auditives (Dearing & Steadman, 2009). Malgré cela, des éléments pertinents ont été sélectionnés pour les résultats de cette revue de

littérature. Deuxièmement, dans une autre recherche (Salzmann-Erikson & Erikson, 2005), les auteurs ont mis un accent tout particulier sur le contact physique chez les patients traités pour une psychose mais, comme pour la première limite, certains éléments de réponse ont été relevés en lien avec les émotions et ont pu être intégrés dans les résultats de cette revue de littérature. Le fait que dans ces recherches il n'y a pas une grande quantité d'échantillon, malgré les grands hôpitaux où les recherches ont été pour la plupart réalisées, beaucoup de personnels soignants ne participant pas par faute de temps ou de motivation, représente une troisième limite.

Un élément positif dans cette revue de littérature est la diversité des auteurs dans les recherches. Il n'y a pas deux fois le même auteur, ce qui signifie que le sujet sur les émotions est de plus en plus répandu, pas seulement auprès des auteurs mais aussi sur le territoire. Plusieurs recherches ont été réalisées en Europe surtout en Angleterre et aux Pays-Bas, d'autres au Canada et en Amérique du Nord. Malheureusement, aucune recherche n'a été trouvée en Suisse.

Un domaine de soins n'a pas été proprement défini dans ce travail, vu que les émotions se retrouvent partout. La plupart des recherches scientifiques étaient réalisées dans le milieu des soins psychiatriques, en oncologie, en médecine ou encore en neurologie.

Parmi les dix recherches sélectionnées, les populations concernées sont principalement des professionnels de la santé comme les infirmières et des patients. Dans certaines recherches, les familles des patients et les médecins sont aussi présents.

Les auteurs des dix recherches scientifiques ont obtenu, à chaque fois, l'approbation d'une commission d'éthique ou de l'hôpital où la recherche était réalisée. Ils avaient aussi l'accord de chacun des participants afin d'effectuer leur étude. De ce fait, toutes les recherches ont respecté les normes d'éthique et de confidentialité des participants.

## 7.2 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

L'auteure a rencontré des difficultés pour catégoriser les résultats des recherches. Comme aucune recherche ne répondait directement à la question de recherche, peu d'éléments de réponse étaient en lien avec toutes les études.

Malgré cela l'auteure a pu catégoriser des éléments de réponse qui lui semblaient pertinents pour répondre à la question de recherche. Pour finir, elle a trouvé, regroupé et catégorisé les résultats en trois chapitres. Ces trois chapitres sont : le travail émotionnel, la formation en soins infirmiers et la communication. Les infirmières ont ou doivent encore développer ces compétences afin de faire évoluer leur rôle infirmier dans la relation avec le patient en lien avec les émotions. Ces résultats montrent que les émotions et particulièrement l'expression de celles-ci sont nécessaires et fondamentales pour établir une relation de confiance entre deux personnes et garantir des soins de qualité auprès du patient.

Le travail émotionnel que les infirmières exercent auprès des patients, des familles et des collègues va permettre de solidifier les relations interprofessionnelles, qu'elles entretiennent avec ces différents acteurs. Lorsqu'une infirmière gère ses propres émotions et celles des autres, cela signifie qu'elle fournit un travail émotionnel. Ce travail que les infirmières utilisent sert à communiquer les émotions et ainsi éviter les tensions relationnelles avec le patient ou les collègues. Autant les patients que les infirmières doivent s'impliquer dans le travail émotionnel pour pouvoir s'exprimer et partager leurs émotions.

La formation en soins infirmiers est très vaste et diversifiée. Malgré cela il manque des cours et des apprentissages sur la façon de reconnaître, vivre et utiliser les émotions. Grâce à des cours complémentaires sur les émotions, les infirmières peuvent développer des stratégies pour travailler correctement avec ces émotions. Elles ont une plus grande capacité à gérer les situations complexes car elles savent reconnaître et communiquer leurs propres émotions, celles de leurs patients et de leurs collègues. Cette formation est utile

et nécessaire pour le maintien de la relation et de la communication entre le patient et l'infirmière.

La communication est un concept très répandu et utilisé dans les soins, comme dans chaque profession. Cependant, la communication est d'une grande importance surtout dans les soins infirmiers. Elle est la base sur laquelle les infirmières se reposent pour entrer en relation avec le patient et les familles. Dans les situations de soins complexes, il est difficile pour le patient, les familles et les infirmières de communiquer les émotions. Les groupes de soutien, les colloques interprofessionnels, la supervision, les débriefings sont des stratégies utilisées par les infirmières pour communiquer et partager les émotions vécues lors de situations complexes avec les patients et les familles.

Ces trois thèmes sont étroitement liés et indissociables. Il est difficile de fournir un travail émotionnel sans avoir des formations complémentaires, comme il est difficile de communiquer sur les émotions si le travail émotionnel n'est pas développé.

### 7.3 LIEN AVEC LE CADRE DE RÉFÉRENCE

Ce prochain point permettra une discussion sur les liens entre le cadre de référence et les résultats trouvés dans les analyses de recherches.

Le cadre de référence choisi pour cette revue de littérature étoffée est l'interactionnisme.

Dans cette démarche, Fornerod (2005) explique que le patient et le soignant sont en interaction en lien avec l'objet-tiers, dans un lieu précis, à un moment précis. Cela vise à la co-construction d'un projet commun entre les acteurs, qui se trouvent être aussi partenaires.

Dans les résultats, nous pouvons considérer que les émotions, qu'elles soient positives ou négatives, sont l'objet-tiers dans la relation entre le patient et l'infirmière. Le patient n'est plus au centre de la relation et du travail de l'infirmière mais ce sont surtout les émotions que lui et l'infirmière vivent lors d'interactions entre ces deux acteurs. Lorsqu'il y a une relation entre l'infirmière et le patient, l'objet-tiers apparaît (Fornerod, 2005).

Les résultats trouvés dans les recherches montrent que le travail émotionnel est un point important dans la relation patient-infirmière (Gray & Smith, 2009 ; Mann & Cowburn, 2005 ; Miller & al., 2008 ; Rätty & Gustafsson, 2006 ; RLC van Dusseldorp & al., 2010). Le travail émotionnel est employé par les infirmières pour rechercher les émotions et les partager pour solidifier les relations interprofessionnelles. L'utilisation de ce travail va aider à reconnaître les émotions, donc l'objet-tiers, et de pouvoir les communiquer. Lorsque ces émotions sont reconnues et partagées une véritable relation de confiance va se créer, avec le temps, entre les deux acteurs.

Le patient doit participer autant que l'infirmière dans son projet de soins car il en est le principal auteur (Fornerod, 2005). Il en est de même dans le travail émotionnel, le patient doit aussi être impliqué dans ce travail pour qu'il puisse s'exprimer et partager ce qu'il ressent (Gray & Smith, 2009).

Dans la relation, la construction d'un objet-tiers va permettre au patient d'être acteur de ses émotions et de la façon dont il les partage. Il ne sera alors plus passif dans la relation, au contraire, il sera égal à l'infirmière.

D'autres résultats, comme la formation en soins infirmiers peut apporter un soutien et des stratégies aux infirmières, pour mieux gérer les situations émotionnelles avec le patient. Le jeu de rôle peut être utilisé comme stratégie pour reconnaître les émotions et les communiquer (Kennedy & al., 2006). Avec le jeu de rôle, l'infirmière peut adopter des moyens pour trouver et partager ses émotions et celles du patient. Ce soutien apporte à l'infirmière des compétences nécessaires pour entrer en interaction avec le patient et ainsi co-crée l'objet commun<sup>1</sup>.

Il est intéressant de voir que plusieurs résultats comme les jeux de rôle et la communication peuvent se combiner pour aider les infirmières dans leur rôle. En effet, les quatre canaux de la communication que Fornerod (2008) décrit dans sa théorie peuvent être un cadre d'analyse dans les jeux de rôle en lien avec la formation en soins infirmiers.

Pour qu'il y ait une communication entre deux personnes par exemple entre l'infirmière et le patient, les quatre canaux de la communication doivent

---

<sup>1</sup> Objet commun = objet-tiers

impérativement être présents. Ces canaux sont les distances entre les individus, les éléments para-verbaux, les signes non-verbaux et le canal langagier. Les distances peuvent être publiques, sociales, personnelles ou intimes. Les éléments para-verbaux sont les silences qui peuvent être présents dans les interactions et les caractéristiques de la voix. Les signes non-verbaux déterminent la posture, la gestuelle, les mimiques, le regard, etc. Pour finir, le canal langagier se définit en deux parties : la partie sémantique qui correspond au sens et aux mots utilisés dans l'interaction et la partie syntaxique qui correspond à l'organisation des phrases et de la grammaire (Fornerod, 2008).

En utilisant ces canaux de la communication pour analyser les jeux de rôle, les infirmières peuvent reconnaître et développer une approche différente lorsqu'elles sont confrontées à des situations émotionnelles très lourdes avec des patients. Grâce à cette démarche, les infirmières auront les capacités de mieux observer, reconnaître et gérer les situations difficiles et pourront mettre en place des actions pertinentes pour pallier à ces défauts de la relation patient-infirmière.

Fornerod (2005) décrit dans sa théorie que la communication et la qualité de la relation sont des sujets d'une très grande importance. Pour le même auteur, la qualité de la relation est fondamentale parce que la qualité du soin dépend de la qualité de la relation (2005). Dans les résultats, nous pouvons émettre l'hypothèse que les émotions reconnues et partagées sont un soin de qualité autant pour l'infirmière que pour le patient, qui solidifie la qualité de la relation entre ces deux participants.

Plus la qualité de la relation est bonne, plus les soins sont réalisés de façon efficace et si les soins sont de bonne qualité, alors la relation sera meilleure. Ces deux points sont indissociables dans les soins infirmiers. Lors de situations complexes comme avec des patients atteints de schizophrénie ou dans certaines situations où les émotions sont difficiles à exprimer, la qualité de la relation peut être altérée et à ce moment-là la co-construction de l'objet commun ne se fait pas (RLC Van Dusseldorp & al., 2010).

Dans la co-construction de l'objet-tiers, le contexte local a une place importante. Fornerod (2005) le décrit comme « L'ensemble des facteurs de l'environnement qui influence les interactions » (p.159). Il faut donc apporter

une attention particulière à l'environnement dans lequel se passe l'interaction entre l'infirmière et le patient. Les résultats d'une des recherches estiment que l'environnement où la relation entre le patient et l'infirmière se construit doit être confortable pour les deux acteurs. A cet effet, le travail émotionnel est utilisé pour communiquer les émotions et éviter les tensions relationnelles et environnementales (Gray & Smith, 2009).

Dans plusieurs études (Gray & Smith, 2009 ; Kennedy & al., 2006 ; Skilbeck & Payne, 2003), l'importance de la famille dans les interactions et la communication des émotions est évoquée, alors que dans la théorie de l'interactionnisme, la famille n'est même pas mentionnée.

Il ressort des résultats que la communication est importante dans le monde infirmier surtout dans les interactions que les infirmières construisent avec le patient. Beaucoup d'éléments comme des émotions négatives ou des situations complexes peuvent rendre la communication très difficile. Il est alors nécessaire pour l'infirmière ainsi que pour le patient d'identifier ces éléments perturbants et de les partager. C'est là que la communication entre en action.

Dans l'interactionnisme de Fornerod (2005), la communication est un processus interactif, construisant un sens, qui se réalise entre deux acteurs dans un environnement défini. La communication ne fait pas que de transmettre des informations. Avec ce processus un monde se construit où chaque individu peut partager ses idées et ce qu'il ressent.

Dans plusieurs études (Kennedy & al., 2006 ; Skilbeck & Payne, 2003 ; Miller & al., 2008), des stratégies pour apprendre et développer adéquatement la communication sont proposées. Ces stratégies sont essentielles pour les infirmières. Ces méthodes devraient être mises en place dans chaque établissement de soins pour favoriser la communication et particulièrement celle des émotions entre l'infirmière et le patient.

Ces stratégies sont : les groupes de discussion, le soutien, la construction de réseaux de sécurité, les groupes de débriefing, la supervision, le système de mentorat et les colloques interprofessionnels. Ces méthodes sont utiles pour reconnaître les émotions et les préoccupations des patients et des professionnels de la santé. Ceci aide également à créer un environnement

favorable et à améliorer les interactions entre les deux acteurs principaux que sont l'infirmière et le patient.

Dans l'interactionnisme aucune stratégie n'est développée ni mentionnée pour pallier à la difficulté de communiquer.

Pour conclure, l'auteure trouve très pertinent le choix de l'interactionnisme de Pierre Fornerod dans ce travail. Les liens entre la théorie et les résultats trouvés dans les études prouvent que les émotions, la communication et la relation font partie intégrante de l'être humain.



## **8. PERSPECTIVES POUR LA PRATIQUE**

En lien avec les résultats et la question de recherche, plusieurs sujets peuvent être à la base de nouvelles recherches. Les résultats ont pu démontrer trois points importants en lien avec les émotions pour le monde des soins infirmiers. Ces points sont le travail émotionnel, la formation en soins infirmiers et la communication. Malgré le nombre d'études retenues, seuls ces points sont ressortis, cela signifie que peu de moyens sont mis à disposition des infirmières pour communiquer les émotions.

Il serait nécessaire et intéressant que d'autres recherches évaluent et trouvent d'autres compétences que les infirmières pourront développer pour mieux faire face à leurs émotions et celles de leurs patients.

Il est essentiel d'avoir un plus grand échantillon de population dans les recherches futures afin d'évaluer à plus grande échelle les conséquences des émotions dans les relations patient-infirmière.

Il serait intéressant d'évaluer auprès des infirmières les stratégies proposées dans les résultats comme les groupes de discussion, le système de mentorat, les groupes de débriefing, la supervision, les colloques interprofessionnels, etc. Ces stratégies seraient une aide pour communiquer et partager les émotions.

Les émotions restent un sujet peu répandu qu'il serait nécessaire de développer plus en profondeur.

Quels moyens concrets peuvent être mis en place pour favoriser la communication et la relation en lien avec les émotions entre le patient et l'infirmière ? Comment éviter un surplus émotionnel sans briser la relation que l'infirmière co-crée avec le patient ? Ces thèmes seraient intéressants pour des recherches futures.

Cette revue de littérature peut offrir à la pratique infirmière de nouvelles stratégies pour apprendre à faire face aux émotions qui peuvent survenir dans la relation patient-infirmière. Ce travail peut aussi sensibiliser les infirmières par rapport au travail émotionnel qu'elles réalisent auprès des patients et de leurs collègues. Avec les résultats et stratégies trouvés dans ce travail, les infirmières peuvent reconnaître les situations émotionnellement difficiles et ainsi éviter

l'épuisement, le stress et les émotions négatives. Ce travail et les recherches futures peuvent faire développer le rôle infirmier dans la communication et la relation en lien avec les émotions vécues afin d'assurer des soins de qualité et une relation adéquate.

## **9. LIMITES DE LA REVUE DE LITTÉRATURE**

Pour cette revue de littérature étoffée, aucune étude suisse n'a été trouvée par l'auteure. Il était donc compliqué d'obtenir des résultats liés à des recherches sur les émotions dans les soins infirmiers en Suisse.

Les résultats trouvés dans les études étaient pertinents par rapport aux émotions mais restreints par rapport à la quantité d'information obtenue.

L'auteure a rencontré des difficultés dans certaines grilles d'analyse, en lien avec la traduction. En effet, la traduction de certaines études n'était pas optimale, cela en a compliqué l'analyse. Elle a cependant fait de son mieux pour respecter le sens de ces études.

Ce travail a permis à l'auteure de développer des compétences liées à la méthodologie et à l'écrit. En effet, l'auteure a réussi à poser l'idée générale du thème de ce travail et a pu évoluer dans sa façon d'écrire. Elle a aussi fait l'apprentissage de la méthodologie qui était complexe lors de l'esquisse. Cette revue de littérature étoffée lui a permis de comprendre l'importance pour la pratique infirmière de la recherche infirmière dans les soins.

## CONCLUSION

Au début de ce travail, l'auteure était partie dans une direction différente sur le thème de la dimension sensorielle dans les soins. Malheureusement, la recherche d'études en lien avec ce thème fût un échec. Aucune recherche n'était explicite et ne répondait à la question de recherche. Le changement de la problématique et du thème général fût nécessaire pour mener à bien cette revue de littérature étoffée. Les émotions dans la relation entre l'infirmière et le patient furent un choix pertinent et intéressant pour la recherche.

En conclusion, ce travail a démontré que les émotions et la communication de celles-ci sont essentielles pour avoir une relation de qualité entre l'infirmière et le patient. La communication sur les émotions valorise le rôle des deux acteurs principaux dans l'interaction. L'infirmière et le patient se sentent alors reconnus, respectés et sont considérés comme partenaires de santé.

Par rapport à la question de recherche, ce travail a pu mettre en évidence des pistes et des moyens pour améliorer le travail de l'infirmière face à ses émotions et celles du patient. Cependant, ces résultats ne sont pas en très grand nombre.

Nous souhaitons vivement que l'implication de ce travail dans la pratique infirmière stimule et sensibilise les professionnels de la santé à utiliser les émotions comme alliées dans la relation et à trouver par eux-mêmes d'autres moyens pour reconnaître, partager et communiquer leurs propres émotions et celles de leurs patients.

Grâce à ce travail, le rôle de l'infirmière dans les soins peut se développer en mettant un point important sur les émotions et l'expression de celles-ci.

Ce travail peut être considéré comme un point de départ pour des recherches futures sur les émotions dans la relation patient-infirmière.

## BIBLIOGRAPHIE

### Ouvrages :

- Fernandez, F., Lézé, S. & Marche, H. (2008). *Le langage social des émotions, études sur les rapports au corps et à la santé*. Paris : Economica.
- Formarier, M. & Jovic, L. (2009). *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Mallet Conseil.
- Fornerod, P. (2005). *La pratique du soin infirmier au XXIe siècle*. Genève : pratique-théorie.
- Lelord, F. & André, C. (2001). *La force des émotions, amour, colère, joie...* Paris : Odile Jacob.
- Loiselle, C. G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières, Approche quantitative et qualitative*. Québec : ERPI.
- Mikolajczak, M., Quoidbach, J., Kotsou, I. & Nélis, D. (2009). *Les compétences émotionnelles*. Paris : Dunod
- Pervin, L. A. & John, O.P. (2005). *La personnalité de la théorie à la recherche*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Sabourin, R. (2010). *Les cinq sens dans la vie relationnelle*. France : Le souffle d'or.
- Steiner, C. & Perry, P. (1998). *L'A. B. C. des émotions, Développer son intelligence émotionnelle*. Paris : InterEditions.

**Chapitres dans un ouvrage :**

- Mercadier, C. (2002) : La dimension sensorielle du soin, *In Perspective soignante*, n°13 (pp.6-28). Paris : SeliArslan.

**Mémoires de diplômes :**

- Schenevey Perroulaz, E. (2002). *L'apprentissage de l'approche du corps de l'autre dans la formation en soins infirmiers*. Mémoire de maîtrise en sciences de l'éducation, Lausanne. Université Lumière Lyon 2.

**Polycopiés :**

- Fornerod, P. (2008). *L'approche interactionniste de la relation et de la communication*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.
- Nadot, N. (2009). *La « revue systématique de littérature » (systematic review)*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

**Articles scientifiques :**

- Dearing, S. K. & Steadman, S. (2009). Enhancing Intellectual Empathy: The Lived Experience of Voice Simulation. *Perspectives in Psychiatric Care*, 3, 173-182.
- Gray, B. & Smith, P. (2009). Emotional labour and the clinical settings of nursing care: The perspectives of nurses in East London. *Nurse Education in Practice*, 9, 253-261.
- Kennedy Sheldon, L., Barrett, R. & Ellington, L. (2006). Difficult Communication in Nursing. *Journal of nursing scholarship*, 38, 141-147.

- Mann, S. & Cowburn J. (2005). Emotional labour and stress within mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 154-162.
- Meeusen, V., Van Dam, K., Van Zundert, A. & Knape, J. (2010). Job satisfaction amongst Dutch nurse anaesthetists: the influence of emotions on events. *International Nursing Review*, 57, 85-91.
- Miller, K.-L., Reeves, S., Zwarenstein, M., Beales, J. D., Kenaszchuk, C. & Gotlib Conn, L. (2008). Nursing emotion work and interprofessional collaboration in general internal medicine wards: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 64, 332-343.
- Rätty, L. & Gustafsson, B. (2006). Emotions in relation to healthcare encounters affecting self-esteem. *Journal of Neuroscience Nursing*, 38, 42-50.
- RLC van Dusseldorp, L., KG van Meijel, B. & JL Derksen, J. (2010). Emotional intelligence of mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 555-562.
- Salzmann-Erikson, M. & Eriksson, H. (2005). Encountering touch: A path to affinity in psychiatric care. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 843-852.
- Skilbeck, J. & Payne, S. (2003). Emotional support and the role of Clinical Nurse Specialists in palliative care. *Journal of Advanced Nursing* 43(5), 521–530.

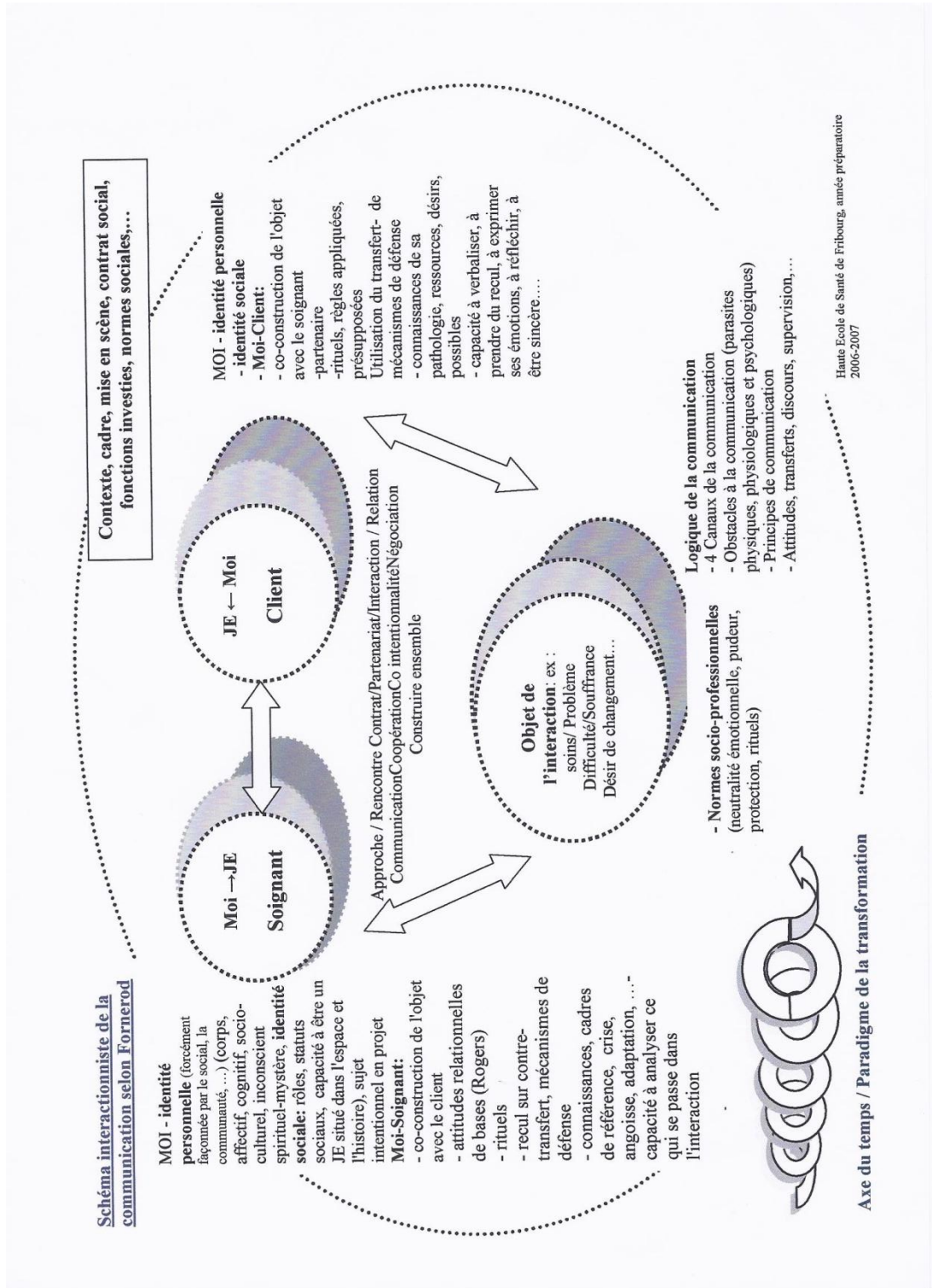
## **ANNEXE 1 : DÉCLARATION D'AUTHENTICITÉ**

« Par cette présente, je soussignée déclare avoir effectuée ce travail moi-même, selon les directives et normes de la Haute Ecole de Santé fribourg, en vue de l'obtention du titre de Bachelor of science HES-SO en soins infirmiers. Dans ce travail, les références utilisées sont donc citées et distinctement identifiées. »

Monica Leitão



# ANNEXE 2 : SCHÉMA INTERACTIONNISTE DE LA COMMUNICATION SELON FORNEROD



## ANNEXE 3 : GRILLES DE LECTURES DES ÉTUDES SCIENTIFIQUES

<b>Grille n° 1</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	Dearing, S. K. & Steadman, S. (2009). <b>Enhancing Intellectual Empathy: The Lived Experience of Voice Simulation</b> . <i>Perspectives in Psychiatric Care</i> , 3, 173-182.
<b>Buts de la recherche / Question de recherche</b>	Cette étude a pour but de comprendre l'expérience d'une simulation de voix vécue par des étudiants en soins infirmiers et de décrire l'impact sur l'empathie des participants ainsi que le désir d'établir une relation thérapeutique.
<b>Cadre de référence (concepts, théories)</b>	<p>Créer une relation thérapeutique est l'une des compétences les plus importantes que les infirmières puissent développer.</p> <p>Les stéréotypes sur les personnes atteintes de maladie mentale peuvent limiter la capacité d'une infirmière à développer une relation interpersonnelle avec le patient, ce qui devient un obstacle aux traitements et à la guérison.</p> <p>Créer une relation thérapeutique avec des patients souffrant de maladie mentale n'est pas une compétence qui vient automatiquement. Pour être efficace, résoudre des problèmes, exercer un bon jugement clinique et s'engager dans une communication essentielle à la relation, l'infirmière doit être orientée. Les nouvelles infirmières et les étudiants en soins infirmiers ont une base de connaissances insuffisantes pour comprendre la maladie mentale. Des attitudes négatives à l'égard de patients avec une maladie mentale résultent de l'inexpérience des infirmières.</p> <p>Souvent les personnes atteintes de maladie mentale sont perçues comme incapables de prendre soin d'elles-mêmes. Ces stéréotypes négatifs nuisent à la capacité de l'infirmière à faire preuve d'empathie.</p>

<b>Population/Echantillon</b>	28 femmes et hommes étudiants en soins infirmiers ont participé à cette étude. Ils sont âgés de 18 à 55 ans et sont dans leur dernière année de formation dans deux écoles infirmières privées.
<b>Devis /</b>  <b>Méthode</b> (outils collecte données, analyse, etc.)	Devis qualitatif.  <u>Méthode :</u> Une expérience de simulation de voix (VSE) est utilisée dans cette étude afin de connaître le ressenti des participants. Dans cet article, les résultats mettent en valeur la façon dont la VSE affecte les participants et leurs capacités à entrer en relation avec des patients souffrant d'hallucinations auditives. A la fin, les participants ont dû faire un travail écrit sur leur expérience vécue. Au début, l'échantillon comptait 52 participants qui se trouvaient dans un groupe expérimental sur la simulation de voix, dans le cadre de cours sur la santé mentale. Seulement 28 d'entre eux ont participé à l'étude, ils étaient âgés de 18 à 55 ans et étaient dans leur dernière année de formation dans deux écoles infirmières privées. <u>Procédure :</u> L'approbation pour cette étude a été obtenue auprès des conseils d'examens institutionnels. L'échantillon a été trouvé après avoir demandé des volontaires lors du premier jour de cours en soins psychiatriques. Les participants ont signé un formulaire de consentement et ont reçu un questionnaire démographique à remplir avant l'expérience. Les participants ont ensuite été introduits pour une expérience de simulation de voix. Deegan (2004) a développé le VSE, qui est une présentation de 45 minutes sur cassette audio qui simule les expériences pénibles à entendre des voix (hallucinations auditives). La cassette simule une expérience vocale ainsi que des murmures, des bruits, des paroles indiscrettes ou des messages. Chaque participant a reçu un lecteur de cassette, la bande sonore et un casque. En même temps qu'ils écoutent la bande, les participants doivent faire quatre autres activités ; répondre à des problèmes mathématiques simples, mettre des cure-dents dans des formes spécifiques, interagir avec un professionnel de la santé mentale au cours d'une évaluation de l'état mentale et répondre à des questions écrites après avoir lu un article de journal. A la fin de l'expérience, ils ont rédigé un compte rendu qui reflète leur expérience vécue de la simulation de voix. Ils ont dû réfléchir sur les trois points

	<p>suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Décrivez comment vous vous sentiez au cours de l'expérience de simulation de voix</li> <li>• Décrivez les effets physiques de la simulation de voix</li> <li>• Racontez comment l'expérience aura une incidence sur votre travail auprès des patients qui souffrent d'hallucinations auditives</li> </ul> <p><u>Analyse :</u></p> <p>Les écrits ont été lus par deux chercheurs indépendamment puis conjointement afin d'identifier des mots-clés et expressions pour trouver des thèmes communs entre tous les participants.</p>
<b>Résultats</b>	<p>Cinq thèmes ont émergé de l'analyse :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentiments intenses La plupart des participants ont décrit une augmentation du niveau émotionnel. Au départ, les participants ont trouvé l'expérience de simulation stressante et difficile. Après une courte période, ils ont décrit des sentiments plus intenses comme : le passage à un sentiment accru de vulnérabilité, de peur, de colère et finalement d'angoisse. La peur que les participants ont ressentie était réelle, ils ont atteint des niveaux de paranoïa que la plupart d'entre eux n'avaient jamais connu.</li> </ul> <p>Le niveau de stress ressenti par les participants semble plus dramatique que l'expérience en elle-même.</p> <p>Le plus souvent, les participants ont constaté que les émotions évoquées par les voix et les bruits étaient accablantes. Ils ont déclaré se sentir en détresse et tourmentés. Ceci les a conduits à la désillusion ainsi qu'au désespoir.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensées incohérentes Malgré les bruits constants, les chuchotements, les voix, les participants ont tenté de concentrer leurs pensées aux autres activités. Les participants ont été distraits et frustrés. Pour finir leurs pensées étaient déformées et la résolution de problèmes était devenue presque impossible.</li> <li>• Se sentir harcelé Les écrits ont révélé que les voix sont devenues des facteurs de stress au point de créer non seulement un inconfort émotionnel mais aussi un inconfort physique.</li> </ul>

	<p>Les participants ont décrit un sentiment de malaise, une inquiétude croissante et enfin de l'épuisement.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Savoir intellectuel</b> Les participants ont décrit un sentiment de compréhension pour les personnes qui ont des hallucinations auditives. Ils comprennent leur souffrance. Presque tous les participants partagent une augmentation de l'empathie pour les personnes qui souffrent de ces symptômes. Cette expérience leur a apporté un autre jugement.</li> <li>• <b>Actions pertinentes</b> Les participants ont pu identifier des différences dans leur façon de penser et dans leurs attitudes qui pourront conduire à un changement de comportement. Ils ont vu la nécessité d'accroître leur capacité à établir une relation thérapeutique et de mieux coordonner les soins pour ces patients atteints d'hallucinations auditives.</li> </ul>
<p><b>Discussion / Perspectives pour la pratique</b></p>	<p>Grâce à l'expérience vécue de la VSE (expérience de simulation de voix) et les descriptions des sentiments et pensées des participants, cinq grandes catégories ont été identifiées. Premièrement, les participants ont connu des émotions très intenses, comme la colère, la vulnérabilité et la peur qui deviennent de plus en plus écrasantes. Deuxièmement, la capacité des participants à maintenir le cap en ce qui concerne les processus cognitifs a commencé à se détériorer avec des répétitions constantes de bruits, murmures et de voix qui peuvent être définis comme incohérents. La troisième catégorie est le fait de se sentir harcelé. Les participants ont éprouvé des sentiments d'épuisement et ont déclaré que les réserves d'adaptation ont été épuisées. Quatrièmement, les participants décrivent un sentiment de compréhension face aux patients qui entendent des voix. Cette catégorie a permis aux participants de voir un aperçu de la vie d'une personne atteinte d'hallucinations auditives. La cinquième catégorie illustre que les participants pouvaient espérer être en mesure de changer leur façon de penser et de développer des comportements afin d'entreprendre des relations thérapeutiques.</p> <p>Les écrits des participants démontrent que, pendant quelques instants, ils ont réussi à entrer dans la vie de ceux qui souffrent de maladie mentale.</p>

<b>Commentaires critiques sur la qualité de l'étude</b>	Il existe plusieurs limites à cette étude. Il s'agissait d'un exercice à durée limitée de simulation de voix, qui donnait aux participants un court laps de temps pour assimiler l'expérience hallucinatoire. Les participants étaient des étudiants en soins infirmiers débutants sans expérience dans le milieu psychiatrique. La méthode d'auto-évaluation utilisée, dans cette étude, pourrait être une contrainte parce que cette méthode repose sur le partage d'expérience personnelle des participants, ce qui peut être difficile à articuler.
<b>Conclusion</b>	Les résultats de l'étude révèlent que le fait d'entendre des voix est multidimensionnel. Les participants ont partagé un changement fondamental dans leurs sentiments envers ceux qui souffrent du fait d'entendre des voix. L'objectif de la VSE est de développer la compréhension des infirmières face aux patients qui entendent des voix. Cette augmentation de la compréhension et de l'empathie peuvent diminuer les stéréotypes et les préjugés des personnes atteintes de maladie mentale et d'améliorer la capacité d'une infirmière à créer des relations thérapeutiques qui sont essentielles au traitement de ces patients. Grâce à la VSE, l'infirmière développe de l'empathie intellectuelle et est en mesure de combler le fossé de l'incompréhension et des préjugés. Elle s'intègre plus facilement dans le monde du patient.

<b>Grille n°2</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	Gray, B. & Smith, P. (2009). <b>Emotional labour and the clinical settings of nursing care: The perspectives of nurses in East London.</b> <i>Nurse Education in Practice</i> , 9, 253-261.
<b>Buts de la recherche / Question de recherche</b>	<p>L'objectif principal de cette étude était d'étudier les émotions tacites et codifiées des infirmières dans différents milieux cliniques, afin de rendre les compétences, les dispositions et les aptitudes requises pour le travail émotionnel plus explicites et mieux documentées par la recherche empirique et fondées sur des preuves.</p> <p>Cette étude visait à démystifier les émotions accordées, ce qui aidera à documenter les techniques, les compétences, la valeur thérapeutique et l'importance que les infirmières accordent à leur travail émotionnel.</p>
<b>Cadre de référence (concepts, théories)</b>	<p>Les émotions dans les soins ont tendance à rester inexplorées et dans le besoin de clarification. Souvent, les émotions sont rendues invisibles dans les soins infirmiers et réduites à une partie intégrante du « travail des femmes » dans la sphère domestique. Le travail émotionnel est fondé sur trois caractéristiques : le face-à-face ou un contact vocal avec le public, il exige que le travailleur produise un état émotionnel à un autre, il permet à l'employeur, par la formation et la supervision, de réglementer un certain degré de contrôle sur l'activité émotionnelle des travailleurs (Hochschild, 1983 ; Smith, 1992, p.7 ; Smith et Lorentzon, 2007). Le travail émotionnel nécessite une réponse individualisée, mais formée qui aide à la gestion des émotions du patient. Le travail émotionnel est traditionnellement identifié au travail des femmes et au rôle de la mère dans la famille. Cela est particulièrement important étant donné que les images de soins infirmiers continuent de résonner avec celle de la femme bienveillante (Smith, 1992). Dans le cadre de la santé, le travail émotionnel implique l'évaluation des stratégies de régulation émotionnelle qui sont disponibles pour les professionnels de la santé. Ceci comprend l'analyse de la façon dont les infirmières gèrent leurs propres émotions et celles des patients et comment elles se réconcilient avec les processus difficiles qui sont souvent une partie inévitable des soins aux patients. En rendant explicite le travail émotionnel dans les pratiques de soins infirmiers, il y a des moyens pour faire face de manière plus adéquate aux pressions</p>

	émotionnelles, aux contraintes et stratégies impliquées dans les soins aux patients. Rendre le travail émotionnel explicite a des répercussions sur la pratique politique, la formation infirmière, l'amélioration et le maintien de normes de soins aux patients.
<b>Population/Echantillon</b>	Seize infirmiers, d'un hôpital à l'est de Londres, ont participé à l'étude. Douze femmes et quatre hommes, avec des ethnies très diversifiées.
<b>Devis / Méthode</b> (outils collecte données, analyse, etc.)	<p>Devis qualitatif.</p> <p>La recherche a été menée pendant douze mois dans un hôpital à l'est de Londres. Des entrevues semi-structurées ont été réalisées auprès de seize participants. Les entrevues ont duré entre 45-60 minutes. Les participants ont été recrutés pour l'étude par l'intermédiaire du chercheur dans plusieurs pré- et post- inscription dans l'hôpital. Plusieurs réunions avaient eu lieu avant pour présenter l'étude. La majorité des participants étaient des femmes (12 sur un total de 16) et ethniquement très diverses (sept se sont décrit comme blanc, six comme noir et trois en tant qu'asiatique). Le but de ces entretiens est de discuter sur les expériences des infirmières par rapport à leurs sentiments et leur travail émotionnel et de leur demander de réfléchir sur leurs pratiques et leurs émotions dans différents contextes cliniques. Ceci a permis à la recherche de répondre, discuter, réfléchir et mieux comprendre les émotions tacites et codifiées, souvent associées à des pratiques infirmières et au travail émotionnel. L'analyse des données a été réalisée par le chercheur principal et le chef de projet qui se réunissaient régulièrement pour discuter des aspects de la recherche sur le travail émotionnel et de discuter des transcriptions des entretiens.</p> <p>La recherche a été soumise à l'examen éthique et le consentement, à la fois du comité d'éthique local et l'université d'éthique. Afin de garantir un consentement éclairé, les chercheurs ont parlé de la recherche, des objectifs, de ce que les entretiens impliquent ainsi que les droits des participants à garder leur anonymat. Parce que l'étude portait sur les émotions et la discussion des sujets de nature délicate, les participants ne pouvaient pas mettre un terme aux entretiens et se retirer à n'importe quel stade de la recherche. Une question importante a été soulevée durant certaines réunions sur le recrutement et le fait que les infirmières quittent leurs</p>



	<p>postes. Par rapport à cela, il a été déclaré qu'il y avait un très grand taux d'épuisement en partie lié aux pressions émotionnelles et les contraintes de la profession infirmière. L'étude sur le travail émotionnel a donc été considérée comme topique, utile, importante et très pertinente pour l'hôpital, dans le recrutement du personnel et la planification.</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<p>Les résultats illustrent le travail émotionnel dans trois contextes différents (soins de santé primaires, la santé mentale et oncologie chez les enfants). Les résultats montrent les différentes façons dont le travail émotionnel est utilisé et réfléchi par les infirmières dans ces trois domaines cliniques. Ceci est important dans l'amélioration de la formation des infirmières et pour des meilleures pratiques en soins infirmiers.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins de santé primaires L'infirmière fournit un travail émotionnel dans la mesure où elle gère ses émotions et celles des autres. Le travail émotionnel exercé par l'infirmière rend les jeunes mamans plus à l'aise dans la clinique du bébé. L'infirmière s'engage à composer avec les sentiments des autres, ce qui est un élément essentiel de la régulation des émotions (James, 1989). D'une manière similaire à l'étude de Hochschild qui mettait l'accent sur les techniques de jeu, celles-ci ont été utilisées par les infirmières comme une stratégie pour gérer les relations interpersonnelles. Le travail émotionnel de l'infirmière aide à améliorer la relation interpersonnelle avec la mère. Le travail émotionnel de l'infirmière a participé à la création d'un environnement relativement confortable, pour les patients et les proches dans une situation émotionnellement sous pression, difficile et stressante.</li> <li>• Santé mentale Beaucoup d'infirmières disent séparer les patients en deux catégories : les bons et les mauvais. Les bons patients étaient considérés comme plus souples que ceux classés comme mauvais. Le fait de diviser les patients dans ces catégories impose des limites sévères sur les contacts interpersonnels et provoquent toutes sortes de pressions sur les infirmières. Dans le cas de mauvais patients, une distance émotionnelle se forme. La réflexion sur les émotions contradictoires au sujet des mauvais patients et la gestion des événements difficiles dans des domaines de pratique clinique sont essentiels pour le développement professionnel et la pratique</li> </ul>

	<p>réflexive infirmière. Des études menées par Handy (1990) ainsi que Cropanzano et al. (2003) montrent à la fois que les soins aux patients et le contrôle des problèmes de santé mentale conduisent à des conflits non résolus et des détresses émotionnelles.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oncologie chez les enfants</li> </ul> <p>En oncologie pédiatrique, les infirmières doivent faire face à beaucoup de questions sur la mort. Ce contexte est très émotif où il y a souvent peu d'espoir de guérison. Les infirmières doivent apprendre à gérer une « bonne mort » et le travail émotionnel est un élément clé pour ce faire. Les infirmières, les patients et leurs proches ont tous été impliqués dans le travail émotionnel et engagés dans des réflexions sur la façon de gérer les demandes médicales et émotionnelles. La recherche sur le travail émotionnel dans l'oncologie pédiatrique devrait comporter une évaluation des stratégies de régulation émotionnelle qui est disponible pour les infirmières. Cette évaluation étudie la manière dont les infirmières gèrent leurs propres émotions et celles des patients et comment des mécanismes efficaces de soutien et d'informations aux patients, familles et personnels ont été organisés.</p> <p>En rendant explicite le travail émotionnel dans les pratiques de soins infirmiers, il y a des moyens pour faire face de manière plus adéquate aux pressions émotionnelles, aux contraintes et stratégies impliquées dans les soins aux patients. Rendre le travail émotionnel explicite a des répercussions sur la pratique politique, la formation infirmière, l'amélioration et le maintien de normes de soins aux patients.</p>
<p><b>Discussion / Perspectives pour la pratique</b></p>	<p>Trois paramètres cliniques ont été mentionnés par les infirmières interrogées émergeant naturellement des données et de l'implication des différents types et orientation du travail émotionnel. Les trois contextes sont très différents au niveau du type de patient, des émotions, des récits des infirmières, des attitudes, des aliénations, des directives cliniques et de la réflexion sur les émotions ainsi que les différentes façons de les gérer dans les soins aux patients. Les contextes impliquent des cultures différentes et des techniques variées de travail émotionnel qui ont été utilisées dans différentes situations par les infirmières. L'intention est de montrer la façon dont les infirmières sont engagées dans le travail émotionnel dans différents milieux cliniques. Les</p>

	<p>exemples de cas montrent l'utilité de recueillir une riche base de données probante sur le travail émotionnel. Les contextes de travail émotionnel doivent être codifiés afin d'aider les infirmières dans les interactions avec les patients, les familles et les autres professionnels.</p> <p>Les barrières culturelles, personnelles, professionnelles et sexuelles en lien avec les émotions au travail devraient être mieux étudiées et notées. Les façons dont ces obstacles influents sur les pratiques de santé devraient également être étudiées.</p>
<p><b>Commentaires critiques sur la qualité de l'étude</b></p>	<p>Il y a plusieurs limites à cette étude. Tout d'abord, la recherche a été menée dans un hôpital à l'est de Londres, donc les résultats ne font office que pour cet hôpital, il serait souhaitable et fructueux d'élargir la recherche au niveau du territoire. Des recherches plus larges sont nécessaires pour atteindre des résultats généralisables. La plupart des seize participants était de sexe féminin.</p>
<p><b>Conclusion</b></p>	<p>Malgré les pressions sur les ressources et les problèmes de recrutement, cet article a montré que les infirmières ont continué à fournir un travail émotionnel dans une variété de difficultés ainsi que dans les circonstances de tous les jours. Malgré les fortes pressions internes et externes du travail dans les services de santé, le travail émotionnel a été utilisé pour appuyer les relations avec les patients, parents et collègues. En faisant cela, les organisations de soins de santé ont été littéralement maintenues en marche par les différentes techniques de travail émotionnel, que les infirmières utilisent au jour le jour. La tâche reste à identifier les politiques efficaces et des exemple de bonne pratique des soins infirmiers qui renforcent le travail émotionnel et le soutien des patients et leurs proches. La réflexion et la supervision des émotions étaient des moyens importants de prévenir l'épuisement et le stress émotionnel.</p>

<b>Grille n° 3</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	Kennedy Sheldon, L., Barrett, R. & Ellington, L. (2006). <b>Difficult Communication in Nursing.</b> <i>Journal of nursing scholarship</i> , 38, 141-147.
<b>Buts de la recherche / Question de recherche</b>	Le but de cette étude est d'explorer ce que les infirmières définissent comme « la communication difficile » avec leurs patients.  L'objectif final de cette étude est de savoir faire face aux rencontres difficiles pour les infirmières.
<b>Cadre de référence</b> (concepts, théories)	La communication dans les relations infirmières-patients est une partie importante de la pratique des soins, c'est aussi une interaction qui est multidimensionnelle et complexe par les réactions humaines des deux participants. Le pouvoir des soins infirmiers est efficace, renforcé et enrichi par une bonne communication. Vu la position unique des infirmières dans le système de santé, elles passent beaucoup de temps avec le patient, à écouter leurs préoccupations, leurs sentiments et leurs besoins. Certaines de ces conversations sont difficiles pour les infirmières car elles sont lourdes d'émotions comme avec la colère, la tristesse, ou compliquées par les maladies mortelles ou des problèmes familiaux. En partageant leurs expériences, les infirmières pourraient se sentir « entendues » et soutenues. L'échange d'informations, de sentiments et de préoccupations est une importance vitale dans les relations thérapeutiques dans les soins.
<b>Population/Echantillon</b>	Six groupes de discussions ont été organisés dans les différentes unités de l'hôpital. Les groupes ont duré entre 30 et 60 minutes. Les 30 participantes infirmières avaient entre 25 et 64 ans. La spécialité la plus fréquente était l'oncologie (n=9) suivie de rééducation (n=7).
<b>Devis / Méthode</b> (outils collecte données, analyse, etc.)	Devis qualitatif.  A l'aide d'entrevues semi-structurées, les chercheurs ont guidés six groupes de discussions. Les groupes de discussions ont été utilisés pour explorer les perceptions des infirmières lors de communication difficile dans la relation infirmière-patient. L'approbation du comité a été obtenue avant le début de l'étude. Les infirmières ont été contactées pour obtenir leur accord et des documents sur les groupes de discussions ont été affichés dans les

	<p>unités. Les entrevues ont été intégralement enregistrées et retranscrites. Dans chaque groupe, un chercheur a pris des notes sur le terrain en se basant sur le processus du groupe, les interactions et la communication non-verbale. Une évaluation après chaque groupe était faite. Pour valider les résultats des groupes, les chercheurs ont envoyé des questionnaires. Le questionnaire a énuméré les treize catégories de « communication difficile » qui ont été identifiées dans les groupes de discussions. Les participantes ont été invitées à évaluer la difficulté des catégories à l'aide d'une échelle de type likert de 1= pas de communication, difficile, à 5 = communication très difficile, et 0= non applicable.</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<p>Cinq thèmes importants sont ressortis de cette étude:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Diagnostics précis et situations cliniques</b> Ce premier thème parle de la communication avec des patients atteints d'un cancer et avec des parents après la mort du fœtus. Chaque situation clinique produit des réactions similaires de la part des participantes au sujet de la difficulté de communiquer les émotions.</li> <li>• <b>Emotions des patients et de la famille</b> Les participantes ont noté que le stress de la maladie suscite beaucoup d'émotions chez les patients et les familles et que ces émotions sont généralement exprimées et partagées avec les infirmières. La colère des patients et des familles est une émotion difficile pour toutes les participantes. Reconnaître la douleur ou le désespoir des patients est important pour les infirmières afin de faciliter la communication.</li> <li>• <b>Emotions des infirmières</b> Les émotions négatives comme l'impuissance, le désespoir et la tristesse rendent la communication difficile avec les patients. Les infirmières doivent décider de communiquer ou pas leurs propres sentiments auprès des patients et des familles.</li> <li>• <b>Comportements d'adaptation des infirmières</b> Ce point porte sur la façon dont les infirmières font face à leurs propres réponses lors de communication difficile. De nombreuses participantes ont utilisé ce groupe de discussion comme une occasion de partager et traiter une expérience particulière en lien avec leur pratique.</li> <li>• <b>Communication triangulaire infirmière-médecin-patient</b></li> </ul>

	<p>Bien que l'objectif de l'étude était sur la communication infirmière-patient, plus de la moitié des groupes ont transmis des difficultés rencontrées avec des médecins comme des informations contradictoires, des questions de patients qui ne sont pas prises en compte.</p> <p>Des programmes éducatifs devraient inclure des compétences de communication de base avec des éléments didactiques et des jeux de rôle. Le jeu de rôle dans le milieu du travail peut constituer une stratégie efficace pour faciliter le soutien des professionnels de la santé. Le soutien pendant et après les situations difficiles est très utile. La construction de réseaux de sécurité dans les milieux cliniques ainsi que les groupes de soutien ou de débriefing sont nécessaire pour soutenir les infirmières.</p> <p>Par rapport au questionnaire, les trois plus hauts scores pour les communications difficiles étaient entre : infirmière-médecin-patient (4,25), patients ou familles en colère (3,94) et travailler avec des patients atteints de cancer (3.88).</p>
<p><b>Discussion / Perspectives pour la pratique</b></p>	<p>Le format de groupe de discussion a bien fonctionné et a permis aux participantes de prendre du temps pour elles, de partager leurs histoires et de se soutenir les unes les autres.</p> <p>La variable de base, les émotions négatives, a été considérée comme un dénominateur commun dans les cinq thèmes des résultats autant pour les infirmières que les patients.</p> <p>Les infirmières perçoivent la colère et la tristesse comme étant des émotions très difficiles lors d'interactions. Les infirmières ont partagé le fait que la frustration, qui découle de la communication triangulaire, aggrave le problème de communication avec le patient.</p>
<p><b>Commentaires critiques sur la qualité de l'étude</b></p>	<p>Les chercheurs n'ont pas réussi à recruter des participants de sexe masculin pour l'étude.</p> <p>Dans la communication entre le patient et l'infirmière, l'infirmière trouve la communication plus difficile. Si les résultats varient avec les infirmières ou dans d'autres groupes d'infirmières il est nécessaire de faire une enquête plus approfondie.</p>
<p><b>Conclusion</b></p>	<p>Les futures recherches sur les compétences en communication peuvent être bénéfiques tant pour l'infirmière que pour le patient. L'intégration des services</p>

	<p>de soutien, de programmes de formation en communication pour les cliniciens expérimentés est une stratégie importante pour améliorer les interactions avec les patients. Les thèmes des futures recherches comprennent l'univers émotionnel de la communication dans les établissements de santé, des situations cliniques spécifiques qui peuvent être chargées d'émotions négatives et une définition plus précise de difficultés rencontrées lors de la communication triangulaire encore infirmière-médecin-patient. Les chercheurs ont également identifié les composants émotionnels lourds dans la communication infirmière-patient ainsi que les difficultés dans les relations de travail lorsque la communication est difficile.</p>
--	---

<b>Grille n° 4</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	Mann, S. & Cowburn J. (2005). <b>Emotional labour and stress within mental health nursing.</b> <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 12, 154-162.
<b>Buts de la recherche / Question de recherche</b>	Le but de cette étude est de faciliter la compréhension des relations complexes entre les composantes du travail émotionnel et de stress dans le secteur des soins infirmiers en santé mentale.
<b>Cadre de référence</b> (concepts, théories)	<p><b>Travail émotionnel dans les soins infirmiers</b></p> <p>Le travail émotionnel est un sujet de débat important dans les soins infirmiers par rapport aux prestations et interactions avec le patient. Selon Smith &amp; Gray (2000), les infirmières doivent adopter des stratégies pour gérer les émotions, lors de longs traitements ou maladies et lorsque les sentiments des patients sont refoulés. Le travail émotionnel dans les soins est d'une importance considérable pour le patient qui éprouve souvent la douleur, la peur, l'anxiété ou même la panique (Phillips, 1996). Grâce au travail émotionnel, l'infirmière est capable de gérer les réactions du patient, de le rassurer et de permettre un exutoire à leurs émotions, cela est bénéfique pour leur état physique et psychologique.</p> <p><b>Soins dans la santé mentale, stress et travail émotionnel</b></p> <p>Il est bien documenté dans la littérature que les infirmières travaillent dans un environnement de stress élevé (Humpel &amp; Caputi, 2001). Les infirmières psychiatriques partagent plusieurs facteurs de stress avec les infirmières généralistes mais les soins psychiatriques demandent une plus grande mobilisation interpersonnelle avec les patients et le personnel soignant (Edwards et al., 2000).</p> <p>Le stress compromet la capacité du professionnel à fournir des soins de qualité aux patients, il y a donc un effet négatif pour l'infirmière mais aussi pour le patient (Dawkins et al., 1985).</p> <p>Une étude a révélé que 27% des infirmières ont déclaré que les exigences émotionnelles des patients étaient une source de stress (McGrath et al., 2003).</p>



<b>Population/Echantillon</b>	35 infirmières en santé mentale d'une unité psychiatrique du nord-ouest de l'Angleterre ont participé à cette étude.
<b>Devis /</b>  <b>Méthode</b> (outils collecte données, analyse, etc.)	<p>Devis qualitatif.</p> <p>Trois unités de psychiatrie dans le nord-ouest de l'Angleterre ont reçu une demande de participer à l'étude en 2003. Une seule unité a participé à cette étude. Dans cette unité, 94 infirmières psychiatriques et 28 infirmières auxiliaires y sont employées, seules 35 infirmières ont consenti à répondre à cette étude, soit un taux de réponse de 29%. Chaque participant a reçu cinq questionnaires à remplir. Au total, 122 questionnaires ont été retournés (ce qui correspond à 122 interactions entre patient et infirmière).</p> <p><u>Le questionnaire :</u></p> <p>Dans le questionnaire, les interactions avec le patient sont mesurées avec un élément de temps (en minutes). La durée minimale est de 3 minutes et 75 minutes au maximum, ce qui fait une moyenne de 28 minutes.</p> <p>L'intensité des émotions vécues pour chaque interaction avec le client a été évaluée à l'aide d'une échelle de travail émotionnel (Brotheridge &amp; Lee 1988), qui comportait deux éléments que les participants indiquaient avec une échelle de Likert à cinq points ou avec des scores plus élevés. Les points peuvent aller de 1 à 10.</p> <p><u>La procédure :</u></p> <p>Avant de commencer l'étude, l'université du comité d'éthique l'a approuvée et un consentement supplémentaire a été obtenu auprès de l'institut national de la santé mentale. Dans les lettres envoyées aux participants, tous ces documents y étaient présentés.</p>
<b>Résultats</b>	<p>Les participants ont déclaré que le niveau émotionnel au travail était augmenté avec un taux élevé de stress quotidien.</p> <p>Aucune corrélation significative n'a été trouvée pour le travail émotionnel et la durée des interactions avec le patient. Par contre, le travail émotionnel est beaucoup plus intense lorsque les interactions sont de longue durée.</p>
<b>Discussion / Perspectives pour la pratique</b>	<p>Les résultats de cette étude concordent avec des conclusions précédentes sur la relation entre le stress et le travail émotionnel. Il s'agit de la première fois, cependant, qu'une telle association a été démontrée chez les infirmières en santé mentale.</p> <p>Concernant les composants émotionnels lors</p>

	<p>d'interactions patient-infirmière, 72% concernent une variété moyenne d'émotions, plus de la moitié impliquent des émotions avec une intensité moyenne et une autre moitié impliquent des interactions de durée moyenne. 15% des communications impliquent une haute intensité émotionnelle. Ces résultats sont particulièrement pertinents, compte tenu de la littérature sur le travail émotionnel par rapport à ces variables.</p> <p>Morris &amp; Feldman (1996) suggèrent dans des recherches antérieures, que des interactions de faible intensité sont moins exigeantes au niveau du travail émotionnel que les interactions de haute intensité.</p> <p>Bien que la présente étude soit limitée par le nombre de participants, elle a des implications importantes pour les infirmières, l'éducation et la politique. Un point spécifique de cette étude est de proposer des moyens aux infirmières psychiatriques pour réduire le stress associé au travail émotionnel.</p>
<p><b>Commentaires critiques sur la qualité de l'étude</b></p>	<p>Il est recommandé qu'une étude à plus grande échelle soit effectuée sur la base de cette étude mais avec davantage de participants provenant d'une vaste région géographique.</p> <p>Les taux de réponse à ce genre d'étude sont susceptibles d'être pauvres parce que, les participants sont invités à remplir des questionnaires relativement longs, durant la journée de travail déjà très chargée.</p>
<p><b>Conclusion</b></p>	<p>L'étude présente suggère que le travail émotionnel est une caractéristique importante dans les interactions quotidiennes des infirmières en santé mentale et que ce travail émotionnel est positivement corrélé avec les niveaux élevés de stress vécus. Il est recommandé que les différentes manières d'exécuter un travail émotionnel doivent être explorées dans le cadre de la formation des infirmières en santé mentale et de mettre un accent particulier sur les avantages à réduire le stress.</p>

<b>Grille n°5</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	Meeusen, V., Van Dam, K., Van Zundert, A. & Knape, J. (2010). <b>Job satisfaction amongst Dutch nurse anaesthetists: the influence of emotions on events.</b> <i>International Nursing Review</i> , 57, 85-91.
<b>Buts de la recherche /Question de recherche</b>	Quels sont les événements et les émotions qui influencent la satisfaction au travail ?
<b>Cadre de référence</b> (concepts, théories)	<p>Un vieillissement de la population, combiné à une pénurie de professionnels de la santé, peuvent entraîner une diminution de la capacité des systèmes de santé. Il est important d'explorer les solutions possibles à ce problème. En trouvant des moyens d'accroître la satisfaction au travail, il peut être possible de conserver des employés au sein de leur profession. Les événements, leurs influences sur les émotions et l'effet des émotions sur la satisfaction ont été examinés dans cette étude. La satisfaction au travail de mauvaise qualité peut entraîner une baisse de la productivité et des taux plus élevés d'absentéisme et de roulement du travail (Maslach et al., 2001). Peu de recherches ont été faites sur les aspects émotionnels de la satisfaction au travail, par conséquent, la satisfaction n'est souvent pas mesurée correctement.</p> <p>La composante affective de la satisfaction au travail est liée aux sentiments et aux émotions (Breckler &amp; Wiggins, 1989). Les états d'humeur sont plus durables mais moins intenses que les émotions et ils n'ont pas d'objet de cause à effet. Les émotions par contre sont plus intenses, de courte durée et ont une cause évidente.</p>
<b>Population/Echantillon</b>	<p>314 infirmières anesthésistes néerlandaises de 24 hôpitaux universitaires et non-universitaires ont reçu un questionnaire.</p> <p>135 questionnaires ont été retournés (taux de réponse 42%).</p> <p>132 questionnaires étaient valides pour les analyses et résultats.</p>
<b>Devis /</b> <b>Méthode</b> (outils collecte données, analyse, etc.)	<p>Devis qualitatif.</p> <p>Les chercheurs ont recueilli des données sur les événements et les émotions ainsi que leurs effets sur la satisfaction au travail, parmi les infirmières anesthésistes néerlandaises. Les participants (n=314)</p>

	<p>on été invités à remplir deux questionnaires sur les événements, les émotions et la satisfaction au travail à deux moments différents au cours d'une journée de travail standard.</p> <p><u>Procédure :</u></p> <p>Les superviseurs des départements d'anesthésie et les infirmières anesthésistes dans les hôpitaux néerlandais ont accepté de participer volontairement à l'étude. Le retour du questionnaire a été considéré comme un consentement. Des données sur les événements, les émotions et leurs effets sur la satisfaction au travail ont été recueillies. Les données démographiques (âge, sexe, étudiant/certifié, le nombre d'année de pratique) ont été utilisées. Les participants ont été enregistrés durant un jour et cela est utilisé comme variable de contrôle tout comme les données démographiques.</p> <p><u>Instruments :</u></p> <p>A la fin d'une journée de travail, la satisfaction au travail est mesurée au moyen d'une échelle de cinq points (1=très insatisfait et 5=très satisfait). Les émotions ont été mesurées avec la version néerlandaise de Job-related Affective Well-Being Scale (Schaufeli &amp; Van Rhenen 2006 ; Van Katwyk et al., 2000). Des émotions positives et négatives ont été mesurées. Les chercheurs ont demandé aux participants des événements positifs et négatifs qui ont déclenché des émotions au cours de la journée. Pour cette variable, des questions ouvertes ont été utilisées et il était demandé de mettre en lien l'émotion vécue avec l'événement.</p>
<b>Résultats</b>	<p>314 infirmières anesthésistes néerlandaises de 24 hôpitaux ont reçu un questionnaire dont 135 questionnaires ont été rendus (taux de réponse de 42%). Trois questionnaires étaient incomplets et ont été exclus pour une analyse plus approfondie. L'analyse s'est faite à partir de 132 questionnaires valides. Les questionnaires ont été remplis à différents jours de la semaine. Il n'y a aucune corrélation entre les données démographiques ou le choix du jour de la semaine ainsi que la satisfaction au travail, ces données n'étant pas incluses dans les analyses ultérieures.</p> <p>183 événements positifs et 129 événements négatifs ont été signalés. La plupart des événements étaient sur le travail d'équipe/relation sociale. Deux des huit émotions positives : fier et satisfait, ont augmentées à la fin de la</p>

	<p>journée tandis que cinq des huit émotions négatives ont été augmentées. Bien que les émotions les plus positives aient diminuées et que les émotions négatives augmentées à la fin de la journée, les émotions positives ont quand même été les plus signalées. Les personnes qui ont vécu des émotions positives en début de journée, ont connu des émotions plus positives en fin de journée et vis-versa pour les émotions négatives.</p> <p>Les émotions positives à la fin de la journée ont contribué de manière significative à la satisfaction au travail. Les émotions négatives ne figurent pas significativement dans la satisfaction au travail.</p>
<p><b>Discussion / Perspectives pour la pratique</b></p>	<p>Les chercheurs ont trouvé un effet médiateur des émotions positives sur les événements positifs et négatifs et la satisfaction au travail. Les résultats ont confirmé la théorie affective des événements de Weiss &amp; Cropanzano (1996), qui stipule que les événements conduisent à des émotions, qui à leur tour peuvent influencer la satisfaction. Beaucoup d'autres auteurs ont également constaté que les émotions ont une influence directe sur le comportement et les attitudes envers le travail. Les événements (positifs et négatifs) vécus par les infirmières de cette étude ; l'environnement social, le travail d'équipe et les relations sociales, correspondaient à celles trouvées dans d'autres études (Basch &amp; Fisher, 2000 ; Kiefer 2005).</p> <p>Plusieurs facteurs associés à la satisfaction au travail chez les infirmières correspondaient aux événements trouvés dans l'étude : le rôle de la communication, le soutien organisationnel et le développement (De Oliveira Filho &amp; Vieira 2007 ; Manser 2009 ; Nestel &amp; Kidd 2006). Dans cette étude, le stress n'est pas mesuré mais la relation négative entre le stress et la satisfaction au travail est bien établie.</p> <p>Il serait intéressant de savoir si les résultats de cette étude peuvent également s'appliquer à d'autres professionnels comme des infirmières généralistes et dans d'autres pays.</p>
<p><b>Commentaires critiques sur la qualité de l'étude</b></p>	<p>Cette étude comprend un faible nombre de participants (n=132) et certains participants (n=19) n'ont pas rempli complètement le questionnaire. En conséquence, la relation entre certains événements et leurs émotions n'a pas pu être établie.</p>
<p><b>Conclusion</b></p>	<p>Les événements positifs et négatifs ont un impact positif sur la satisfaction du travail chez les infirmières anesthésistes. Pour augmenter la satisfaction au travail, il est important augmenter les émotions positives. Des</p>

	<p>études portant sur la relation entre les événements et les émotions sont tenues de fournir une base pour l'élaboration d'une atmosphère positive. D'autres études sont aussi nécessaires pour déterminer si les événements et les émotions positives ont un impact plus fort sur la satisfaction au travail.</p>
--	---

<b>Grille n°6</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	Miller, K.-L., Reeves, S., Zwarenstein, M., Beales, J. D., Kenaszchuk, C. & Gotlib Conn, L. (2008). <b>Nursing emotion work and interprofessional collaboration in general internal medicine wards: a qualitative study.</b> <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 64, 332-343.
<b>Buts de la recherche / Question de recherche</b>	<p>Le but de cette recherche est d'examiner le travail émotionnel des soins infirmiers et la collaboration interprofessionnelle pour comprendre et améliorer la pratique infirmière en collaboration. Ce travail a suscité deux questions de recherches :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles sont les considérations actuelles du travail émotionnel pour les infirmières qui travaillent dans un contexte interprofessionnel dans un milieu hospitalier ?</li> <li>• Comment le travail émotionnel facilite ou entrave les soins infirmiers ?</li> </ul>
<b>Cadre de référence</b> (concepts, théories)	<p>Les normes professionnelles de soins infirmiers identifient la collaboration interprofessionnelle comme nécessaire pour faire des soins de qualité. Malgré cela, la profession infirmière affiche une réticence à s'engager dans la <b>collaboration interprofessionnelle</b>. Les stratégies telles que la planification et l'éducation interprofessionnelle n'ont pas réussi à améliorer la participation des infirmières au sein de l'équipe interprofessionnelle.</p> <p>Le <b>travail émotionnel</b> des soins infirmiers est défini comme la gestion de nos propres émotions et celles des autres, ainsi que les pratiques de soins entrepris avec le patient et des autres membres de l'équipe.</p>
<b>Population/Echantillon</b>	20 Infirmières, sept médecins et 23 autres professionnels de la santé, de trois hôpitaux différents, ont été interviewé pour cette étude.
<b>Devis / Méthode</b> (outils collecte données, analyse, etc.)	<p>Devis qualitatif.</p> <p>Les données qualitatives ont été recueillies en 2006 grâce à des observations non-participatives, des entretiens structurés et semi-structurés, auprès d'infirmières, de médecins et des professionnels paramédicaux dans des services de médecine générale de trois hôpitaux canadiens. Tous les participants travaillent à plein temps ou à temps partiel. Pour les</p>

	<p>observations non-participatives, les chercheurs étaient sur le terrain de façon discrète et se sont basés sur les interactions verbales, non-verbales ainsi que interprofessionnelles pour récolter les données. Les entretiens semi-structurés ont eu lieu dans les trois hôpitaux et ont duré environ 45 minutes. Ils ont été individualisés pour tenir compte des observations et des réponses. Cinq entretiens structurés ont été réalisés dans le deuxième hôpital avec une durée d'une heure. Les participants ont été interrogés sur place pour inciter un commentaire détaillé des activités, y compris des comportements sociaux et organisationnels. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique. Le consentement éclairé a été obtenu auprès des participants. Les données sur les patients ainsi que sur le personnel étaient strictement confidentielles et protégées. Les résultats ont été analysés afin de déterminer si le travail émotionnel représentait un obstacle ou un facilitateur pour les soins infirmiers.</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<p>Trois résultats principaux ont resurgi de cette étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les relations interprofessionnelles Les soins infirmiers est défini comme une appartenance à un groupe. L'infirmière occupe une position importante dans le système de santé. Un système de mentorat est mis en place pour aider les infirmières novices à mieux comprendre le travail émotionnel avec l'aide des infirmières expérimentées ceci permet une meilleure socialisation professionnelle et une solidarité. Pourtant dans les soins l'infirmière est seule contre les autres professionnels : travailleurs sociaux, ergothérapeutes, physiothérapeutes, médecins. Certains stéréotypes ont le ont pouvoir d'affecter négativement les performances de l'ensemble de l'équipe et de mettre les infirmières à part.</li> <li>• Les consultations de couloir Les consultations de couloir se font entre le médecin et l'infirmière. Les infirmières sont appréciées pour leurs sources de connaissance cliniques et pour leurs compétences interprofessionnelles. Les infirmières font le pont entre le médecin et les autres professionnels, elles donnent des informations pertinentes en lien avec leur savoir infirmiers et le travail émotionnel. Des tensions peuvent apparaitre lorsqu'il y a des échanges d'information en plein couloir.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mise au point et organisation des réunions prévues</li> </ul> <p>Le travail émotionnel est une source importante de conflits lors de la collaboration interprofessionnelle. Les colloques interprofessionnels sont importants pour que tout le monde puissent s'exprimer, malgré cela il est difficile de parler d'émotion si une seule personne d'exprime. Les infirmières sont au centre du travail émotionnel, si elles ne sont pas là, rien n'est transmis ni les émotions ressenties ni les informations importantes en lien avec le vécu du patient. Les rencontres interprofessionnelles ont été facilitées par la venue d'une infirmière de liaison qui propose aux professionnels de la santé de parler ouvertement.</p>
<p><b>Discussion / Perspectives pour la pratique</b></p>	<p>Cette étude est la première à explorer de façon spécifique la présence et l'effet du travail émotionnel dans la collaboration interprofessionnelle. Les chercheurs constatent que le travail émotionnel impliqué dans les processus sociaux, les collaborations médecins-infirmières influencent l'engagement interpersonnel des infirmières. Le fait que les infirmières soient au premier plan lors d'interaction avec les patients et le travail émotionnel est un résultat important. les interactions entre médecin et infirmière en plein couloir et sans structure se révèlent être les plus lourdes émotionnellement. Dans cette étude, l'absence d'évaluations lors des interactions interpersonnelles a été perçue par les infirmières d'avoir un impact négatif sur les soins aux patients. L'information sur le travail émotionnel est un élément central de tous les soins infirmiers, mais il est souvent supprimé, ignoré au cours des cycles interprofessionnels. Pour finir, investir de l'énergie pour comprendre les conséquences et les implications pratiques du travail émotionnel permettra d'améliorer l'investissement des infirmières dans la pratique et la collaboration et ainsi améliorer les résultats des patients.</p>
<p><b>Commentaires critiques sur la qualité de l'étude</b></p>	<p>Les résultats de cette étude pourraient ne pas être transférables à d'autres établissements selon les paramètres. Tous les paramètres ne se retrouvent pas dans les établissements comme l'enseignement, les soins de longues durées. Il peut exister des différences dans les dotations en personnel, les rotations de personnel et les longs séjours pour les patients.</p>

<b>Conclusion</b>	Il est proposé d'informer le personnel infirmier sur le travail émotionnel auquel il devra faire face. Pour améliorer la collaboration dans les soins infirmiers, il est nécessaire de traduire les valeurs fondamentales et les intérêts du travail émotionnel dans une forme qui est reconnaissable, accessible et utile à d'autres professionnels. Les résultats suggèrent que les soins infirmiers et le travail émotionnel devraient être davantage approfondis.
-------------------	---

<b>Grille n° 7</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	Räty, L. & Gustafsson, B. (2006). <b>Emotions in relation to healthcare encounters affecting self-esteem.</b> <i>Journal of Neuroscience Nursing</i> , 38, 42-50.
<b>Buts de la recherche / Question de recherche</b>	Cette étude identifie les émotions chez les patients atteints d'épilepsie à la suite d'expériences de soins de santé. Une discussion sur les émotions des patients est un autre objectif de cette étude.
<b>Cadre de référence (concepts, théories)</b>	<p>Les émotions jouent un rôle essentiel dans les soins infirmiers tant le patient que pour le professionnel. Elles sont particulièrement importantes dans la création d'une bonne relation soignant-soigné. Pour maintenir et renforcer l'estime de soi chez les patients, il est important de comprendre de quelle façon les soignants peuvent affecter les patients épileptiques en provoquant des émotions dans la relation soignant-soigné.</p> <p><u>Les émotions de bases</u></p> <p>Pörn (1986, 1994) décrit cinq émotions de base : la sécurité, le désespoir, l'agitation, l'espérance et la peur. Les émotions de base peuvent être dirigées vers un objet et sont indépendantes de la façon dont l'objet est spécifique.</p> <p><u>Les émotions complexes</u></p> <p>Les émotions complexes sont des combinaisons de deux ou plusieurs émotions de base. Le bonheur, le bien-être, l'envie, la tristesse, la colère et la jalousie sont des émotions complexes</p> <p><u>Auto-évaluation des émotions</u></p> <p>L'auto-évaluation des émotions se réfère soit à une personne soit à un objet. La fierté, la honte, le soulagement sont des auto-évaluations d'émotions.</p>
<b>Population/Echantillon</b>	Six femmes et quatre hommes entre 32-54 ans ont participé à l'étude. Ils avaient tous eu au moins deux crises épileptiques non provoquées au cours de 5 dernières années. Chez deux patients, l'épilepsie était liée à un accident vasculaire cérébral, chez un des patients l'épilepsie était dû à une ancienne dépendance à l'alcool, pour les autres patients la cause de l'épilepsie était inconnue.

<p><b>Devis /</b></p> <p><b>Méthode</b> (outils collecte données, analyse, etc.)</p>	<p>Devis qualitatif.</p> <p><u>Technique</u> :</p> <p>La technique de l'incident critique a été utilisée pour la collecte des données. Cette technique a été développée par Flanagan (1954) et a été utilisée dans la recherche en santé concernant l'éducation des soignants. La méthode se concentre sur les incidents critiques que les participants décrivent. Pour être critique, l'incident doit être vécu comme essentiel, être d'un intérêt particulier et aboutir à un résultat significativement positif ou négatif pour la personne qui participe ou observe l'incident. La méthode a été suggérée pour les études sur les expériences, les comportements, les actions et activités dans les situations concernant l'objet de l'enquête (Polit &amp; Hungler, 1999). Des interviews ont été utilisées dans cette étude pour collecter des données.</p> <p><u>Procédure</u> :</p> <p>Les participants ont d'abord été contactés par l'infirmière gestionnaire au département de neurologie de l'hôpital, elle leur a demandé s'ils voulaient bien participer à cette étude. Ceux qui ont accepté ont été contactés par la suite par un des auteurs (Räty) et ainsi le consentement a été obtenu. Les participants ont choisi le temps et le lieu de l'entretien. Les entretiens ont duré 1,5-2,5 heure. Les participants ont été invités à décrire les rencontres de la santé qui avait positivement ou négativement influé sur leur estime de soi. Le contenu de l'entretien n'a pas été dirigé par les auteurs, les participants ont parlé de leur expérience de leur propre manière. Le rôle de l'enquêteur était d'écouter.</p> <p>Sur les dix participants, six ont accepté d'être enregistrer. Les données recueillies se composent de 17 incidents critiques positifs et de 16 incidents critiques négatifs. Tous les incidents critiques (n=33) décrits sont survenus dans le cadre de contacts dans les soins de santé à cause de l'épilepsie.</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<p>Les participants qui se sont identifiés comme ayant une haute estime de soi (n=4) décrivent principalement des rencontres exprimant des émotions négatives (n=11). En revanche, les participants avec une faible estime de soi (n=6) décrivent plus de rencontres exprimant des émotions positives (n=13). Les trois catégories : émotions de base, émotions complexes et émotions d'auto-évaluations ont été observées à la fois dans les rencontres positives que négatives.</p> <p>Dans cette étude beaucoup d'émotions tant positives que</p>

	<p>négatives ont été trouvées.  Dans les émotions positives il y a :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emotions de bases : espoir, sécurité</li> <li>• Emotions complexes : joie, soulagement</li> <li>• Auto-évaluation des émotions : courage, importance, valeur humaine, fierté, digne de confiance</li> </ul> <p>Dans les émotions négatives il y a :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emotions de bases : peur, désespoir, agitation</li> <li>• Emotions complexes : colère, indignation, résignation, tristesse</li> <li>• Auto-évaluation des émotions : honte, insignifiant, culpabilité, doute</li> </ul> <p>Les émotions sont des motifs d'actions qui permettent aux patients d'adopter une attitude constructive et sympathique à l'égard des soins de santé, ainsi, ils prennent part activement à leur propres soins.</p>
<p><b>Discussion / Perspectives pour la pratique</b></p>	<p>Dans cette étude, les patients atteints d'estime de soi positive décrivent des émotions négatives, tandis que ceux qui ont une estime de soi négative décrivent plutôt des émotions positives. Ces patients avec des estimes de soi différentes ont des besoins différents dans la relation avec le soignant. Les patients avec une estime de soi négative ont le besoin d'être confirmé en ce qui concerne leur existence et leur valeur humaine. Les patients ayant une haute estime de soi ont besoin d'être confirmé comme étant égal au soignant. Les besoins des patients diffèrent en fonction de leurs états émotionnels.</p> <p>Le but des soins de santé devrait être de réduire les émotions négatives liées aux hospitalisations ainsi qu'aux crises épileptiques.</p> <p>En ce qui concerne les stratégies d'adaptation, Folkman et Lazarus (1988) ont constaté que certaines formes d'adaptation ont été associées à une augmentation des émotions positives et d'autres pour des émotions négatives.</p> <p>Les émotions négatives décrites par les participants ont un lien avec la distance et le manque de communication entre les patients et les soignants.</p> <p>Dans cette étude, les émotions sont identifiées et décrites comme de base, complexe et d'auto-évaluation.</p>
<p><b>Commentaires critiques sur la qualité</b></p>	<p>Malgré l'importance des émotions dans le processus de guérison et la façon dont les émotions affectent le bien-être des patients, il y a peu de recherches sur les</p>

<b>de l'étude</b>	émotions et les soins infirmiers dans la littérature.
<b>Conclusion</b>	<p>Les émotions les plus rencontrées lors de soins de santé pour des patients atteints d'épilepsie étaient : la sécurité, le soulagement, l'agitation, la résignation et l'indignation. Les émotions incluses de la catégorie auto-évaluation étaient : être fier, digne de confiance, ayant une valeur humaine et être insignifiant. Cette étude montre que les rencontres positives sont liées à l'expérience d'émotions positives et que les rencontres négatives à l'expérience d'émotions négatives. Cette étude montre que l'effet, des émotions découlant des rencontres avec des professionnels de la santé, est positif auprès des patients. Elam (2001) souligne que l'émotion est un signe que la personne a bien compris d'une certaine manière la situation vécue.</p> <p>Améliorer la sensibilisation des soignants et leur compréhension des émotions est un défi pour les soins infirmiers.</p>

<b>Grille n° 8</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	RLC van Dusseldorp, L., KG van Meijel, B. & JL Derksen, J. (2010). <b>Emotional intelligence of mental health nurses</b> . <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 20, 555-562.
<b>Buts de la recherche / Question de recherche</b>	L'objectif de cette étude est de mieux comprendre le niveau de l'intelligence émotionnelle des infirmières en santé mentale aux Pays-Bas.
<b>Cadre de référence</b> (concepts, théories)	<p>La pratique de soins en santé mentale a besoin d'infirmières et de travailleurs sociaux qui sont en mesure d'établir une relation équilibrée avec les patients. Cependant les problèmes spécifiques et les comportements des patients psychiatriques, comme la dépression, l'anxiété, les délires, l'agression, la résistance, le suicide, l'automutilation et la méfiance, peuvent causés un stress émotionnel pour les infirmières et les comportements qui en résultent peuvent affecter la qualité de leur relation avec le patient, en terme de communication, d'interaction, de collaboration thérapeutique et les résultats de traitements (Akerjordet &amp; Severinsson 2004, Megens &amp; Van Meijel 2006).</p> <p>L'intelligence émotionnelle combine l'émotion et l'intelligence. Elle se réfère à la capacité d'utiliser les émotions comme support dans la résolution de problèmes et la prise de décisions (Mayer &amp; Salovey, 1995). Il est également un facteur essentiel dans le processus à faire face aux situations émotionnelles intenses qui se produisent dans le travail quotidien des infirmières psychiatriques.</p>
<b>Population/Echantillon</b>	98 infirmières en soins psychiatriques dans un grand hôpital des Pays-Bas.
<b>Devis / Méthode</b> (outils collecte données, analyse, etc.)	<p>Devis qualitatif.</p> <p><u>Participants :</u>            Pour un grand échantillonnage, les chercheurs ont fait appel à la population infirmière (n=750) dans un grand établissement néerlandais pour les soins psychiatrique. Afin d'avoir des résultats en lien avec le contact patient-infirmiers, les infirmières gestionnaires et des centres de soins de jour ont été exclu de l'étude. Après avoir inclus et exclus plusieurs données, 98 infirmiers (ères) en santé mentale (taux de réponse : 61.3%). Les données</p>

	<p>ont été recueillies entre février et mars 2007.</p> <p>46,3% avaient suivi une formation de base pour les soins psychiatriques et 53,7% avaient achevé un stage de perfectionnement. L'âge moyen était de 43 ans et le nombre moyen d'année d'expérience en soins psychiatriques était de 17,3 ans.</p> <p><u>Instrument :</u></p> <p>La version néerlandaise de la Bar-On EQ-i (Bar-On, 1997, Derksen et al., 1997) a été utilisée dans cette étude pour mesurer l'intelligence émotionnelle. EQ-i est une échelle pour l'inventaire du quotient émotionnel. Cette échelle est composée de 133 énoncés numérotés sous la forme de phrases telles que « je sais comment rester calme dans des situations difficiles ». Les réponses vont de 1 (jamais) à 5 (très souvent). Cette échelle se fait en 30-40 minutes. Semblable au QI, les scores sont convertis en note standard, 100 étant la moyenne.</p> <p><u>Collecte de données :</u></p> <p>Tous les participants ont reçu une lettre les invitant à participer à cette étude. La lettre contenait des informations sur le but de l'étude, les méthodes de recherches, la méthode de sélection et des questions sur la confidentialité, le consentement volontaire et des informations de contact.</p>
<b>Résultats</b>	<p>Le niveau moyen de l'intelligence émotionnelle chez les infirmières en santé mentale est nettement plus élevé que celui de la population générale. La moyenne totale du score de l'intelligence émotionnelle de l'échantillon est de 109,74. Cette constatation confirme l'hypothèse selon laquelle les infirmières en santé mentale ont des scores significativement plus élevés que la population moyenne.</p> <p>Les infirmiers sont beaucoup plus compétents sur l'échelle de la gestion du stress que les infirmières, par contre les infirmières ont des scores plus élevés sur l'empathie, la responsabilité sociale et les relations interpersonnelles que les infirmiers.</p> <p>Une corrélation positive significative existe entre les années d'expériences et l'âge d'une part et l'intelligence émotionnelle de l'autre.</p> <p>Pour les infirmières entre 30-60 ans d'âge, il y a un score d'intelligence émotionnelle plus élevé que pour les infirmières de moins de 30 ans.</p>
<b>Discussion / Perspectives pour la pratique</b>	<p>Pour établir une véritable relation infirmière-patient, les infirmières doivent être en mesure de gérer et de surveiller, à la fois, leurs propres émotions et celles des</p>



	<p>autres. Par conséquent, un niveau élevé d'intelligence émotionnelle est généralement nécessaire pour faire face à la quantité de travail émotionnel impliqué dans la pratique dans les soins mentaux. Le fait que dans cette étude, les infirmières en santé mentale semblent avoir bien développés des compétences de gestion du stress, suggère que c'est une méthode principale d'exécuter le travail émotionnel.</p> <p>Les infirmières spécialisées ont tendance à plus établir et maintenir des relations satisfaisantes (Derksen, 1999 ; Gerits et al., 2004).</p> <p>Les soins psychiatriques attirent des professionnels qui sont, par nature, supérieures à la moyenne par rapport à l'intelligence émotionnelle lors d'un début de carrière en soins psychiatriques.</p>
<p><b>Commentaires critiques sur la qualité de l'étude</b></p>	<p>La limite de cette étude était la non-réponse à l'échelle. Les chercheurs supposent que les raisons et le taux de non-réponse (32,5%) peut avoir une incidence sur les scores de l'échelle. La force de l'étude réside dans la possibilité de généraliser les résultats.</p>
<p><b>Conclusion</b></p>	<p>Les résultats de cette étude montrent que les infirmières en soins psychiatriques sont effet au-dessus de la moyenne concernant l'intelligence émotionnelle nécessaire pour faire face à la quantité de travail émotionnel impliqué dans la pratique quotidienne de la santé mentale. Il est recommandé que la formation et le développement de l'intelligence émotionnelle soit intégré dans les programmes de formation des soins infirmiers afin d'améliorer le niveau d'égalisation.</p>

<b>Grille n°9</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	Salzmann-Erikson, M. & Erikson, H. (2005). <b>Encountering touch: A path to affinity in psychiatric care.</b> <i>Issues in Mental Health Nursing</i> , 26, 843-852.
<b>Buts de la recherche / Question de recherche</b>	L'objectif de cette étude est d'examiner le sens du contact physique pour les patients qui ont été traités pour une psychose et aussi de mettre l'accent sur les cas où le toucher peut être considéré comme une activité de soins.
<b>Cadre de référence (concepts, théories)</b>	<p>Dans les soins psychiatriques, l'idée d'un contact physique est souvent jugée inappropriée. Le toucher peut provoquer des sentiments d'agressivité et des manifestations destructrices en lien avec la sexualité. Des recherches récentes ont suggéré que le toucher peut jouer un rôle important dans les soins psychiatrique lorsque la relation patient-infirmier est déjà en place.</p> <p>Par ailleurs, le toucher communique les sentiments du corps et il peut être une voie par laquelle on se sent reconnu en tant qu'être humain. Dans des recherches antérieures, Kim et Buschmann (1999) ont travaillé sur le contact physique chez des patients atteints de démence. Ils ont conclu que le contact physique a entraîné une baisse de l'impulsivité et une diminution de l'anxiété. Pour Edvardsson, Sandman et Rasmussen (2003), le toucher est considéré comme un outil précieux pour le personnel car il a permis de voir une personne dans la souffrance plutôt que dans l'exigence.</p> <p>Les infirmières considèrent le contact physique comme une dimension d'intimité et le toucher est intimement lié à la proximité et aux émotions. Beaucoup d'auteurs expriment que le toucher entre infirmière et patient est rassurant, chaud, calme, réconfortant. Le contact physique n'a pas à avoir lieu dans une relation amoureuse pour ressentir les effets cités ci-dessus. Pour Carlsson, Dahlberg et Drew (2000) le contact physique peut être un moyen à la fois pour éviter et gérer la violence dans les services de santé mentale. Lindström (1995) et Sjöstedt (2001) affirment que les patients psychiatriques ont un fort besoin de se sentir reconnu car ils souffrent souvent de solitude ou sont coupés de nombreux contextes sociaux.</p>

<b>Population/Echantillon</b>	Sept patients ont été invités à participer dans cette étude. Après avoir reçu des informations verbales et écrites sur le projet, quatre patients ont accepté de participer. Deux hommes de 25 et 55 ans Deux femmes de 32 et 41 ans
<b>Devis /</b>  <b>Méthode</b> (outils collecte données, analyse, etc.)	Devis qualitatif.  Sept patients dans un centre de consultations externes on été invités à participer dans cette étude après avoir reçu la permission du comité d'éthique et le médecin-chef de l'installation. Tous les participants ont tous été hospitalisé pour psychose. L'endroit des entrevues a été décidé par les participants, trois ont eu lieu au domicile et le dernier dans les locaux des consultations externes. Les entretiens ont duré en moyenne une heure. L'objectif de l'entretien était de mettre l'accent sur les relations et expériences en lien avec le toucher. Les entrevues ont été enregistrées puis transcrites mot à mot. Les transcriptions ont été par la suite analysées à travers quatre étapes distinctes.
<b>Résultats</b>	A travers les quatre entrevues réalisées et une analyse des résultats, le toucher signifie être dans le besoin, d'aspirer et d'appartenir. Les résultats indiquent que le sentiment d'affinité peut provenir par contact physique, qui peut être considéré comme une force d'entraînement à la recherche d'un sentiment d'appartenance à la communauté.  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le besoin Le contact physique est un besoin central autant pour le corps que l'esprit. Les participants décrivent leur besoin de toucher comme plus fort lorsque leur santé mentale se détériore. Ils aspirent à être touchés par les travailleurs de la santé, les partenaires, les parents et les amis. La douceur d'un autre être humain a une fonction rassurante et solidaire. Les participants disent ne pas avoir été touchés par leurs parents et ni par les professionnels de la santé.</li> <li>• L'appartenance Toucher devient un élément naturel dans leurs interactions avec les autres, par lequel ils peuvent ressentir un sentiment d'appartenance et de parenté. Le toucher confirme et renforce la connaissance d'un être existant et d'une relation déjà établie avec l'autre. Les participants expliquent que le toucher peut avoir un degré plus intime, ce qui leur semble important dans</li> </ul>

	<p>leurs relations amoureuses. Le fait de toucher peut aussi être sexuel et cela signifie que grâce à ce contact physique, ils appartiennent à une relation.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Communiquer ses sentiments Les participants communiquent leurs sentiments par le contact physique et ils considèrent que les sentiments et le toucher sont liés. Les sentiments peuvent être à la fois négatifs et positifs en fonctions de comment ils se sentent et de qui les touchent.</li> <li>• Etre reconnu Pour les participants, le contact physique est d'une grande importance afin qu'ils puissent décrire comment ils se sentent lorsque quelqu'un les touchent. Ils se sentent reconnu en tant qu'être humain lorsqu'il y a un contact.</li> </ul>
<p><b>Discussion / Perspectives pour la pratique</b></p>	<p>Les participants avouent avoir le désir d'accéder à d'autres personnes par contact physique. La recherche du contact peut s'expliquer par le fait de ne pas vouloir se sentir seul au monde, mais partager et se sentir reconnus aux yeux des autres. Dans cette étude, les participants ont choisi de décrire des situations dans lesquelles, ils ont refusé le contact physique et expliquer qu'à ce moment là il était difficile pour eux de se sentir « rempli » en tant qu'être humain. En matière de soins psychiatriques, le contact entre le patient et le soignant peut être le seul point d'interaction que le patient peut avoir avec l'environnement extérieur, ce qui rend le contact physique encore plus important.</p> <p>En utilisant cette étude comme un point de départ, toucher peut être perçu comme un moyen d'établir un lien humain et exposer les individus à la possibilité de faire partie d'un contexte plus large que l'homme. L'être humain vit une lutte constante entre des besoins qui sont souvent contradictoires : d'un côté, il veut être un individu indépendant et unique et de l'autre côté, il veut ressembler à ses semblables et avoir un sentiment d'appartenance.</p> <p>Le contact physique crée un sentiment de communauté et peut diminuer les problèmes de santé mentale, en se sentant reconnu comme un être humain à part entière.</p>
<p><b>Commentaires critiques sur la qualité de l'étude</b></p>	<p>Certains participants décrivent qu'eux-mêmes, à certains moments, se sont senti bafoués et opprimés quand ils sont touchés par des personnes avec qui la relation n'est pas installée. Le toucher est un sujet problématique malgré cela les chercheurs se sont concentrer sur l'aspect curatif du toucher puisque celui-</p>

---

	ci est rarement abordé.
<b>Conclusion</b>	Ceux qui ont participé à l'étude décrivent la nécessité d'avoir accès au corps d'autrui afin de se sentir connecté. Ils décrivent un désir et une recherche d'activité lorsque cela peut être réalisé. Quand les gens interagissent les uns avec les autres par le toucher, des sentiments tels que la reconnaissance apparaissent.

<b>Grille n° 10</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	Skilbeck, J. & Payne, S. (2003). <b>Emotional support and the role of Clinical Nurse Specialists in palliative care.</b> <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 43(5), 521–530.
<b>Buts de la recherche / Question de recherche</b>	L'objectif est de mieux comprendre comment les infirmières cliniciennes spécialisées (ICS) et les patients interagissent et travaillent ensemble à produire des relations émotionnelles.
<b>Cadre de référence (concepts, théories)</b>	L'expérience du cancer crée des contraintes pour les patients et leurs familles. Il est bien documenté que la détresse est une caractéristique de l'expérience du cancer, du diagnostic jusqu'à la phase terminale de la maladie (Vachon, 1998). Certains patients auront besoin d'interventions spécialisées en soins palliatifs pour répondre à ces problèmes complexes émotionnels. La prestation de soins et de soutien émotionnels aux patients et aux familles, qui éprouvent des difficultés émotionnelles à la suite d'une maladie, est une composante essentielle du rôle des infirmières cliniciennes spécialisées. Pour beaucoup, le soutien émotionnel est la catégorie la plus importante à travers laquelle, la perception du soutien est transmise à d'autres (Payne & Walker, 1996). Une étude récente (Skilbeck et al., 2002) a souligné que les deux tiers des nouvelles références du service des ICS en soin palliatifs sont, des soins et un soutien émotionnels. La communication est l'un des aspects le plus important dans les soins infirmiers, pour les patients atteints de cancer et leurs familles qui sont en situation de détresse psychologique et émotionnelle.
<b>Population/Echantillon</b>	Infirmières cliniciennes spécialisées en soins palliatifs. Les patients et leurs familles.
<b>Devis / Méthode</b> (outils collecte données, analyse, etc.)	C'est une revue de littérature qui résume l'état actuel des connaissances dans le but de fournir un compte rendu accessible sur le sujet. Les recherches ont été faites sur cinhal, medline et assia cd-rom. Les mots-clés utilisés sont : soutien émotionnel, prise en charge émotionnelle, fin de vie, maladie en phase terminale, infirmières cliniciennes spécialisées.
<b>Résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Support émotionnel</li> </ul> Certains chercheurs ont mis l'accent sur les perceptions des patients, des familles et des infirmières par rapport à la nécessité de comportement de soutien émotionnel.

	<p>Les opinions des patients sont divergentes de celles des infirmières. Les patients considèrent plus important les interventions qui mettent l'accent sur les connaissances techniques, les informations et les besoins physiques des patients plutôt que le soutien émotionnel. Les infirmières accordent une plus grande importance au soutien émotionnel, mais elles n'ont souvent pas le temps et les compétences nécessaires pour offrir ce service.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Soutien émotionnel comme une activité bienveillante</li></ul> <p>La littérature explorée, à ce jour, offre un aperçu limité dans les différents milieux de soins dans lesquels le soutien émotionnel est fourni. La relation de soutien émotionnel ne semble pas dépendre, de la nature de la rencontre interpersonnelle entre le patient et l'infirmière. Les résultats montrent que le soutien émotionnel est utilisé comme stratégie de réconfort. Les infirmières communiquent le soutien émotionnel dans les interactions avec le patient de plusieurs façons, tant verbalement (reformulant et confirmant les déclarations du patient, en étant empathique et en encourageant) que non verbalement (contact physique, augmentant la proximité). Ces stratégies réconfortantes semblent être utilisées pour reconnaître les préoccupations des patients et de créer un climat d'acceptation pour ceux qui endurent des détresses physiques et émotionnelles.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Travail émotionnel</li></ul> <p>Souvent le travail émotionnel dans le cadre des soins palliatifs repose sur les soins infirmiers auxiliaires, dont la disponibilité et le contact physique avec le patient offre une occasion régulière de travail émotionnel efficace. L'impact du travail émotionnel sur la personne qui donne des soins a été reconnu. Dans les soins aux patients en fin de vie, beaucoup de détresse émotionnelle est rencontrée et, en particulier, des sentiments de perte quand une relation infirmière-patient se termine. La création et le maintien de ces relations sont reconnus comme un travail émotionnel dur. Une variété de stratégies est utilisée pour gérer ces émotions, comme la distance, la dissimulation d'émotions, le maintien à la normalité et le confinement. La supervision clinique en tant que mécanisme de soutien pour les infirmières est de plus en plus reconnue.</p>
--	--

<p><b>Discussion / Perspectives pour la pratique</b></p>	<p>Dans cette étude, il a été examiné un large éventail de la littérature afin de comprendre le concept de soins et de soutien psychologique pour les patients atteints de cancer nécessitant des soins palliatifs. Pour commencer, il y a un manque de clarté quant à la terminologie utilisée pour décrire les soins et le soutien affectifs. Sur une inspection plus minutieuse, chaque terme semble prendre une signification différente lorsqu'il est envisagé à la lumière des différents cadres théoriques et dans des contextes divers. La littérature suggère que le travail émotionnel des soins doit être considéré comme un travail dur. Cette imprécision de la définition a des impacts pour la pratique des infirmières cliniciennes spécialisées. Ce manque potentiel de compréhension commune peut conduire à des attentes quant aux résultats thérapeutiques, ainsi que la nature de la charge de travail. La littérature révèle qu'une condition importante pour la prestation de soins et de soutien émotionnel est le développement d'une relation infirmière-patient, à travers laquelle l'expérience du patient peut être explorée et les interventions infirmières réalisées. Dans le développement de cette relation, la participation est un processus qui permet au patient de connaître l'infirmière et l'infirmière de connaître le patient. Dans la relation infirmière-patient, la communication est le moyen par lequel, la nécessité d'un soutien émotionnel est identifiée. Dans l'ensemble, cette littérature implique que le soutien émotionnel tourne autour de l'expression des émotions, ce qui semble être en contraste avec les points de vue des patients.</p>
<p><b>Commentaires critiques sur la qualité de l'étude</b></p>	<p>Ce n'est pas une étude scientifique, mais une revue de littérature qui reprend plusieurs études scientifiques. Malgré cela, des éléments importants sont repris pour la suite de ce travail.</p>
<p><b>Conclusion</b></p>	<p>Cette étude présente une discussion sur les soins et le soutien affectif afin de faciliter une meilleure compréhension du travail des infirmières cliniciennes spécialisées (ICS) en soins palliatifs. Le plus frappant dans cette étude, c'est l'utilisation du terme soins et soutien émotionnel, sans qu'il y ait une compréhension commune du terme. Beaucoup de difficultés sont ressorties de cette études en lien avec la production de rapports de soutien et émotionnels, les habilités et les attitudes requises par les ICS dans la gestion de ce processus et de la minutie des interactions avec les patients et leurs familles. Afin de donner un sens à cet</p>



	<p>aspect important du travail des ICS, des recherches supplémentaires sont nécessaires. A la base, il faut reconnaître que les soins et le soutien émotionnel en tant que concept n'est pas une entité fixe apprise grâce à l'expérience et à la socialisation, mais est moulé par le processus d'interaction sociale et de contextes spécifiques et des perspectives théoriques. Un élément clé du rôle des infirmières cliniciennes spécialisées en soins palliatifs est d'offrir des soins émotionnels et un soutien aux patients et aux familles qui éprouvent des difficultés émotionnelles à la suite d'une maladie potentiellement mortelle.</p>
--	--