

Instituts de formation aux métiers de la santé d'Albi  
6, impasse François Verdier  
81000 ALBI

## **ACCORDER AUX SOINS RELATIONNELS LE POUVOIR D'APAISER**

Mémoire de fin d'études en vue de la validation des UE 3.4, 5.6 et 6.2,  
semestre 6

DELMAS Audrey  
PUEL Manon  
PUGIBET Romane  
RATTANAVILAY Anny  
Promotion 2017-2020



Instituts de formation aux métiers de la santé d'Albi

6, impasse François Verdier

81000 ALBI

## **ACCORDER AUX SOINS RELATIONNELS LE POUVOIR D'APAISER**

Mémoire de fin d'études en vue de la validation des UE 3.4, 5.6 et 6.2,  
semestre 6

DELMAS Audrey  
PUEL Manon  
PUGIBET Romane  
RATTANAVILAY Anny  
Promotion 2017-2020

## **NOTE AUX LECTEURS**

« Ce mémoire de fin d'études est un travail personnel. Il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou en partie sans l'accord de ses auteures »

**« Primum, non nocere »**

*« Je jure [...] que je remplirai, suivant mes forces et ma capacité, le serment et l'engagement suivants : Je m'abstiendrai de tout mal [...] ; Je ferai tout pour soulager les souffrances »*

(Serment d'Hippocrate, IV<sup>ème</sup> siècle avant J.-C.)

# REMERCIEMENTS

Avant toute chose, nous tenons à remercier grandement toutes les personnes ayant contribué de près comme de loin à la réalisation de ce travail de fin d'études.

Premièrement, nos formateurs et guidants de mémoire, Isabelle PY et Mathieu BRIEST, pour leur bonne humeur et leur humanité, mais aussi leur accompagnement bienveillant et leurs conseils nous ayant permis de mener à bien ce travail.

Nous n'oublions pas l'ensemble des formateurs des IFMS d'Albi envers lesquels nous sommes également reconnaissantes pour leurs enseignements tant pratiques que théoriques et leur pédagogie durant ces trois années de formation. De la même manière, nous pensons aux autres membres indispensables de cet établissement, en particulier Pierre-Olivier SANCHEZ notre documentaliste, qui nous a apporté son aide précieuse et permis d'accéder aux différentes ressources documentaires.

Nous sommes toutes les quatre très fières d'avoir mené ce projet ensemble et sommes reconnaissantes envers chacune pour son implication.

# SOMMAIRE

Introduction.....	1
<b>1. Des situations d'appels au questionnement de départ.....</b>	<b>2</b>
<b>1.1 Description des situations .....</b>	<b>2</b>
<b>1.2 Questionnement préliminaire .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Phase exploratoire.....</b>	<b>6</b>
<b>2.1 La thématique du soin.....</b>	<b>6</b>
2.1.1 Du soin au prendre soin .....	6
2.1.2 Les soins invasifs.....	7
<b>2.2 La thématique de la douleur .....</b>	<b>7</b>
2.2.1 Définition de la douleur .....	8
2.2.2 Composantes de la douleur .....	9
2.2.3 Douleur aiguë.....	9
2.2.4 Douleur chronique .....	10
2.2.5 Mécanismes physiopathologiques .....	10
2.2.6 Douleur induite.....	11
2.2.7 Evaluation de la douleur .....	12
2.2.8 Soulager la douleur .....	13
<b>2.3 La thématique de l'anxiété .....</b>	<b>15</b>
2.3.1 Définition de l'anxiété.....	15
2.3.2 Facteurs favorisant l'anxiété .....	16
2.3.3 Mémoire de la douleur .....	17
2.3.4 Anxiété et douleurs.....	18
2.3.5 Evaluation de l'anxiété.....	19
2.3.6 Prise en charge de l'anxiété.....	20
<b>2.4 La relation soignant-soigné .....</b>	<b>21</b>
2.4.1 Définition de la relation soignant-soigné.....	21
2.4.2 L'empathie .....	23
2.4.3 Les attitudes de Porter.....	23
2.4.4 Le statut de l'étudiant.....	24
<b>3. Synthèse du pôle contextuel .....</b>	<b>26</b>
<b>4. Elaboration de la question de départ .....</b>	<b>26</b>
<b>5. Phase conceptuelle .....</b>	<b>27</b>
<b>5.1 La maîtrise infirmière .....</b>	<b>27</b>
<b>5.2 Les habiletés relationnelles infirmières .....</b>	<b>29</b>
5.2.1 La communication non-verbale .....	29

5.2.2	La communication verbale .....	30
5.3	Adhésion thérapeutique.....	32
6.	Devis de recherche de l'enquête exploratoire prévue (mais non réalisée).....	33
6.1	Choix de la méthode d'enquête .....	33
6.2	Construction de l'outil d'enquête .....	34
6.3	Population cible .....	34
6.4	Réalisation des entretiens .....	35
6.5	Analyse du guide d'entretien et justification des réponses attendues.....	35
6.6	Limites de l'outil d'enquête.....	38
7.	Synthèse des éléments théoriques et formulation d'une question de recherche .....	39
8.	Éléments professionnels de transférabilité dans la pratique .....	41
	CONCLUSION.....	43
	BIBLIOGRAPHIE	
	ANNEXES	

## **INDEX DES ABREVIATIONS**

**CIM-10** : Classification Internationale des Maladies (version 10)

**CLUD** : Comités de Lutte contre la Douleur

**CNRTL** : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

**COEGD** : Comité d'Organisation des Etats Généraux de la Douleur

**CSG** : Court Séjour Gériatrique

**CSP** : Code de la Santé Publique

**IDE** : Infirmier (-ère) Diplômé (-ée) d'Etat

**INSERM** : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

**OMS** : Organisation Mondiale de la santé

**SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation

**UPSA** : Union de Pharmacologie Scientifique Appliquée

## Introduction

En 2005, Françoise Bérout (responsable de l'institut de la douleur UPSA) écrit dans son ouvrage "Les douleurs induites" que "64% des patients interrogés se plaignent de douleurs induites, 45% étaient consécutives à des gestes ou soins quotidiens".

Les soins infirmiers pratiqués au quotidien pouvant engendrer de la douleur, il nous a semblé pertinent d'en faire la thématique centrale de notre travail de fin d'études dans le but d'améliorer nos pratiques soignantes.

Le choix de nos situations professionnelles s'explique par leur complémentarité au regard de la prise en charge de la douleur. C'est parce que le soin est un acte complexe qu'il convient de le traiter de manière holistique, en tenant compte de l'aspect technique autant que relationnel.

L'apparition du premier plan triennal de lutte contre la douleur en France (1998-2000) marque le début d'une ère au cours de laquelle soulager la douleur devient un enjeu de santé publique.

De nos jours, prendre en charge la douleur lors des soins reste une priorité, renforcée par le cadre législatif existant. De ce fait, un soignant se doit d'essayer de prévenir, d'évaluer et d'apaiser la perception douloureuse d'un patient, dans l'esprit de la célèbre citation latine "primum non nocere" (traduite en français par "premièrement, ne pas nuire") citée dans le serment d'Hippocrate (médecin grec, jadis considéré comme "le père de la médecine").

Ainsi, nous analyserons les deux situations professionnelles décrites ci-dessous selon quatre thématiques majeures. Dans un premier temps, nous nous focaliserons sur la thématique du soin. Ensuite, nous explorerons de manière holistique celle de la douleur. Puis nous développerons l'anxiété. Enfin, nous nous attarderons sur les multiples composantes de la relation soignant-soigné.

# 1. Des situations d'appels au questionnement de départ

## 1.1 Description des situations

Situation 1 : Mme R, hospitalisée en service de soins de suite et de réadaptation

Mme R, 60 ans, est entrée dans le service de SSR à la suite d'une amputation trans-tibiale gauche. Elle avait subi une première amputation trans-tibiale droite et est appareillée d'une prothèse. Elle est atteinte de la maladie de BUERGER et d'un diabète non insulino-dépendant.

La réfection du pansement du moignon doit être réalisé tous les deux jours. Cependant, l'évolution de la plaie a nécessité une réfection quotidienne. En effet, la douleur induite par ce soin, avant la mise en place d'antalgique adapté, ne permettait pas d'assurer une réfection optimale du pansement. Pour soulager sa douleur et diminuer son anxiété lors du soin et donc faciliter la réfection, plusieurs traitements ont été mis en place : antalgiques de pallier I et pallier III, et anxiolytique.

Dès son arrivée dans le service, une alliance thérapeutique s'est créée entre Mme R et l'équipe soignante. Puis progressivement, un réel lien de confiance s'est instauré à travers les multiples soins réalisés au cours de la journée.

En amont du soin, j'évalue la douleur de Mme R : évaluée à 8 sur 10. Un antalgique de pallier III lui est donc administré. Les deux infirmières et moi-même préparons et installons le matériel pour le soin. Sous la supervision de l'infirmière, j'installe le MEOPA à la patiente. Après quelques minutes de réassurance, nous commençons doucement le soin. Je suis attentive à la respiration de Mme R pour qu'elle inhale le produit ainsi qu'à sa douleur durant le soin. Je lui parle, la conseille sur les rythmes de respiration et l'encourage à poursuivre ses efforts. La douleur semble s'atténuer quelques instants (faciès et corps détendus, respiration lente et contrôlée), permettant à l'infirmière de commencer une détersion mécanique efficace. Cependant, au bout d'une quinzaine de minutes, quelques symptômes euphoriques apparaissent générant des mouvements et perturbant la poursuite du soin. Puis, Mme R devenant nauséuse, nous arrêtons immédiatement le soin. Je retire de ce fait le masque. Le soin n'étant pas fini, nous lui expliquons qu'il faut, tout de même, refermer le pansement. La patiente décide d'arrêter le MEOPA. Nous lui expliquons malgré tout qu'il reste encore quelques étapes douloureuses avant la fin du soin. Au moment d'appliquer le gel et de mettre les stéri-strips, la douleur de Mme R était supportable. Elle appliquait les techniques de respiration et de relaxation expliquées par l'équipe auparavant. Nous poursuivons le soin. Au moment de mettre le pansement et de comprimer les berges, la

douleur s'intensifie, son faciès se crispe, sa respiration n'est plus régulière. Elle tremble de plus en plus et exprime sa volonté d'arrêter le soin : « stop », « arrêtez », « laissez-moi deux secondes » ... Face à ce moment de détresse, je l'écoute, lui prends la main, nous nous regardons mutuellement et je l'accompagne dans sa respiration afin qu'elle maintienne un rythme régulier. La fin du soin s'est déroulée dans des conditions douloureuses malgré nos interventions. Nous étions contraintes de refermer le pansement, ce qui engendre beaucoup de frustration pour ma part.

Le soir, alors que nous discutons avec Mme R, elle nous confie que le soin s'est avéré très éprouvant pour elle en raison de sa longue durée de réalisation (45 minutes à 1 heure) mais aussi des douleurs que celui-ci engendre, provoquant chez elle une asthénie autant physique que psychique.

Malgré une fin de soin douloureuse, nous avons le sentiment d'avoir accompagné au mieux Mme R tout au long du soin. Ce sentiment est renforcé par les remerciements de la patiente et de ses proches qui verbalisent que « son séjour est moins dur grâce à vous ».

## Situation 2 : Mme V, hospitalisée en service de court séjour gériatrique

Je prends en charge Mme V, 87 ans, admise dans le service pour altération de l'état général. Je m'apprête à lui faire une prise de sang de référence permettant la pose d'un diagnostic. Arrivée la veille dans le service, nous n'avons pas encore eu l'opportunité d'approfondir le contact avec cette patiente.

A mon entrée dans sa chambre, elle était éveillée, couchée dans son lit. Son regard se pose sur le plateau de soin que je tiens et notamment sur les aiguilles. Puis il s'assombrit, ses sourcils se froncent et son corps se recroqueville sur lui-même. Je peux sentir de la peur sur son visage. Je lui suggère alors de me verbaliser ses craintes afin que je puisse faire de mon mieux pour la rassurer. Elle m'avoue « avoir une peur bleue des piqûres et que son capital veineux est très faible », sous-entendu que nous allons avoir du mal pour obtenir des échantillons et que les équipes soignantes rencontrées dans le passé se sont déjà retrouvées en difficulté. Elle finit par me demander si c'est moi qui vais réaliser la prise de sang. Je lui réponds que oui, que j'en ai déjà réalisé à plusieurs reprises et que ce soin s'est toujours bien déroulé. Mais je peux toujours lire de la peur sur son visage. Je lui demande alors si mon statut d'étudiante est un facteur anxigène qui peut majorer ses craintes, auquel cas elle me répond timidement que oui. J'essaie alors de gagner sa confiance et d'apaiser sa peur en la rassurant. Mais cette démarche ne marche pas auprès d'elle et elle exprime catégoriquement qu'elle ne veut pas que je la pique. Je respecte donc volontiers son souhait et passe la main à l'infirmière qui m'accompagne. Celle-ci tente d'apaiser les craintes de la patiente en réduisant la gauge de l'aiguille qui va servir à effectuer le prélèvement. La patiente semble moins réticente et donne son accord pour le prélèvement. Mais au moment où l'IDE la pique, la patiente se met à pousser des cris de peur, de douleur, de surprise, et tente en même temps de retirer son bras des mains de la soignante menant à l'échec le soin. Compréhensive, l'IDE explique à nouveau à Mme V l'utilité de ce prélèvement tout en la rassurant avec douceur. Mme V accepte une deuxième tentative, puis une troisième. Lors de la deuxième tentative, la peur des aiguilles et la douleur que peut induire ce soin, associé à la veine qui se collabe, rendent difficile la réalisation du prélèvement. Par conséquent, Mme V se crispe et s'agite davantage. Lors de la troisième tentative, elle gémit de plus en plus fort, l'IDE adopte donc un ton plus ferme et tient fermement le bras de la patiente. Celle-ci cesse de crier mais ses yeux écarquillés et ses sourcils froncés trahissent ses sentiments.

Par la suite, l'IDE parvient à prélever un échantillon de sang, panse le point de ponction et quitte la chambre. J'allais lui emboîter le pas mais la patiente me retient par le bras. Seules dans la chambre, elle se confie à moi : « Son ton m'a surpris... J'ai eu vraiment mal.

C'était pas de la comédie. S'il vous plaît ne lui dites pas, mais je ne veux plus qu'elle s'occupe de moi... ». Son regard s'embue de larmes et elle serre fort ma main. Très vite, je comprends que la relation de confiance établie entre la soignante et la soignée est ébranlée. Par projection, c'est potentiellement avec l'équipe toute entière que la relation de confiance va se fragiliser. Touchée, je ne sais que lui répondre dans un premier temps et sert sa main de manière empathique en retour. "Je comprends... je vais voir ce que je peux faire...", lui dis-je, et quitte la chambre quelques secondes après, avec un sentiment de frustration et d'impuissance face à la situation vécue.

## 1.2 Questionnement préliminaire

À la suite de ces deux situations professionnelles, plusieurs questionnements ont émergé. Les voici :

- En quoi les représentations des soignants, quant aux soins qu'ils prodiguent, influencent-elles la prise en charge thérapeutique de la douleur ?
- En quoi l'administration d'antalgiques lors de douleur induite par les soins impacte-t-elle la continuité des soins d'un patient ?
- En quoi la prise en charge de la douleur induite par les soins relève-t-elle du rôle du soignant ?
- En quoi l'anxiété du patient peut-elle impacter la douleur ressentie lors du soin ?
- En quoi les différents types de douleurs influencent-elles leurs prises en charge ?
- En quoi la douleur est-elle subjective d'un patient à un autre ?
- En quoi les habiletés relationnelles jouent-elles un rôle dans la prise en charge de la douleur induite par les soins ?
- En quoi la connaissance globale du patient peut-elle influencer la prise en charge de sa -douleur lors d'un soin ?
- En quoi la relation soignant-soignée est-elle influencée par la gestion de la douleur induite par les soins ?

Ces différentes interrogations ont abouti au questionnement préliminaire suivant :

En quoi la gestion de la douleur lors d'un soin invasif influence-t-elle la relation soignant-soigné ?

## **2. Phase exploratoire**

### **2.1 La thématique du soin**

Le soin étant la base de la profession, il occupe une partie du Code de Santé Publique. En effet, inscrit dans les actes professionnels, l'article R.4311-2 énonce que :

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade [...] Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle.

Nous allons donc développer la notion du soin et du prendre soin, pour ensuite définir les soins invasifs en lien avec les situations professionnelles décrites.

#### **2.1.1 Du soin au prendre soin**

Le soin est l'acte clé de notre profession car pratiqué au quotidien. Selon Walter Hesbeen, c'est "une attention portée à l'autre à travers des actes par lesquels on soigne, on entretient le corps aux différentes étapes de la vie" (Prendre soin à l'hôpital, 1997). Marie Françoise Collière ajoute que les soins infirmiers sont multidimensionnels prenant en compte les particularités de chacun (par exemple : la peur des aiguilles pour Mme V).

Les soins peuvent être d'ordre "relationnels", comme l'accompagnement lors de l'inhalation du MEOPA (Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote) pour Mme R, ou d'ordre "techniques" avec la réfection du pansement dans cette même situation et le prélèvement biologique pour Mme V.

Les deux situations font appel au concept du prendre soin, se traduisant par le fait que les infirmières ne se centrent pas seulement sur le soin mais surtout sur la personne. D'après W. Hesbeen, l'art de prendre soin implique les connaissances qu'ont les soignants des patients : histoire de vie, allergies, traitements... Cet amas de connaissances peut être renforcé par l'observation clinique et le savoir qu'ont les soignants. Les habiletés relationnelles que nous avons remarqué dans les deux situations telles que la disponibilité, la congruence, l'authenticité, l'écoute active sont nécessaires pour soigner en toute légitimité et rendre plus pertinente l'aide apportée aux patients.

Par ailleurs, on distingue différents types de soins : selon leur nature et selon leur objectif. En effet, certains soins sont à visée préventive et curative telle que la réfection du pansement. D'autres soins sont à visée diagnostique comme le prélèvement sanguin.

Quel que soit l'objectif du soin, nous constatons dans nos deux situations que sa nature est similaire du fait de l'effraction de la peau ou d'une muqueuse.

### **2.1.2 Les soins invasifs**

D'après le Larousse, les soins invasifs impliquent une lésion de l'organisme et en premier lieu de la barrière cutanée, induisant ainsi une douleur. La réalisation des soins invasifs par l'infirmière relève de son rôle prescrit (se référant à une prescription médicale). Ces soins sont légiférés par les actes professionnels infirmiers inscrits dans le CSP à l'article R. 4311-7 :

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin.

Pour Mme V, le soin invasif correspond à l'item 35 "Prélèvements de sang par ponction veineuse" du référentiel des activités infirmières de 2009, qui consiste à ponctionner une veine avec une aiguille appropriée afin de recueillir un échantillon de sang veineux dans un tube à prélèvement en vue de réaliser des examens biologiques.

Quant à Mme R, elle est prise en charge dans le cadre de l'item 9 "Réalisation et surveillance de pansements spécifiques". La réfection de son pansement est un soin technique complexe qui consiste à aseptiser et recouvrir une plaie au niveau du moignon par un dispositif de protection cutané afin d'éviter une surinfection de la plaie.

De plus, le CLUD classe la ponction veineuse et la réfection d'un pansement comme un soin douloureux, vecteur d'inconfort pour le soigné.

## **2.2 La thématique de la douleur**

L'origine du mot douleur vient du terme latin "dolor". Depuis des siècles, comprendre et soulager la douleur est une préoccupation. Depuis le premier plan de lutte contre la douleur de 1998, elle est devenue une priorité de santé publique.

D'après l'étude menée en 2005 par le Comité d'Organisation des Etats Généraux de la Douleur (COEGD), 78% des patients ont été concernés par la douleur (chronique ou aiguë) au cours des deux dernières années précédant l'enquête. Cependant, seulement 41% des personnes avaient été informées que l'examen ou le soin était douloureux. 61% n'avaient pas reçu de médicament antalgique préventif. (Serrie et al. 2014, p.106 à 114)

Suite à cette étude, nous souhaitons approfondir les recherches en lien avec la douleur : ses différents types, leurs composantes, leurs mécanismes, l'évaluation et enfin sa prise en charge.

### **2.2.1 Définition de la douleur**

Selon l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP), "la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes".

La douleur est propre à chacun. Il n'existe pas seulement une douleur, mais plusieurs. Cette subjectivité peut s'expliquer par le lien entre la douleur et le contexte psycho-social, comme dans la situation où Mme V a une peur phobique des aiguilles, peut-être liée à un traumatisme antérieur lors d'un même soin.

Les situations mettent en avant la symptomatologie de la douleur : faciès crispé, respiration irrégulière, tremblements, asthénie (situation 1), cris, peur, froncement des sourcils, recroquevillement du corps, yeux écarquillés, gémissements (situation 2).

Sur le plan physiopathologique, l'imagerie cérébrale a prouvé que les centres cérébraux responsables de la perception de la douleur sont étroitement liés aux centres des émotions (Duquette et al. 2007, p. 169 à 179). Ce lien a été également mis en évidence dans un article de l'Inserm qui explique que plus l'attention d'un patient est sollicitée, moins il ressentira la douleur (Bouhassira, 2016). C'est l'une des raisons pour laquelle dans la situation 1, l'étudiante conseille à la patiente de se concentrer sur sa respiration et non sur l'acte douloureux.

## **2.2.2 Composantes de la douleur**

La douleur est un phénomène complexe dont la perception fait intervenir quatre composantes :

Tout d'abord, la composante sensori-discriminative : "ce qu'il sent", permettant de localiser et caractériser la douleur. Ensuite, la composante affective : "ce qu'il ressent", c'est-à-dire la sensation émotionnelle associée. Puis la composante comportementale : "ce qu'il dit et montre", de part des manifestations verbales ou motrices. Enfin, la composante cognitive : "ce qu'il comprend". Les pensées et les interprétations qui accompagnent une lésion participent à la sensation finale.

Ces composantes sont toutes sous l'influence de facteurs environnementaux, professionnels, familiaux, sociaux et culturels. En effet, plusieurs systèmes participent au vécu douloureux : sensoriel (durée, localisation, nature), moteur (posture antalgique, raccourcissement musculaire), autonome (sueurs, insomnie, tachypnée, asthénie), affectif (thymie, dégradation de l'estime de soi, nature de la relation soignant-soigné), cognitif (expériences antérieures, représentations de l'acte), social (âge), psychique (état psychologique) et en lien avec le soignant prodiguant le soin (personnalisation du soin, maîtrise technique, environnement).

S'ils ne sont pas suffisamment pris en considération, ils peuvent engendrer des comportements à type d'opposition ou de retrait, en lien avec l'impuissance ressentie dans la seconde situation.

## **2.2.3 Douleur aiguë**

La douleur aiguë est une douleur "symptôme" assimilée à un signal d'alarme face à une lésion due à un traumatisme ou une affection. Sa manifestation est temporaire, la douleur est vive, de courte durée, de localisation précise et est due à une cause précise, connue ou non, diminuant donc lorsqu'un traitement étiologique est mis en place.

Dans la première situation, dont la douleur à évoluer vers une douleur chronique liée à une amputation trans-tibiale, la réalisation du soin complexe induit un excès de nociception engendrant une douleur aiguë ressentie par Mme R.

Dans la seconde situation, Mme V. présente une douleur aiguë au cours d'un prélèvement sanguin.

## **2.2.4 Douleur chronique**

Par douleur chronique, nous entendons une douleur qui persiste à distance de certains traitements et/ou soins au-delà de la période normale de guérison du tissu, présumée depuis au moins 3 mois. Elle est envahissante, moralement et physiquement.

Le 1<sup>er</sup> plan gouvernemental de lutte contre la douleur (1998-2000), répartit la douleur chronique entre pathologies rhumatologiques, abdomino-pelviennes, cancéreuses, neurologiques ou neuropathiques. Les pathologies neuropathiques concernent les post-amputations liées aux douleurs du membres ou de l'organe fantôme.

Le 3<sup>ème</sup> plan gouvernemental (2006-2010) ajoute que les douleurs chroniques sont à l'origine d'une altération de la qualité de vie avec une consommation importante de soins, une invalidité professionnelle entraînant de nombreuses répercussions personnelles et familiales (rejet, divorce) et psychologiques (anxiété).

Mme R exprime encore des symptômes algiques à posteriori du soin tel qu'un état asthénique et une souffrance psychologique. Ici, la douleur est difficile à soulager, rebelle aux antalgiques, et renvoie au concept de "syndrome douloureux chronique". Ce syndrome illustre toute la complexité de la douleur en la considérant comme une maladie à part entière. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS, 2008), ce syndrome comprend plusieurs caractéristiques : douleur récurrente ou persistante, répondant mal au traitement médical et/ou invasif approprié. Ce syndrome prend de l'ampleur à distance de la cause, qui peut être considéré comme guérie, et est accompagné d'une altération de la qualité de vie. Ainsi, la Classification internationale des maladies (CIM-10) classe la "douleur chronique irréductible" (R52.1) comme une douleur "ne pouvant être rapportée à un seul organe ou une seule partie du corps".

Nous avons étudié deux types de douleurs (aiguës et chroniques), chaque type va avoir un fonctionnement différent que nous allons maintenant tenter de comprendre.

## **2.2.5 Mécanismes physiopathologiques**

Il existe trois mécanismes physiopathologiques intervenant dans le phénomène douloureux : un excès de nociception, un phénomène neuropathique ou une origine psychogène.

La première situation clinique décrit une douleur chronique d'origine neuropathique qui persiste malgré la prise des traitements antalgiques et antiépileptique. Cette douleur résulte d'un dysfonctionnement du système nerveux périphérique provoquant des douleurs rapportées au niveau du territoire amputé, ici au niveau trans-tibial gauche, dont les nerfs

sensoriels ont été lésés par l'amputation. Cette douleur du moignon, incluant une section des fibres nerveuses, est donc la conséquence directe de l'acte chirurgical. L'intensité de cette douleur est majorée lors de la réfection du pansement qui entraîne une stimulation cutanée particulièrement douloureuse, on parle ici d'un excès de nociception. Dans la première situation, la connaissance de la patiente par l'équipe, légitime l'affirmation que cette douleur est génératrice d'anxiété.

Cependant, au regard de la seconde situation clinique, il est plus pertinent d'évoquer une douleur somatique aiguë par excès de nociception. Celle-ci est liée à une stimulation des récepteurs nociceptifs périphériques causée par un dommage mécanique aux tissus lors d'une ponction veineuse dans un but de recherche de diagnostic médical. En sachant que la patiente n'a pas été prévenue du soin, on peut se demander si cela a contribué à majorer son anxiété du fait de l'impossibilité de s'y préparer psychologiquement. De plus, Mme V nous donne des indications lors du soin concernant ses expériences antérieures : son capital veineux est très faible et cela a déjà mis en difficulté les équipes soignantes auxquelles elle a déjà été confrontée. Ces informations significatives ainsi que l'attitude de la patiente nous interrogent sur ce qui a pu causer ce traumatisme, qui semble refaire surface à chaque situation de stress.

Le dernier mécanisme à définir est celui de la douleur psychogène. Cette douleur est envisagée lors de l'absence de diagnostic organique et après l'élimination d'autres étiologies. Ce mécanisme doit reposer sur une sémiologie psychopathologique positive.

Après avoir développé les différents types de douleur et ses mécanismes nous allons aborder la nature commune de la douleur, relative à nos situations.

### **2.2.6 Douleur induite**

D'après l'union de pharmacologie scientifique appliquée (UPSA), la douleur induite est « une douleur, de courte durée, causée par le médecin ou une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées ». (Wrobel. 2005, p.42-43)

La douleur présente dans ces situations est aiguë et de courte durée, induite par les soignants dans le cadre de la réalisation de soins techniques qui nécessitent une effraction cutanée : la réfection de pansement post-amputation et le prélèvement veineux.

Selon l'étude menée par le COEGD (2007, p. 85 à 92), la douleur induite par les soignants au cours d'actes diagnostiques ou thérapeutiques est la seconde cause de la douleur. Or,

d'après le Centre National de Ressources de Lutte contre la Douleur (créée suite au deuxième plan national de lutte contre la douleur), peu de réflexions ont été entreprises au sujet de la douleur induite par un soin.

Les circonstances de ces soins sont prévisibles et peuvent donc être anticipées par des moyens adaptés tels que des thérapeutiques médicamenteuses (antalgiques...) et/ou des attitudes soignantes compétentes visant à prendre soin de la personne.

Seulement, dans la première situation, on peut également parler de douleur iatrogène, en plus de douleur induite, car celle-ci a été causée de façon non intentionnelle et n'a pas pu être réduite par les mesures de prévention entreprises par antalgiques. De plus, après l'apparition d'effets secondaires compliquant le soin, l'équipe soignante a été contrainte d'arrêter le MEOPA.

Sur le plan législatif, en 2013, le 4ème programme national de lutte contre la douleur devait distinguer les douleurs aiguës, chroniques et les douleurs liées aux soins. Il mettait aussi en avant des axes prioritaires sur l'évaluation de chacune de ces douleurs afin de soulager au mieux la personne soignée. Cependant, ce programme n'a jamais vu le jour, donnant le titre de plus récent au plan de lutte contre la douleur de 2006-2010.

### **2.2.7 Evaluation de la douleur**

La loi du 4 mars 2002 dite "Loi Kouchner" relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé reconnaît la prise en charge de la douleur comme un droit fondamental de toute personne. L'article L. 1110-5 du CSP précise que « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée ». Ainsi, la prise en charge de la douleur s'impose à tous les établissements de santé publics, privés ou médico-sociaux.

Du fait de la compétence 4 « Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique » du référentiel de formation, l'infirmière est habilitée à participer à "l'évaluation de la douleur de manière fiable en mettant en œuvre une réponse appropriée et la prévention de la douleur générée par le soin".

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière doit désormais « évaluer la douleur » sans prescription médicale (Article R. 4311-5 du CSP, 19°).

La douleur, reposant avant tout sur le ressenti du patient, est difficile à quantifier (cotation de l'intensité) et à qualifier (nature, localisation). Cependant, il existe des outils pour la caractériser et l'évaluer en prenant en compte son retentissement sur les activités de la vie

quotidienne. Des questionnaires et des échelles d'évaluation de la douleur permettent d'en décrire les symptômes, d'en mesurer l'intensité en la chiffrant (facilite la communication) et d'évaluer l'impact sur la qualité de vie. (Cf **ANNEXE I « Echelles d'évaluation de la douleur »**).

En ce qui concerne la première situation, nous constatons que l'étudiante se rend auprès de la patiente pour évaluer sa douleur grâce à l'échelle numérique (EN). En effet, la patiente donne une note entre 0 et 10 qui décrit au mieux sa douleur ressentie. Dans la seconde situation, aucune échelle n'est réellement employée. Cependant, dans les deux situations, plusieurs échelles auraient également pu être utilisées : l'échelle visuelle analogique (EVA) ou l'échelle verbale simple (EVS).

Enfin, il est important de garder en tête que chaque échelle d'évaluation doit être adaptée au type de douleur et aux capacités du patient à y répondre.

L'enquête sur la prise en charge de la douleur et les besoins de formation en médecine générale (Serrie et Queneau, 2005, p. 141), soulève une utilisation insuffisante d'outils validés par les professionnels de santé pour évaluer la douleur. En effet, 60% des médecins n'ont jamais (ou très rarement) utilisé des échelles d'évaluation de la douleur. Ce taux élevé nous questionne sur la fréquence d'utilisation de ces échelles par les infirmiers, ainsi que sur la prise en charge thérapeutique qui en découle.

### **2.2.8 Soulager la douleur**

Dans un contexte d'hospitalisation, la charte du patient hospitalisé de 1995 cite dans son article 2 "Au cours des traitements et des soins, la prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des patients et le soulagement de la souffrance doivent être une préoccupation constante de tous les intervenants".

D'après l'article R 4311-2 inscrit dans le décret n° 2002-194 du 11 février 2002, l'infirmier se doit « de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes [...], et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage ». Les activités de soin de l'infirmière font partie intégrante du référentiel de formation. L'activité de soin "5 - Soins et activités à visée préventive, diagnostique, thérapeutique" fait référence à la réalisation de soins à visée préventive (prémédications), diagnostique (prélèvement sanguin, entretien d'évaluation de la douleur) mais aussi à visée thérapeutique (administration de traitements antalgiques et anxiolytiques majoritairement). Cette activité de soin mentionne également la réalisation de soins visant au soulagement de la souffrance (activités de relaxation, respiration...).

Les deux situations professionnelles décrites mettent en exergue l'utilisation des deux familles thérapeutiques : médicamenteuses et non-médicamenteuses.

Divers moyens médicamenteux permettent de soulager la douleur tels que les antalgiques de différents paliers (classées par l'OMS, mis à jour en 2020). Ce classement fait référence aux antalgiques périphériques (le palier I comprenant le paracétamol, anti-inflammatoire non stéroïdiens), antalgiques centraux faibles (palier II comprenant les substances opiacées faibles) et antalgiques centraux forts (palier III reprenant les antalgiques opioïdes forts) dont le leader est la morphine.

D'autres thérapeutiques appelées les « co-analgésiques » favorisent l'action des antalgiques, principalement lors de douleur chronique, comme les antidépresseurs, les corticoïdes, les anxiolytiques, antiépileptiques, antispasmodiques et neuroleptiques.

Intégré dans son rôle prescrit, l'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers (Article R. 4311-8 du CSP).

Dans la situation de Mme R, l'équipe a mis en place un protocole afin de soulager la douleur de la patiente : évaluation de la douleur, administration d'antalgiques de palier III, d'anxiolytiques et de MEOPA. La douleur générée par le soin a donc été prévenue notamment lors de l'élaboration d'un protocole incluant des thérapeutiques antalgiques. L'équipe pluridisciplinaire respecte donc les critères 1 "Justesse dans les modalités de mise en œuvre des thérapeutiques et de réalisation des examens, et conformité aux règles de bonnes pratiques", 4 "Pertinence dans la surveillance et le suivi des thérapeutiques et réalisation d'examens" et 5 "Pertinence dans l'identification des risques et des mesures de prévention" de la compétence 4 du référentiel infirmier.

On constate que les moyens thérapeutiques déployés pour le bien-être de la patiente sont couplés à des moyens non médicamenteux tels que les soins relationnels (réassurance, écoute active, considération positive inconditionnelle) qui potentialisent l'effet antalgique.

D'autres prises en charge non-médicamenteuses reposent sur des méthodes cognitives ou comportementales (hypnose, relaxation...), psychocorporelles liées à une activité physique (gymnastique douce, yoga...) ou par des méthodes de physiothérapie (cryothérapie, thermothérapie, l'électrothérapie, l'acupuncture...).

De plus, le 3e plan de lutte contre la douleur 2006-2010 consacre un axe au développement des moyens non pharmacologiques : “Améliorer les connaissances des méthodes non médicamenteuses de prise en charge des douleurs”.

Dans la situation de Mme V, vécue dans un service de court séjour, nous remarquons que face à sa douleur physique, les soignants ne mettent aucun traitement médicamenteux en place pour prévenir la douleur, faute de ne pas avoir eu le temps d’appréhender ses besoins, ses ressources et ses limites.

A l’inverse, Mme R hospitalisée dans une unité de long séjour depuis plusieurs semaines, a permis aux soignants de mieux appréhender ses besoins, ses ressources et ses limites, dans le but de personnaliser la prise en charge.

L’analyse de ses situations nous interroge donc sur l’éventuelle différence de prise en charge antalgique en fonction des services.

De plus, le CLUD déclare que l’utilisation de crème à visée antalgique en amont d’une ponction veineuse n’a pas été intégrée dans les pratiques chez l’adulte. Pour autant elle pourrait se montrer efficace face à l’appréhension de la douleur ou du soin invasif en diminuant de ce fait l’inquiétude du patient.

## **2.3 La thématique de l’anxiété**

Le mot “anxiété” vient du latin “anxietas” signifiant un sentiment indéfinissable d’insécurité.

Selon le Vidal, l’anxiété touche 5 à 8% de la population et les hommes sont deux fois moins touchés que les femmes. A partir de 40 ans, une femme sur dix est touchée par l’anxiété (2019).

### **2.3.1 Définition de l’anxiété**

L’anxiété se définit comme un état de trouble psychique plus ou moins intense. Un vague sentiment de malaise, d’inconfort ou de crainte causé par l’appréhension et/ou l’anticipation d’un danger. Plus précisément, il s’agit d’un signal qui prévient d’une menace imminente.

Elle peut prendre plusieurs formes : l’anxiété généralisé (diffuse, persistante, irrationnelle qui peut concerner la plupart des situations quotidiennes), les troubles phobiques (se fixe

sur une situation précise qui provoque des symptômes intenses) et les troubles paniques (l'anxiété surgit violemment de manière intense sur quelques minutes).

Dans le cas de Mme V, l'anxiété prend la forme de trouble phobique. En effet elle verbalise elle-même son angoisse quant aux aiguilles. C'est donc une réponse normale à une situation inhabituelle et menaçante. De ce fait, elle induit des comportements adaptés de la patiente qui recherche la sécurité, dans le cas d'une douleur aiguë, mais deviennent contre-productifs lors de la réalisation du soin.

En revanche dans la situation de Mme R, nous constatons des troubles paniques, l'anxiété est présente au moment de la réalisation du soin (sur un court laps de temps) et se résorbe à la fin de celui-ci.

Peu importe la forme, l'anxiété se manifeste toujours de la même façon : palpitations cardiaques, tension musculaire, sueurs, bouffées de chaleur, douleurs abdominales...

### **2.3.2 Facteurs favorisant l'anxiété**

Plusieurs facteurs peuvent influencer l'anxiété : les facteurs physiopathologiques, ceux liés aux traitements ou à la prise en charge, liés au contexte et enfin les facteurs liés à la croissance ou au développement de la personne. (Juall L. Carpenito-Moyet, 2012)

Dans nos situations nous remarquons une multitude de facteurs ayant potentiellement engendré l'anxiété observée chez les patientes.

Pour la situation de Mme R, lors de la réfection du pansement, la douleur (facteur physiopathologique), la chirurgie et le soin (facteurs liés au traitement et à la prise en charge), l'hospitalisation (liée au contexte) et la perte de ses capacités motrices (facteur lié au développement) ont un impact certains dans la survenue de son anxiété.

Pour Mme V pendant le prélèvement sanguin, la douleur, l'intervention effractive, l'exposition à une situation phobique et le sentiment de non-reconnaissance par les autres couplés à l'hospitalisation récente engendre également une forte anxiété. Un facteur contextuel semble ici être identifié : Mme V n'a pas été informée la veille de la réalisation du prélèvement sanguin prévue le lendemain matin. Comme le suggère l'indicateur du critère 3 "Pertinence et cohérence dans les modalités de réalisation du soin" relative à la compétence 2 du référentiel infirmier, toutes les actions contribuant au bon déroulement du soin n'ont donc pas été réalisées. Ceci pourrait avoir majoré l'anxiété de Mme V, qui n'a donc pas eu le temps de se préparer psychologiquement au soin, déjà difficile à vivre pour elle. De ce fait, l'organisation des soins ne semble pas être optimale au regard du critère 5

de la même compétence : “Rigueur et cohérence dans l’organisation et la répartition des soins” qui ne semble pas être entièrement respecté : si Mme V avait été informée en amont du soin, elle aurait pu confier aux soignant ses craintes et l’équipe aurait pu les anticiper et ainsi favoriser un moment propice au bon déroulement du soin.

Ces nombreux facteurs nous incitent à penser que l’anxiété peut être également liée à une appréhension du soin invasif ou de la douleur.

### **2.3.3 Mémoire de la douleur**

Dans les deux situations, chacune des patientes a déjà vécu, auparavant, le soin invasif à prodiguer. Cela pourrait donc diminuer leur anxiété du fait qu’elles connaissent le déroulement du soin. De plus, si l’acte précédent, bien que douloureux, s’est bien déroulé et qu’un climat de confiance entre le soignant et le soigné s’est installé alors l’anxiété liée au soin serait atténuée (situation 1) au vu de la prise en soin adaptée.

A contrario, un soin laissant un mauvais souvenir à la patiente (situation 2) demandera au soignant une grande patience car cette anxiété sera majorée et pourrait influencer la sensation douloureuse.

L’article « Mémoire de l’intensité de la douleur » renseigne sur le rôle que joue la mémoire du patient dans l’évaluation de l’intensité de sa douleur et sur l’efficacité des traitements proposés (Piguet et al. 2003). Dans nos deux situations professionnelles, nous distinguons deux des trois types de mémoire de la douleur décrites par Morley (mémoire somato-sensorielle, mémoire de l’expérience douloureuse, mémoire de l’événement douloureux).

Dans la situation 1, Mme R a subi une amputation trans-tibiale. Son corps garde une mémoire de la douleur de type somato-sensorielle. Cette appellation correspond à une « reviviscence » de celle-ci dont celle du membre fantôme est un exemple. La prise en charge de la douleur chronique permettrait d’atténuer la douleur aiguë, induite par la réfection du pansement du moignon. Ainsi, le confort et le bien-être de la patiente sont favorisés.

La situation 2 renvoie à la mémoire de l’expérience douloureuse où la patiente se remémore, sans les revivre, les diverses particularités de la douleur telles que l’intensité et les caractéristiques sensorielles et émotionnelles. En effet, lors du soin, Mme V nous fait part de ses expériences antérieures concernant le prélèvement sanguin. Elle utilise un vocabulaire à connotation péjorative pour les décrire : « difficulté », « peur », « capital veineux faible ». Ceci démontre qu’elle ne garde pas une bonne expérience des moments où elle a dû être sujette à une ponction veineuse. La perception de cette douleur, couplée

à l'état émotionnel du patient au moment de l'expérience douloureuse mais aussi au rappel de celle vécue au préalable, peuvent moduler le souvenir de son intensité.

De plus, il a été prouvé que le niveau d'anxiété influence la mémoire de l'intensité d'une douleur aiguë. Ainsi, plus un patient a un niveau d'anxiété élevé lors du soin, plus il garde en mémoire une intensité plus élevée de sa douleur par rapport à celle réellement vécue.

Ce doit être le cas de Mme V. qui est de nature très anxieuse. On peut donc penser qu'elle a le souvenir d'expériences douloureuses intenses relatives à la ponction veineuse. Ce souvenir de douleur majorée contribue à alimenter cette appréhension de ce type de soin et donc explique son comportement lors du soin.

#### **2.3.4 Anxiété et douleurs**

Les cliniciens mettent en évidence une association entre les troubles anxieux et la douleur où l'un retentit sur l'autre. En effet, le processus douloureux serait lié aux mécanismes des troubles de l'humeur via des circuits cérébraux communs induisant une augmentation de la plainte douloureuse chez le patient anxieux.

Plusieurs études se sont appuyées sur des expériences scientifiques réalisées sur des rongeurs pour identifier les mécanismes liant douleurs, notamment chronique, et anxiété. L'expérience a consisté à induire une douleur chez des rats "sains" ainsi que chez des rats rendus anxieux. (Yalcin et al. 2016, p. 226 à 237) (Becker et al. 2007, p.152 à 157). Cette dernière étude a permis de démontrer que seulement les rats anxieux présentent une hyperalgésie. Cette observation a été confirmée sur les humains en évaluant la douleur chez des sujets sains rendus anxieux. Les résultats ont été similaires aux expériences animales, nous permettant de confirmer qu'il existe un lien entre l'anxiété et la sensation douloureuse.

Selon Halberg et Mc Cracken, le sentiment d'anxiété réduirait la capacité du patient à contrôler sa douleur (lié à une vision péjorative de la douleur) assimilée à une stratégie de coping (soit une aptitude à faire face et s'adapter à son environnement) pour gérer sa douleur et éviter un danger. Cette affirmation s'illustre dans la situation de Mme V qui semble perdre tout contrôle de soi face aux effets que lui renvoie un prélèvement sanguin.

L'anxiété influence l'intensité et la durée d'une douleur (aiguë ou chronique). Sachant que l'anxiété peut majorer la perception douloureuse, si elle n'est pas prise en compte chez un patient algique alors elle peut chroniciser la douleur. A ce sujet, Yalcin et al. mettent en évidence dans leur étude que certains patients douloureux chroniques présentent des

troubles dépressifs ou anxieux. C'est le cas notamment de 30% de ceux souffrant de douleur neuropathique.

Si la douleur est un symptôme de l'anxiété (Ey, 1978 ; DSM IV, 1995) et l'anxiété est un symptôme de douleur alors nous pouvons dire qu'elles sont indissociables et coexistantes à divers degrés. Si l'on se réfère à la définition de la douleur par l'OMS comme une expérience sensorielle mais aussi émotionnelle, alors nous comprenons désormais que l'anxiété fait partie intégrante de la douleur. Cette association est sous-estimée par les soignants selon Serra (1999) car il existe des procédures thérapeutiques efficaces face à ces troubles anxieux qui sont peu mises en œuvre auprès des patients.

De ce fait, il apparaît comme essentiel de diagnostiquer et traiter cette anxiété au même rang que la douleur, en l'évaluant en amont.

### **2.3.5 Evaluation de l'anxiété**

Dans nos situations, l'anxiété a été observée mais jamais réellement évaluée. Pourtant, cette évaluation, nécessaire pour mettre en place des thérapeutiques, s'inscrit dans une analyse multidimensionnelle des situations de soins faisant référence au critère de la compétence 1 " Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier" du référentiel IDE de 2009. Ce critère renforce la pertinence du diagnostic de situation clinique posé et justifie les moyens mis en œuvre par la suite. Dans les deux situations vécues, aucune échelle de l'anxiété n'a été utilisée. Malgré qu'il en existe diverses pour contribuer à repérer les manifestations de détresses psychologiques, nous ne développerons que les plus utilisées à ce jour par les professionnels.

- ◇ L'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale, HAS, 2014) est un auto-questionnaire qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs à travers différents items (**Cf Annexe II « Echelles d'évaluation de l'anxiété »**).

L'analyse de cette échelle d'évaluation, nous a permis d'identifier des points positifs : l'autoévaluation par le patient permettant de recueillir son ressenti et l'accessibilité des questions (visant une population adulte). Nous décelons néanmoins des limites, comme la non prise en compte du côté somatique de l'anxiété, la subjectivité du patient (ne tient pas compte du point de vue des soignants) pouvant biaiser le résultat.

- ◇ L'échelle d'anxiété de TYRER est un questionnaire rempli à la fois par le patient et par le soignant au cours d'un entretien clinique. En effet, sur les 10 items, 2 sont

réservés au soignant contre 8 pour le patient. Ceci permet de prendre en compte deux points de vue, complémentaires, et permet d'objectiver les réponses en prenant en compte tout le contexte de soin de la personne soignée. Les autres points positifs de l'échelle sont le nombre correct de questions qui semblent réalisables dans un service de soin (durée de 10 à 15 minutes). Une des limites de cette échelle est que nous pouvons nous demander si 10 items sont suffisants pour détecter des troubles anxiodépressifs chez un patient.

- ◇ L'inventaire d'anxiété état-trait de Spielberger forme Y (STAI = State Trait Anxiety Inventory, 2003) permet d'identifier des sujets anxieux au sein de divers groupes en évaluant deux facteurs : l'anxiété état et l'anxiété trait. Les points positifs de cette échelle sont : l'autoévaluation du patient, la simplicité des questions et la prise en compte du sexe de l'individu. Cependant, les limites de cet inventaire seraient que les réponses sont subjectives car le patient est le seul à y répondre, et le temps accordé au remplissage du questionnaire (20 minutes ou plus) au vu des 40 items. Cet outil semble donc peut être peu fonctionnel au vu des conditions de travail actuels dans les services.

Le choix d'utilisation de ces échelles dépend des capacités du patient ainsi que de la disponibilité du soignant. Aux vues des différents résultats de l'évaluation préalablement faite, les soignants pourront, par la suite, mettre en place une prise en charge adaptée de l'anxiété.

### **2.3.6 Prise en charge de l'anxiété**

Après une évaluation, il est donc question de réduire cette anxiété. Plusieurs techniques pourraient être entreprises pour Mme V. telles que la réassurance émotionnelle et l'exposition à des expériences comportementales lui permettant d'être confrontée à sa propre anxiété. Pour Mme R, dans le cadre d'une douleur chronique et d'une anxiété, le moyen le plus adapté est la réassurance visant à rassurer émotionnellement la patiente directement.

Quelle que soit la forme de l'anxiété, elle est habituellement traitée par psychothérapie en association éventuelle avec des anxiolytiques et/ou certains antidépresseurs.

Pour la prévenir, la parole est primordiale. En effet, exprimer ses angoisses permet d'ores et déjà de les diminuer car les verbaliser revient à commencer par les accepter, les prendre

en compte et non les réfuter. Ensuite, les expliciter revient à commencer à agir face à elles, permettant ainsi d'apaiser sensiblement cette tension interne.

Il existe aussi divers moyens favorisant la gestion du stress tels que des activités de relaxation. D'autres conseils hygiéno-diététiques peuvent aussi être délivrés telles que l'importance d'un bon sommeil, une limitation de la consommation de caféine, d'alcool et de tabac.

Lors d'un état anxieux, il est important de faire preuve d'empathie et de compréhension de la souffrance de l'autre. Cette notion de souffrance permettra de mettre en place des moyens visant le soulagement de la personne soignée et de maintenir une alliance thérapeutique.

## **2.4 La relation soignant-soigné**

Manoukian et Massebeuf nous expliquent dans leur livre "La relation soignant-soigné" que dans une situation de soin, la relation est souvent banalisée et il est tentant d'utiliser le même mode d'information et de communication sans prendre en compte les particularités du soigné. La difficulté se trouve donc dans la personnalisation du soin en évitant de déshumaniser la relation soignant-soigné. Il est donc indispensable de prendre en compte des caractéristiques de chacun, que ce soit par rapport aux origines socio-culturelles, les émotions ressenties, la personnalité, les représentations... L'instauration de ce climat de confiance s'inscrit dans le cadre de la compétence 6 "Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soin" en permettant la mise en place des conditions propices à cette communication.

### **2.4.1 Définition de la relation soignant-soigné**

La relation de soin est la rencontre entre deux personnes ayant chacune leur histoire, leur caractère, leur vie.

Basée sur le concept de communication, il en existe différents modèles. Nous retiendrons celui de Wiener (1948) qui décrit la boucle de rétroaction de la communication (ou modèle du feed-back). En effet, ce modèle renseigne non seulement sur la transmission d'une information d'un émetteur vers un récepteur, mais il s'assure également de la compréhension de ce message par le récepteur si ce dernier renvoie une information en retour. Ceci favorise donc un dialogue entre les deux interlocuteurs.

Bernard et Musellec (médecins anesthésistes, 2003) nous parlent de la position dite « intermédiaire ou complémentaire » qui permet d'obtenir un rapport équilibré. En effet, c'est :

Une position dans laquelle chacun accepte une part de position basse (attitude d'écoute et d'obéissance), pour écouter l'autre et accepter son avis, en alternance avec une position haute (attitude de savoir, d'autorité) pour donner son avis ou émettre un désaccord.

Cette relation symétrique favorise ainsi le dialogue et donc l'adhésion thérapeutique du patient. Notons, également, qu'à travers cette attitude d'écoute et de communication réciproque, il est question de "recherche de participation et de consentement du patient au projet de soins" (compétence 2, critère 2 du référentiel de formation infirmière, 2009).

En écho aux différentes positions à adopter dans la communication, nous pouvons expliciter les différents niveaux de relation entrant en jeu dans une relation entre le soignant et le soigné.

En effet, le premier niveau correspond à la relation de civilité permettant à chacun de se présenter et de nouer un premier lien. C'est la première approche de la relation qui s'est effectuée lors de l'accueil des patientes dans les services concernés.

Le deuxième est la relation de nature fonctionnelle permettant de faire connaissance avec la personne, nécessaire pour la suite de sa prise en charge. Nous observons ce niveau de relation dans la situation n°2, étant le point de départ de la prise en charge. En effet, les soignants viennent réaliser un soin créant une opportunité de connaître davantage le patient.

Le troisième niveau est la relation de soutien psychologique. Elle instaure une relation de compréhension, de soutien et de réassurance qui s'illustre notamment par l'écoute active. Elle sert donc à faire verbaliser le patient sur ses sentiments et/ou ressentis.

Enfin vient la relation d'aide thérapeutique lorsque le soignant instaure une relation basée sur l'empathie tout en gardant une juste distance professionnelle. Dans la situation n°1 nous constatons que l'équipe a atteint ce niveau de relation avec cette patiente. Celle-ci favorise le fait que la patiente trouve ses propres solutions en lien avec ses capacités et ressources car elle se sent épaulée et soutenue lors des soins.

Selon Carl Rogers, pour être dans une relation d'aide, il faut adopter des attitudes relationnelles : l'écoute, l'empathie, la congruence et l'authenticité, la communication et la considération positive inconditionnelle. L'ensemble de ces concepts amènent le soignant et le soigné à créer une relation de confiance.

Pour conclure cette sous-partie, après avoir déterminé les différentes formes que pouvait prendre la relation entre le soignant et le soigné, nous allons nous attarder sur une attitude relationnelle qui permet de se montrer rassurant auprès des patients.

### **2.4.2 L'empathie**

Dans nos situations, l'attitude prévalente est l'empathie. Celle-ci demande de se centrer sur la personne afin de comprendre ce qu'elle vit. Rogers (1980) écrit :

Être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si »

En effet, dans la situation, lorsque le soin se complique pendant la réfection du pansement, l'étudiante accompagne la patiente dans sa respiration « comme si » elle vivait elle aussi cette douleur et cherchait à la gérer du mieux possible. Elles se soutiennent donc du regard et se tiennent la main jusqu'à la fin du soin.

Il existe deux types d'empathies : premièrement, la théorie de l'esprit où je me fais une idée de ce que ressent mon interlocuteur par une construction cognitive « il doit penser et éprouver que ... » qui semble être prévalente dans la situation 2. Deuxièmement, la théorie de simulation : « à sa place je penserais et éprouverais que ... ». En pratique, ces deux approches peuvent coexister comme dans la situation n°1.

Par ailleurs, dans les deux situations, l'observateur est l'étudiant. Il ne rapporte non pas sa douleur mais la frustration ressentie du fait que ce soin ait été aussi douloureux pour Mme R et du fait que le soin ait été aussi traumatique pour Mme V.

Ces situations permettent donc de prendre conscience que la relation soignant-soigné créée avec les patients font ressortir en nous (soignants et futurs soignants) beaucoup d'empathie, lors de ces situations « complexes » notamment, mais nous poussent également à adopter une posture adéquate dans la relation à l'autre.

### **2.4.3 Les attitudes de Porter**

Dans les deux situations, nous pouvons percevoir une attitude soignante correspondant à une attitude de compréhension selon le modèle de Porter.

Cette attitude permet de percevoir ce que l'autre ressent et vérifie que le soignant et le soigné soient sur la même longueur d'onde. La compréhension mutuelle favorise la confiance, sécurisation et l'échange tout en se rendant disponible pour l'autre.

Dans la première situation, nous comprenons explicitement qu'il y a une réelle attitude de compréhension de la part des soignants.

Dans la seconde situation, Mme V se confie à l'étudiante sur l'attitude qu'a adoptée l'infirmière et compte sur sa discrétion à ce sujet. La satisfaction de la patiente concernant le soin est donc prise en compte par l'étudiante et fait écho à la compétence 7 " Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle". Ceci lui permettra de réaliser une analyse critique du soin déroulé. Aussi, la confiance de la patiente en l'étudiante lorsqu'elle lui fait part de ses ressentis permet d'assurer en partie une continuité des soins. De ce fait, toujours dans cette situation, nous comprenons qu'un lien de confiance se crée entre l'étudiante et Mme V mais semble être rompu entre cette dernière et l'infirmière. Et si l'on se réfère à la définition d'une attitude compréhensive, nous comprenons que Mme V et l'infirmière, à un moment donné, n'ont plus été sur la même longueur d'onde et qu'une incompréhension mutuelle a un lien direct avec cette perte de confiance.

Cette incompréhension se traduit par le fait que l'infirmière s'est focalisée sur son soin, mais dans le but de le mener à bien car elle a pris en compte l'anxiété de Mme V et sait que l'échec majorerait son état anxieux. Après analyse, son attitude, perçue comme ferme par la patiente, s'apparente à une attitude de compréhension (peut-être maladroite) toujours dans un but de prendre soin. La difficulté de cette situation de soin, ce jour-là, réside également dans son contexte (l'équipe et la patiente se rencontrent pour la première fois, 1 infirmière pour 8 patients avec des problèmes de santé divers, l'heure de réalisation du bilan (8h) et heure de passage du coursier pour le récupérer (8h20), pression du médecin pour avoir les résultats afin d'enclencher une prise en charge...).

D'autre part, l'incompréhension se traduit également par le fait que Mme V, de nature très anxieuse, focalise aussi son attention sur le soin que le professionnel réalisait, poussée par ses peurs. Cette anxiété pouvant être majorée par le statut de l'étudiante lors du soin.

#### **2.4.4 Le statut de l'étudiant**

Le livre "L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique" (Maela Paul, p. 216) définit le statut d'étudiant en stage comme une personne novice en apprentissage venue se former auprès de professionnels ("experts"). Ces professionnels de santé doivent l'aider à acquérir des compétences. Celles-ci sont définies par Guy Le Boterf (2002, p. 43) comme

une « aptitude de l'individu à mobiliser de façon dynamique des ressources hétérogènes en vue d'atteindre un résultat dans un contexte professionnel donné » et un savoir-être « à partir de ses motivations, ses désirs, ses aspirations, de son projet d'être et de devenir et de la prise en compte d'un cadre donné avec ses ressources et ses contraintes ».

Le stage infirmier est une étape fondamentale dans le développement des compétences de l'étudiant. Comme expliqué dans l'article "Les bénéfices du stage dans le processus de professionnalisation des infirmiers" (Pennaforde A. 2018. p. 8 à 12), le stage est un outil au service du développement de compétences tant techniques que relationnelles par l'alternance de théorie et pratique. Il introduit de ce fait les notions de compétences hard (regroupant les savoirs théoriques et les actes techniques de la profession infirmière) et de compétences soft (dimension relationnelle du soin, associée à l'environnement de travail et aux attitudes en lien avec la posture d'infirmière).

D'un point de vue législatif, l'article L4311-12 du CSP stipule l'exercice de la profession permis aux étudiants infirmiers dans le cadre de leur stage professionnel. Cependant, l'article R4312-36 modifié par le décret du 25 novembre 2016 précise que l'infirmier est responsable de l'étudiant qu'il encadre (Ordre national infirmier. 2016). Chaque professionnel se doit donc d'encadrer et d'accompagner l'étudiant tout en le laissant acteur de son apprentissage.

A travers nos expériences, nous avons remarqué que le statut de l'étudiant pouvait différer d'une situation à l'autre. En effet, après analyse des situations, nous nous sommes rendu compte que pour Mme R la présence de l'étudiant lors du soin invasif semblait être souhaitée. En effet, l'étudiante étant présente quotidiennement pour la réfection du pansement, un climat de confiance s'est instauré. La relation qui s'est tissée entre la patiente et l'étudiante semble donc diminuer l'appréhension du soin.

A l'inverse, Mme V semblait anxieuse à l'idée que l'étudiante réalise le prélèvement sanguin. D'ailleurs, la patiente a demandé à l'étudiante de ne pas réaliser le soin. Le statut de l'étudiante semble donc être une source d'angoisse.

Nous pouvons expliquer que le statut d'étudiant est parfois anxiogène pour les patients s'expliquant par le fait qu'un étudiant est en apprentissage et est plus facilement considéré comme novice. Or, dans son article cité plus haut, Antoine Pennaforde évoque que l'obtention du diplôme d'état d'infirmier ne suffit pas à rendre professionnel un étudiant diplômé. Selon lui, il existe des professionnels novices qui ne maîtrisent leurs compétences qu'au terme de nombreuses années d'expériences. Ainsi, le diplôme du professionnel n'est pas toujours un gage de succès du soin prodigué comme nous avons pu le remarquer dans la situation de Mme V.

### **3. Synthèse du pôle contextuel**

Lors de cette phase de recherche, nous avons d'abord contextualiser nos deux situations qui se sont déroulées pour l'une en service de courte durée, plus particulièrement en court séjour gériatrique, et pour l'autre en service de longue durée assurant des soins de suite et de réadaptation. Au vu de nos recherches, nous avons mis en avant que les soins infirmiers reflètent autant la technique à travers le soin, que la relation à l'autre. Les soins invasifs induisent une douleur induite qui doit être prise en charge de manière holistique. En effet la douleur d'un patient possède une connotation subjective en lien avec son histoire de vie, ses représentations sociales, sa culture, son environnement familial et professionnel. Ceux qui font d'elle une notion complexe. Cependant, nous avons remarqué que peu de patients bénéficient d'une information en amont d'un soin invasif ainsi que d'un traitement préventif de cette douleur. Dans ce contexte, l'appréhension de la douleur et du soin invasif favorise l'état anxieux du patient. L'anxiété influence l'intensité et la durée d'une douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique à travers la notion de la mémoire de la douleur. De ce fait, la douleur et l'anxiété co-existent. Leur prise en charge indissociable repose préalablement sur une évaluation précise, qualitative et quantitative, à l'aide d'échelles adaptées permettant de mettre en place des traitements à visée antalgique et/ou anxiolytique. Outre les moyens médicamenteux, la prise en charge repose également sur des méthodes non médicamenteuses, plus centrées sur l'aspect relationnel favorisant le développement d'une alliance thérapeutique bénéfique aux soins et à la relation soignant-soigné. A travers nos recherches, nous avons remarqué que les niveaux de relation influencent la réalisation du soin et le ressenti du patient. Cette relation d'aide, décrite par Carl Rogers, favorise un climat de confiance en faisant appel à l'empathie des soignants et à leur attitude compréhensive dans le but de prendre soin. L'étudiant en soins infirmiers peut également être acteur de la relation d'aide, mais sa présence peut s'avérer être rassurante comme anxiogène par son statut de novice. En ce sens, il est important de rappeler que le diplôme n'est pas garant de la maîtrise technique et relationnelle de l'infirmière.

### **4. Elaboration de la question de départ**

Effectuer ce premier niveau de recherches nous a permis de mieux saisir des liens et concepts sur lesquels nous nous étions peu attardées mais qu'il apparaît évident de traiter.

Ainsi, une question de départ émerge. Nous la formulons ainsi :

En quoi la maîtrise des habiletés relationnelles par l'infirmière lors d'un soin invasif influence-t-elle l'adhésion thérapeutique d'un patient ?

## **5. Phase conceptuelle**

### **5.1 La maîtrise infirmière**

Le terme de maîtrise est un terme polysémique selon le domaine auquel il est rattaché.

Mis en lien avec le domaine de l'activité intellectuelle ou pratique, le terme de maîtrise désigne une "connaissance approfondie et sûre (d'un objet de pensée, d'une discipline, d'un art, d'une technique)" (Centre national de ressources textuelles et lexicales, 2012).

La maîtrise par l'infirmière correspond au fait d'agir avec compétences. Les compétences sont des éléments à acquérir par le biais de différents indicateurs qui servent de paliers pour accéder au statut de professionnel compétent. Cependant, maîtriser, soit "posséder une habileté particulière envers quelque chose" (Truchon S. 2005), revient également à prendre en compte les limites de ses propres habiletés et connaissances pour ne pas risquer de perdre le contrôle de la situation en s'aventurant dans des domaines dont l'on ne connaît que peu de notions.

Cependant, un professionnel compétent (par exemple diplômé) n'est pas forcément un professionnel expert en la matière comme l'a pu nous le démontrer les recherches effectuées dans le pôle théorique. C'est l'expérience, et donc en ce sens l'entraînement ou la répétition de situations et de pratiques, qui favorise une maîtrise de la part de l'infirmier qui pourra se réajuster et s'améliorer au fur et à mesure des situations nouvelles par rapport à celles passées.

De ce fait, la notion de maîtrise nous renvoie au concept infirmier d'adaptation. Ce dernier est défini selon le dictionnaire des concepts en soins infirmiers comme :

Une intelligence, une aptitude à évoluer à partir d'une situation, qu'elle soit positive ou négative. Cette capacité vise la transformation d'un acte vers un autre, relationnel ou technique et insiste sur les possibilités de réajustements nécessaires pour vivre naturellement de nouvelles situations. (Paillard C. 2005. p.12)

Pour Yves Saint-Arnaud, l'infirmier qui s'adapte modifie donc ses fonctions psychiques "sans modifier sa nature". Ces modifications lui permettront de vivre harmonieusement de nouvelles situations "avec les nouvelles données de son milieu ou un nouveau milieu".

L'introduction des notions de modifications des fonctions psychiques nous amène à s'intéresser au domaine de la psychologie et notamment à aborder les schèmes de pensées (**Cf ANNEXE III « Les différentes composantes du schème de pensée »**). Le psychologue Jean Piaget définit le schème de pensées comme :

Le résultat d'une représentation (image, expériences ou concept) combiné à une action (opérations mentales, actions motrices). Les schèmes de pensées se développent avec l'expérimentation dans l'environnement, notamment avec les réflexes innés (présent chez les bébés). Ces schèmes sont organisés en réseaux, contenant des sous-schèmes.

Il illustre également sa définition en prenant l'exemple d'un ordinateur qui classait les données en fichiers et sous-fichiers. Vergnaud nous renseigne sur la composition d'un schème qui :

Comporte quatre catégories distinctes de composantes : un but (ou plusieurs), des sous-buts et des anticipations ; des règles d'action, de prise d'information et de contrôle ; des invariants opératoires (concepts-en-acte et théorèmes-en-acte) et des possibilités d'inférence. (Pedarribes G. Lefeuvre G. 2014.p 627-637).

Afin de mieux comprendre ces composantes nous avons extrait un tableau récapitulatif issu de la même revue scientifique.

Ainsi, par le biais de schèmes de pensées nous faisons face à des situations. Les schèmes ne sont jamais fixes et peuvent évoluer (par accommodation ou assimilation). Moduler son schème de pensées au fur et à mesure de nouvelles expériences rencontrées augmente la capacité d'adaptation de l'infirmière à son environnement et au patient.

Cette intelligence à comprendre (acquisitions de savoirs faire et théorique), à mobiliser ces acquisitions dans une situation donnée, permet de les intégrer dans sa réflexion professionnelle pour ensuite transférer le tout au service d'une situation nouvelle. Par conséquent, ceci permettra à l'infirmière d'acquérir une certaine maîtrise dans sa pratique, qu'elle soit relationnelle ou bien technique. Ainsi, la maîtrise se construit par les expériences vécues sans pour autant inclure forcément une notion de temporalité.

## **5.2 Les habiletés relationnelles infirmières**

Les habiletés relationnelles font parties intégrantes des soins relationnels. Ces derniers sont définis comme des “interventions verbales ou non verbales visant à établir une communication en vue d’apporter aide et soutien psychologique à une personne ou un groupe” (Ministère de la santé et de l’action humanitaire, 1993). Cette définition est renforcée par celle de Françoise Bourgeois qui explique que les soins relationnels “représentent un support thérapeutique car le soin se réalise dans et par la relation”. (2012, p.49-50)

Pour le CNRTL, l’habileté est une “qualité innée ou acquise de finesse, d’adresse dans le choix des moyens pour arriver à une fin. Qualité d’adresse, d’intelligence, de compétence dans une activité demandant l’acquisition et l’application de techniques.” (2015). Cette aptitude particulière permet de créer un climat de confiance dans la relation à l’autre.

D’après le Trésor de la Langue Française, l’habileté est :

La qualité d’une personne qui agit avec adresse et dextérité, et de tout ce qui est fait avec ingéniosité et intelligence. L’habileté revient au niveau de compétence attendu d’une personne, ou d’un groupe au regard des objectifs, attendus vers un autre individu ou une autre tâche.

### **5.2.1 La communication non-verbale**

L’infirmière peut avoir recours à plusieurs moyens pour mettre en place des soins de qualités. Les habiletés mises en place par l’infirmière font parties de la prise en charge non médicamenteuse du patient.

En amont d’un soin, l’infirmière observe cliniquement le patient. Cette aptitude passe par une observation du comportement, des mimiques, postures et changements de ton permettant aux soignants d’appréhender le soin à réaliser et les réactions éventuelles du patient. Ainsi, en découle la nécessité du regard. Un regard horizontal est associé à l’égalité, il renforcera la dignité et l’estime de la personne. De plus, il inspire la confiance et fait transparaître à la personne soignée notre attitude d’attention, de bienveillance, et d’écoute. Effectivement, ce dernier est primordial dans la relation. Il nécessite de se centrer complètement sur l’individu et donc de le reconnaître en tant que personne à part entière. L’écoute active permet d’accueillir les propos et ressentis du patient en adoptant une distance confortable entre les deux protagonistes. Par ailleurs, devant le silence du patient, l’infirmière peut s’accorder quelques secondes de réflexion qui sont également nécessaires

pour le patient. Il est vrai que, pour une écoute de qualité, il faut savoir respecter les silences et laisser le patient cheminer dans sa tête sur ce qu'il désire exprimer et sur la façon dont il souhaite le faire.

Le toucher est un autre sens abordé par l'infirmière au sein de la relation avec le patient. C'est une composante essentielle au soin mais aussi plus complexe. Le recours au toucher doit se faire de façon prudente et appropriée, dans le respect de l'intimité et de la pudeur de la personne. C'est un moyen de communication non-verbale utilisé par l'infirmière à des fins de détente, de mieux-être et de prévention et/ou de traitement de la douleur chez le patient. En effet, le toucher peut être "thérapeutique", il permet de restaurer une relation entre le patient douloureux et son environnement. Il détourne l'attention de la personne sur sa douleur vers une sensation plus positive et favorise la "réappropriation du corps". (Société Française de Gériatrie et Gérontologie)

Selon Marsh, 55% de la communication est représenté par le langage du corps. En ce qui concerne la communication verbale, elle représente donc 45% composé de la parole (7%) à laquelle sont ajoutées les caractéristiques de la voix et les indices paralinguistiques (38%).(1988. tiré du livre de Pavelin. 2002).

### **5.2.2 La communication verbale**

La place des mots dans la relation n'est pas négligeable. Effectivement, l'information au patient par le soignant concernant sa pathologie, sa douleur, ses traitements et la réalisation du futur soin, peut faciliter l'acceptation du soin. En effet, le patient peut se préparer psychologiquement au soin et à la douleur associée. Il peut également visualiser certaines étapes et surtout comprendre l'intérêt de l'acte soignant. Cette phase est donc primordiale dans l'adhésion thérapeutique du patient. Elle est la clé de l'accompagnement du patient. En effet, elle laisse transparaître notre empathie, notre tolérance pouvant se montrer rassurante pour les patients.

Après une observation clinique décelant une détresse psychologique, l'infirmière est habilitée, de son rôle propre (Article R 4311-5), à conduire des entretiens, formels ou informels, de nature "41° - Aide et soutien psychologique". Cet acte infirmier relève également de la compétence 6 "Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soin".

Le mot entretien vient de la contraction de "entre" et "tenir" qui signifie "échange de parole" (Picoche, 1992). L'entretien infirmier est une technique de soin relationnel qui permet au patient de recevoir l'information dont il a besoin et de formuler ses demandes. Il permet

aussi au soignant de recueillir des données de qualité. On parle d'entretien lorsque la conversation est programmée dans le temps et dans un lieu précis.

Les entretiens infirmiers peuvent être informels ou formels. Selon la méthode de conduite, ils peuvent prendre une forme directive, semi-directive ou non directive.

Il existe différents types d'entretiens dirigés par l'infirmière de sa propre initiative :

- Entretien d'accueil qui permet d'établir un premier contact entre l'infirmière et le patient ainsi que de faciliter la communication et l'intégration d'une personne soignée
- Entretien de recueil de données qui permet à l'infirmière d'obtenir des informations fiables, directement du soigné
- Entretien d'information ou de conseil à caractère éducatif qui, grâce des échanges verbaux, favorise la compréhension et les actions entreprises pour la prise en charge de sa santé
- Entretien d'écoute de la personne en crise qui permet au patient de verbaliser ses sentiments, ses émotions et ses craintes afin de diminuer ses angoisses
- Entretien d'aide ou de soutien psychologique qui amène le patient à exprimer ses difficultés et ses craintes

Quel que soit le type d'entretien réalisé par l'infirmière, il est préférable d'aider le patient à verbaliser ses sentiments et ses émotions. Pour cela, les soignants peuvent faire appel à la reformulation. En effet, il s'agit de redire en d'autres termes et de manière plus précise ce que le patient verbalise, de telle sorte que ce dernier puisse s'exprimer davantage sur le sujet, de manière libre. Carl Rogers différencie plusieurs types de reformulation : La reformulation reflet (informations redites sans modification), reflet de sentiment (restitution du sentiment qui transparait dans ses propos), reflet inversé (explicitation de ce que les paroles laissent sous-entendre) et de clarification (analyse et synthèse immédiates des propos). L'objectif étant de ne jamais rien introduire de différent ou d'interpréter subjectivement à tort afin de toujours cerner le ressenti profond du patient.

Les habiletés relationnelles constituent une prise en charge non médicamenteuse. De même concernant les différents types d'entretiens qui se réfèrent au rôle propre de l'infirmière. Par ailleurs, l'infirmière est habilitée à effectuer d'autres techniques de soulagement du patient tels que la relaxation et l'aide à la respiration. En effet, ils tendent à améliorer l'humeur et à réduire l'anxiété permettant à la personne d'avoir un sentiment de contrôle (ne serait-ce que sur sa respiration). Ces techniques peuvent également améliorer la qualité de son sommeil et sa qualité de vie.

Pour conclure, les habiletés relationnelles couplées aux différentes techniques non médicamenteuses améliorent le vécu de la douleur en particulier chez les patients atteints de douleur chronique. Suite à cette prise en charge, il est vrai que les patients rapportent une diminution de la douleur et de l'anxiété. L'infirmière peut donc, à son échelle, contribuer au soulagement de la personne. Ainsi la relation soignant-soigné en sera renforcée et le patient sera, quant à lui, plus favorable aux soins.

### **5.3 Adhésion thérapeutique**

L'adhésion thérapeutique est originaire du latin "adhesio", signifiant " point de contact".

Ce concept est fréquemment utilisé dans le domaine de la santé. Selon le dictionnaire Quillet, c'est une "action de consentir en marquant qu'on est pleinement favorable à la chose".

Il est intimement lié à la notion d'observance définie comme le "respect par le malade d'une prescription" (Quevauvilliers J. 2008) ou encore la "capacité d'une personne à prendre un traitement selon une prescription donnée" (Tourette-Turgis et Rébillon, 2002).

L'adhésion sous-entend donc que le patient participe et s'implique dans le processus de prise en charge de sa maladie. Son consentement lui permet de collaborer avec les soignants. L'adhésion thérapeutique renvoie aux attitudes et à la motivation du patient à prendre en charge sa maladie et ses traitements en adoptant des comportements d'observance. Il s'agit de l'approbation réfléchie du patient à suivre ses thérapeutiques et ses soins, le rendant ainsi acteur de sa santé. Le but recherché est qu'il « adhère » à ses soins et non pas qu'il « se soumette » uniquement à sa prescription médicale. Adhérer c'est avoir conscience que l'observance peut être instable, soumise à des facteurs psychosociaux, motivationnels et environnementaux qui peuvent affecter l'observance et, par conséquent, freiner ou améliorer les pratiques soignantes. En effet, certains événements de vie, le profil psychologique (anxiété), l'évaluation bénéfices/risques du traitement, les croyances de santé, les capacités cognitives et les comorbidités peuvent constituer des freins à l'adhésion thérapeutique. A contrario, le soutien social ainsi qu'une relation soignant/soigné de qualité peuvent favoriser l'adhésion.

Pour obtenir l'adhésion d'un patient, il est nécessaire de prendre en compte sa subjectivité, son rapport à la maladie et à ses traitements à travers un temps d'échange. Ce dernier permet au patient de se sentir en confiance avec l'équipe soignante en évoquant ses difficultés et ainsi entrer dans une collaboration efficace entre le soignant et le soigné. La recherche du point de vue du patient et sa coopération active sont primordiales.

Dans ses travaux, Albert Bandura développe la théorie socio-cognitive, basée sur la notion d'interactions, qui permet aux soignants de structurer leur approche et d'aider le patient dans la gestion de sa maladie et de ses soins. Cette théorie analyse le fonctionnement psychologique et social du patient en mettant en corrélation les facteurs internes à la personne, les facteurs déterminants du comportement et les caractéristiques de l'environnement.

L'éducation thérapeutique est aussi un aspect incontournable pour encourager les patients à adopter des attitudes favorables vis-à-vis de leur prise en charge et ainsi gérer de manière autonome leurs traitements et leurs soins. Le patient doit comprendre l'intérêt de l'adhésion thérapeutique : gestion des symptômes, prévention des complications de la pathologie et des exacerbations, afin de favoriser une meilleure qualité de vie. Pour faciliter cette adhésion, des outils peuvent être utilisés par l'infirmier tels que des récapitulatifs de traitements, des SMS automatisés concernant des rendez-vous par exemple... D'un point de vue soignant, il est nécessaire d'analyser les raisons de la non-adhésion ou de la rupture des soins d'un patient.

## **6. Devis de recherche de l'enquête exploratoire prévue (mais non réalisée)**

### **6.1 Choix de la méthode d'enquête**

Afin de répondre à notre question de départ, une enquête sur le terrain est nécessaire pour connaître le point de vue des professionnels. Nous avons décidé de réaliser huit entretiens semi-directifs, dans la limite du possible. Notre outil sera donc un guide d'entretien. Nous avons choisi d'avoir recours à cet outil car il nous semble plus adapté et global. En effet, à travers les entretiens, nous pouvons à la fois analyser le verbatim des professionnels interrogés mais aussi observer leur comportement. Ceci nous permettra, par la suite, de confronter nos recherches initiales aux statistiques obtenues grâce à cette enquête, sous forme de diagrammes et/ou d'histogrammes.

A travers ces entretiens, nous cherchons à comprendre les bénéfices et les difficultés du savoir-faire infirmier concernant les habiletés relationnelles lors des soins invasifs. Ceux-ci, dans le but de promouvoir le développement des compétences relationnelles favorables à l'implication du patient dans des soins de qualité.

## **6.2 Construction de l'outil d'enquête**

Notre guide d'entretien se compose de 15 questions ouvertes. Nous avons choisi d'utiliser des questions ouvertes afin de ne pas influencer les professionnels dans leurs réponses et ainsi avoir suffisamment de matière à analyser. Aussi, les questions ouvertes apportent une certaine liberté d'expression permettant au professionnel de développer ses propres arguments et ainsi évoquer des éléments auxquels nous n'aurions pas pensé. De plus, pour ne pas induire certaines réponses, nous avons décidé que, lors des entretiens, nous ne citerons que le thème de notre recherche.

Pour clôturer notre entretien, nous avons formulé une question qui pourrait permettre aux professionnels interrogés d'aborder des thématiques que nous n'avons pas évoqués durant l'entretien. Mais aussi, cela peut leur laisser la possibilité de nous faire part de leur ressenti et/ ou de mettre en avant certains aspects, positifs comme négatifs, en lien avec le déroulement de l'entretien.

## **6.3 Population cible**

Nous avons fait le choix d'interroger des professionnels travaillant dans un service de soins puisque nous nous intéressons à l'influence de la maîtrise des habiletés relationnelles sur l'adhésion aux soins d'un patient hospitalisé. C'est pour cela que nous avons décidé de questionner des infirmier(e)s diplômé(e)s d'état, exerçant de jour comme de nuit. En effet, nous estimons que les soins invasifs peuvent être pratiqués tant le jour que la nuit, c'est pourquoi nous pensons que la maîtrise des habiletés relationnelles ne repose pas sur ce critère.

Nous ciblons les services de court, moyen et/ou long séjour, qui nous semblent correspondre au mieux à nos situations d'appels, nous permettant ainsi d'affiner notre analyse. A travers ces différentes typologies de service, nous souhaitons voir si la durée d'un séjour peut influencer la relation soignant-soigné et donc, l'adhésion thérapeutique du patient à son projet de soin.

Un critère d'exclusion concerne la réalisation d'entretiens en service de psychiatrie. Bien que les infirmiers, dans ce milieu, réalisent aussi des soins invasifs et utilisent les habiletés relationnelles, nous estimons que nos recherches sur la relation soignant/soigné, les thérapeutiques contre la douleur et l'anxiété ou encore l'adhésion thérapeutique du patient ne sont pas transposables dans le cas d'un public atteint d'une maladie mentale.

Nous excluons également l'ensemble des services de la petite enfance et de l'enfance car nous n'avons pas effectué de recherches ciblées sur ce type de population. En effet, la prise en soin d'un enfant repose sur des critères spécifiques de communication et d'organisation. En effet, la communication doit être adaptée à l'enfant ainsi qu'à ses parents, qui jouent un rôle d'accompagnement particulièrement important du fait de leur présence légitime dans les soins. On constate alors une triade infirmier-enfant-parents. En termes d'évaluation, l'infirmier doit donc utiliser des échelles adaptées à l'enfance, sur lesquelles nous ne nous sommes pas appuyées.

## **6.4 Réalisation des entretiens**

Initialement, nous devons mener et enregistrer les entretiens, d'une durée maximale de 30 minutes, à l'aide d'un dictaphone privé.

Étant affectées sur un établissement de santé, nous avons pu nous rapprocher des professionnels de différents services afin de savoir s'ils étaient intéressés pour participer à notre enquête. Par la suite, afin de recueillir l'intégralité de notre échantillon, nous aurions contacté par téléphone d'autres services de soin.

Une fois les entretiens réalisés, nous les aurions ensuite retranscrits en assurant la protection de l'anonymat de toute les personnes interrogées.

Cependant, au vu de la crise sanitaire actuelle, la réalisation des entretiens n'a pu être effectuée.

## **6.5 Analyse du guide d'entretien et justification des réponses attendues**

Faute de n'avoir pas pu réaliser les entretiens, nous avons imaginé les réponses du guide d'entretien (**Cf ANNEXE IV « Guide d'entretien et analyse »**) auxquelles nous nous attendions venant des professionnels et nous expliquerons pourquoi.

À travers les questions évoquant les thématiques choisies, nous attendions essentiellement des connaissances théoriques et réglementaires de la part du professionnel, que nous avons étudié dans les pôles théorique et conceptuel.

Nous avons donc émis des mots-clés qui seraient susceptibles d'être employés par les professionnels pour définir les notions.

❖ Concernant les questions en lien avec le thème de l'expérience :

Ces deux questions permettent au professionnel de santé de se présenter de manière personnelle et donc de le connaître et d'identifier son parcours professionnel. C'est pourquoi nous ne pouvons pas émettre des hypothèses de réponses attendues précises car nous avons du mal à identifier leurs réponses étant donné que pour les autres questions nous nous sommes basées sur des éléments concrets de nos recherches des pôles théorique et conceptuel. Toutefois, nous nous attendions à des verbatims relatifs à une notion de temps concernant le temps d'exercice de la profession. Cet élément de réponse nous servira à mettre en corrélation les autres réponses. En effet, nous aurions pu identifier si le temps d'exercice peut influencer la maîtrise des actes. Puis la seconde question nous aurait renseigné sur le parcours du professionnel : par exemple, s'il a travaillé dans plusieurs services de typologie différente, cela nous aurait donné une idée de sa capacité d'adaptation à son environnement. De plus, cela nous laisserait imaginer la diversité des soins prodigués dans chaque service et ce qui reflèterait aussi les différents savoirs (connaissances théoriques, savoir-être et savoir-faire) qu'il aurait pu enrichir à travers ses expériences professionnelles.

En combinant les deux types de réponses attendus, nous pourrions nous faire une première vision globale du soignant que nous interrogeons et profiter de l'entretien pour prendre note d'éléments complémentaires auxquels nous n'avions pas pensé initialement qui nous semblent pertinents au regard de notre mémoire de fin d'études.

❖ Concernant les questions en lien avec le thème du soin invasif :

A travers les réponses obtenues, nous cherchons à comprendre la définition que met chaque soignant derrière le terme de "soin invasif". Ceci peut nous aider à anticiper et à comprendre le sens des réponses suivantes. Nous cherchons également à savoir si le soignant que nous interrogeons réalise régulièrement ou non ce type de soin. En effet, la fréquence de réalisation nous renseignerait en parallèle sur son degré d'aisance lors de l'exécution de soins invasifs. Aussi, en comprenant le niveau d'aisance du soignant, nous pourrions par la suite avoir connaissance des éléments qui le mettent en difficulté et en comprendre les raisons.

Au fil des questions, nous cherchons également à connaître la prise en charge adoptée par le soignant lors de la réalisation d'un soin invasif, en identifiant les éléments qui lui semblent importants pour mener à bien le soin et donc assurer un soin de qualité. Par le choix de leurs réponses, nous verrons si les soignants mettent davantage l'accent sur des éléments

de prise en charge que d'autres, sachant que, à la suite de nos recherches certains nous semblent important comme l'information du soin, l'évaluation de la douleur ou encore la prémédication par exemple. A propos des questions suivantes, nous attendions des réponses sur les éléments pouvant mettre les soignants en difficulté lors de la réalisation d'un soin invasif (exemple : les réactions du patient, sa douleur, son appréhension, le contexte organisationnel du service, la contrainte du temps, du matériel...) et nous voulons comprendre comment chaque soignant fait face à ces difficultés (s'il perd ses moyens, s'il met en place une relation d'aide ou des thérapeutiques médicamenteuses ou non...). De plus, nous nous intéressons à la composante psychique du soignant en le questionnant sur ses émotions lors de situation de soin le mettant en difficulté. Cela aurait permis de comprendre si les émotions ressentis par le soignant lors d'une situation complexe impactent la maîtrise de ses actions et donc influencent sa prise en charge. L'analyse de leurs attitudes nous permettrait également d'identifier les mécanismes de défense auxquels les soignants font appel lors de situation complexe. Ce questionnement et cette réflexion de la part des soignant aurait peut-être pu nous mener vers la notion de "qualité des soins".

❖ Concernant les questions en lien avec le thème des habiletés relationnelles :

Grâce à nos questions, nous souhaitons savoir quelles représentations mettent les soignants derrière le terme d'habiletés relationnelles. En ce sens, nous pouvons nous assurer qu'ils comprennent bien les questions posées en suivant.

Ainsi, à travers une succession de questions posées en lien avec ce thème, nous cherchions à comprendre la place que tiennent les habiletés relationnelles dans les pratiques soignantes et si selon eux, elles sont bénéfiques au bon déroulement d'un soin invasif.

Nous nous attendions à ce que ces techniques relationnelles favorisent le bon déroulement du soin invasif, mais surtout qu'elles contribuent à l'adhésion thérapeutique du patient, comme nous ont prouvés les recherches effectuées dans le pôle conceptuel. Par la même occasion, nous aurions confronté les réponses récoltées aux données du pôle théorique. En effet, nos recherches ont démontré que très peu de thérapeutiques médicamenteuses sont utilisées en prévention d'un soin invasif alors qu'une grande majorité des patients ressentent une douleur aiguë induite par ce type de soin.

❖ Concernant la question d'ouverture :

Enfin, pour clôturer l'entretien, nous avons proposé aux professionnels une question ouverte leur permettant d'étendre leurs réflexions sur d'autres thèmes.

Pour conclure, l'ensemble de cette analyse nous aiderait à mieux cerner les pratiques soignantes actuelles et d'en comprendre le sens. Nous espérons proposer des mesures alternatives pouvant être adaptées à la majorité des situations de soins rencontrées par les soignants, quel que soit le service dans lequel ils exercent.

## **6.6 Limites de l'outil d'enquête**

Comme pour tout outil d'enquête, la méthode par entretien semi-directif comporte des limites.

Tout d'abord, la première limite est de trouver des professionnels disponibles et volontaires pour participer à notre enquête.

Ensuite, cet outil demande une certaine rigueur et plus de temps pour le concevoir, le mener et l'analyser. C'est pour cela que nous ne pouvons pas en réaliser énormément. De plus, les informations recueillies dépendent des connaissances, de l'expérience et de l'authenticité des personnes interrogées. Notre recherche n'aurait donc pas été représentative et avec un bas niveau de preuve puisque nous n'aurions interrogés que huit professionnels.

Puis, le fait de donner le thème en début d'entretien peut freiner la dynamique du discours de la personne interrogée. Le respect de la durée impartie peut écourter le temps de réflexion du professionnel et donc biaiser la réponse donnée. Ensuite, nous pouvons émettre l'hypothèse que le fait d'enregistrer l'entretien aurait pu gêner le soignant et donc induire une certaine retenue dans ses réponses.

De plus, l'emploi de questions ouvertes nous restreint dans l'exploitation de statistiques par exemple. Il nous aurait donc été impossible de mettre en corrélation nos résultats à ceux de la population générale. Également, ce type de question peut aboutir à des réponses floues, indécodables, dispersées ou inexploitable du fait d'une mauvaise compréhension des questions par exemple.

Enfin, la difficulté de l'analyse des entretiens réside dans le risque d'interprétation des réponses et des comportements. Ainsi, nous avons émis des limites générales à l'utilisation d'entretiens de type semi-directifs étant donné que l'enquête n'a pu être menée à terme.

Nous aurions, en effet, pu en identifier d'autres en réalisant ces entretiens, en rapport avec la formulation des questions ou la gestion du temps, par exemple.

## **7. Synthèse des éléments théoriques et formulation d'une question de recherche**

Dans la phase conceptuelle, nous avons tout d'abord commencé par définir le terme de "maîtrise", qui fait appel à l'acquisition de compétences de savoirs, savoir-faire et savoir-être des infirmiers. Cet amas de connaissances tant techniques que relationnelles s'acquiert grâce à l'expérience et à la pratique, ce qui sous-entend une notion de temps pour maîtriser un acte. En effet, le fait d'avoir vécu certaines situations complexes permet à l'infirmière de remettre en question sa pratique et ainsi, de l'adapter lors de prochaines confrontations. La maîtrise fait donc écho à la notion d'adaptation à travers des modifications de fonctions psychiques en lien avec une capacité d'intégration des informations, une autonomie dans les soins... L'adaptation va permettre à l'infirmière de réajuster sa pratique en ayant connaissance de ses propres limites dont le but est le contrôle d'une situation.

En ce sens, il apparaît donc comme important de questionner le professionnel de santé sur son parcours professionnel afin de pouvoir se faire une idée de son expérience professionnelle et comprendre si le nombre d'années d'exercice de la profession est un gage de pratique compétente et de qualité, à contrario de l'obtention du diplôme qui ne garantit en aucun cas la maîtrise infirmière.

La qualité d'une pratique de soin ne relève pas seulement de l'acte mais également de toutes les composantes qui l'entourent, dont la communication entre le soignant et le soigné qui humanise le soin. L'amorçage de cette relation entre les deux parties est délicat et s'appuie sur des techniques relationnelles, appelées "habiletés relationnelles".

Dans un second temps, nous les avons donc définis. Les habiletés relationnelles reposent sur deux modes de communication distincts pour favoriser un climat de confiance dans le soin : la communication verbale et non-verbale. La communication non verbale est la plus prévalente. Il nous a donc paru évident de questionner les infirmières sur la fréquence d'utilisation de ces habiletés dans leur pratique. Faisant appel au rôle propre de l'infirmier, elle se met en place à travers l'observation, l'écoute, le toucher, l'attention portée à l'autre. Son but est de cerner ce que n'exprime pas ou n'ose pas exprimer le patient dans

l'intérêt de répondre à ses besoins pour assurer son bien-être durant un soin pouvant s'avérer douloureux. La communication verbale permet, quant à elle, de faire verbaliser le patient sur ses craintes par le biais d'entretien formel ou informel, et d'échanger avec lui. Elle fait référence à l'information du patient (explication du soin, son but, sa nature, son déroulement) qui favorise la confiance dans la relation soignant-soigné et participe à l'adhésion thérapeutique. La communication verbale fait également écho aux nombreuses techniques de reformulations que l'infirmière peut utiliser afin de répondre aux besoins du patient et se rendre disponible pour lui.

En ce sens, les habiletés relationnelles constituent la base thérapeutique du soin et font parties intégrantes de la prise en charge non médicamenteuse.

Enfin, nous avons développé le concept d'adhésion du patient à son projet de soin car cette dernière peut être également favorisée par l'usage d'habiletés relationnelles et donc induire une meilleure observance thérapeutique. C'est la raison pour laquelle nous avons décidé d'interroger les infirmiers sur l'impact de l'utilisation des habiletés relationnelles dans un soin. En effet, le type de réponse attendu à ce sujet serait que les infirmiers accordent une place majeure aux habiletés relationnelles lors de soins induisant une douleur aiguë car ce sont des soins efficaces pouvant être effectués en première ligne, avant même l'utilisation de thérapeutique médicamenteuse. Cette idée est renforcée par l'étude menée par le Comité d'Organisation des Etats Généraux de la Douleur (COEGD) déclinée dans le pôle théorique. Elle renseigne que 78% des patients ont été concernés par la douleur (chronique ou aiguë) au cours des deux dernières années précédant l'enquête et que 61% n'avaient pas reçu de médicament antalgique préventif.

Grâce aux entretiens infirmiers, nous nous attendions également à ce que les professionnels évaluent régulièrement, voir systématiquement, une douleur lors de soins invasifs. Ce taux de réponse pourrait être confronté aux données de l'enquête sur la prise en charge de la douleur et les besoins de formation en médecine générale (Serrie et Queneau, 2005, p. 141) expliquant que 60% des médecins n'ont jamais (ou très rarement) utilisé des échelles d'évaluation de la douleur. Ce taux élevé nous a questionné sur la fréquence d'utilisation de ces échelles par les infirmiers, ainsi que sur la prise en charge thérapeutique qui en découle car 64% des patients interrogés dans l'ouvrage de François Bérout en 2005 se plaignent de douleur induite lors d'un soin invasif, soin vecteur de douleur et d'inconfort (notion apportée dans le 1er niveau de recherche).

Par conclusion, les notions développées dans le pôle conceptuel nous ont permis de mieux comprendre ce qu'il se jouait dans une relation de soin, pouvant être complexe, et quels

étaient les enjeux. De ce fait, nous retenons que l'aspect relationnel est un pilier fondamental dans la prise en charge de la douleur d'un patient lors de soins invasifs. Cette prise de conscience sur le rôle majeur des habiletés relationnelles nous permet de les qualifier comme des atouts indispensables à tout professionnel de santé dans leurs pratiques.

Ainsi, après avoir trouvé réponses à nos questionnements antérieurs, notre réflexion se prolonge vers une question de recherche que nous formulons telle que :

“En quoi la formation continue des professionnels de santé sur les habiletés relationnelles lors de soins invasifs impacte l'alliance thérapeutique du patient dans son projet de soins ?”

## **8. Éléments professionnels de transférabilité dans la pratique**

Ce mémoire de fin d'étude nous a permis de développer un nouveau regard sur nos pratiques professionnelles. Si nous venions à être confrontées à nouveaux à ces situations de soins, notre posture soignante en serait certainement modifiée grâce aux nombreuses réflexions menées jusqu'à présent. La posture réflexive que nous avons adopté tout au long de notre travail de recherches nous a donc permis d'appréhender le soin d'une autre manière en influençant notre pratique future.

De plus, la prise en charge infirmière sera davantage influencée si l'on saisit son rôle propre, qui est à l'initiative d'un champ immense de possibilités d'activités de soins.

Premièrement, nous avons pu constater que les soins relationnels ont une place importante dans notre pratique quotidienne. De ce fait, ces pratiques non médicamenteuses couplées à des méthodes médicamenteuses apportent un réel bénéfice aux soins prodigués en termes de qualité des soins.

Les entretiens d'accueil ou même de recueil de données amorcent la relation soignant-soigné. Le temps accordé à l'information et l'explication d'un soin nous semble primordial et ne doit pas être négligé car il influence la suite de la prise en charge. En effet, il permet au patient de se préparer psychologiquement à la réalisation du soin en diminuant l'anxiété et la douleur induite tout en aspirant à débiter une relation de confiance entre le soignant et le soigné.

Également, il est important de savoir se détacher de l'acte que l'on s'apprête à réaliser pour se centrer sur le patient et sur son ressenti. Prendre le temps d'écouter le patient, lui faire verbaliser ses craintes ainsi que les soulager n'est pas du temps perdu, bien au contraire, le soin prendra une toute autre tournure. En ce sens, lorsque nous serons en poste dans les services, nous serons plus attentives aux ressentis du patient face au statut d'un étudiant venu lui prodiguer des soins car nous savons qu'il peut être anxiogène. A contrario, nous savons aussi que l'étudiant peut être un soutien pour les patients dans ces situations complexes et, qu'à travers eux, un lien de confiance avec l'équipe soignante peut subsister. Ainsi, en tant que futures encadrantes ou tutrices d'étudiants, nous serons une ressource pour eux afin de les aider à trouver leur place dans des situations de soins complexes. D'autre part, ils seront également une ressource afin de nous aider à adopter au quotidien une posture réflexive. Il nous semble important de prendre en compte leurs avis et d'actualiser nos pratiques grâce à leurs savoirs et savoir-faire acquis en formations.

Dans un autre temps, il nous paraît judicieux de prendre autant en charge la douleur que l'anxiété qui co-existent ensemble. Une évaluation précise, qualitative et quantitative, est nécessaire. Que ce soit en amont, pendant et après le soin afin de mesurer un état douloureux ou anxieux de manière fiable, afin d'en découler une prise en charge adaptée et pertinente. L'infirmier joue donc ce rôle important d'évaluation dans l'efficacité du protocole antalgique mis en place. De plus, en amont de la réalisation d'un soin invasif, il nous semble pertinent de prévenir la douleur induite à l'aide d'une prémédication.

Par ailleurs, à la suite d'une situation de soin jugée difficile, nous privilégions une attitude rassurante en mettant en place les habiletés relationnelles en lien avec nos propres valeurs. User des différents types de reformulation permet aux soignants de désamorcer une situation par le biais seul du pouvoir des mots.

Toutefois, avant que la situation ne devienne critique, il est important de savoir différer le soin, dans la mesure du possible, au moment le plus opportun pour le patient ou de savoir passer la main pour garantir une qualité de soin aux patients afin de préserver son adhésion aux soins ainsi que la relation de confiance unique établie.

Enfin, ce travail d'analyse et de recherches nous a permis de remettre en question notre pratique. Il nous semble désormais primordial de connaître ses propres ressources et ses limites.

Nos recherches nous ont permis de réajuster et d'actualiser nos futures pratiques soignantes et continuer à le faire par la suite. Cette démarche participe également à la maîtrise infirmière, qui n'est pas garantie par l'acquisition du diplôme infirmier.

Grâce à ce travail de fin d'étude, nous avons également constaté que le soignant doit mettre de côté ses représentations et traiter tous les soins invasifs de la même manière. En ce sens, il doit prendre compte de toute la subjectivité qui caractérise chaque individu en ne le réduisant pas seulement à sa pathologie ou au soin à pratiquer.

Suite à toute ces constatations et ces remises en question, il nous semble dorénavant important que les soignants puissent avoir accès à des formations tant sur les gestes techniques que sur les soins relationnels qui sont tout autant importants et bénéfiques dans une situation de soin. Les habiletés relationnelles ne faisant pas partie du caractère innée de l'être humain, il est donc judicieux que les soignants bénéficient d'une formation continue à ce sujet.

## **CONCLUSION**

Pour conclure ce travail de fin d'études, les mois de recherches bibliographiques et de travaux en groupe ont été pour nous un tremplin dans le processus de professionnalisation que nous demande cette formation depuis près de trois années.

Cette posture réflexive, adoptée en tant qu'étudiantes tout au long de notre cursus, devra être poursuivie en tant qu'infirmières de demain afin de prodiguer les meilleurs soins adaptés aux patients. Effectuer de meilleurs gestes, exprimer les meilleurs mots, entrent dans le processus infini du développement professionnel continu auquel nous adhérons.

Par ailleurs, ce mémoire a permis de confirmer et de continuer à construire nos identités professionnelles, à laquelle chacune saura se raccrocher dans sa pratique soignante future.

Enfin, ce travail de fin d'études nous a permis de clôturer ces trois années de formation sur un sujet qui nous tenait à cœur de traiter et d'apporter, à notre manière, notre pierre à l'édifice dans l'amélioration des pratiques soignantes.

Nous terminons en affirmant que ce mémoire nous a également enrichi sur bien des aspects et nous a donné toutes les cartes en main pour entrer, d'ores et déjà, dans le monde du travail avec plus d'assurance.

## BIBLIOGRAPHIE

*Anxiété* (2019). Vidal. Allemagne. Repéré à : [www.eurekasante.vidal.fr](http://www.eurekasante.vidal.fr).

*L'anxiété généralisée* (2003). Repéré à :

[https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/L\\_anxiete\\_generalisee.pdf](https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/L_anxiete_generalisee.pdf).

Becker C. Zeau B. Benoliel J.J. (2007). *Dépression, anxiété et douleurs : de nouvelles cibles thérapeutiques ?*, ELSEVIER MASSON, 8, no 3. p.152-57.

Bernard F. Musellec H. (2013) *La communication dans le soin - Hypnose médicale et techniques relationnelles*. Book-ebooks.

Béroud F. (2005) « Douleurs post-opératoire ». *Les douleurs induites*. Paris.

Béroud F. (2010) *La peur de la douleur*, ELSEVIER MASSON, p. 98-101.

Boudier C. Cimerman P. Perrin O. Thibault P. Quercy S. Lesdema D. Carbajal R. Annequin D. Galinski M. *Le CNRD, un engagement contre la douleur aiguë liée aux soins*. s.d.

Bouhassira D. (2016) *Douleur*. Boulogne-Billancourt: Hôpital Ambroise-Paré. Repéré à : [www.inserm.fr](http://www.inserm.fr).

Bourgeois F. (2012). *Les soins relationnels*. p.49-50.

Centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL). (2012). Repéré à : <https://www.cnrtl.fr>

Cochois I. (2016) *Sécurité d'emploi des MEOPA : les règles indispensables à connaître*. Vidal. Repéré à : [www.vidal.fr](http://www.vidal.fr).

Code de la santé publique (Version consolidée: 2020). Repéré à : [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr).

Comité d'organisation des états généraux de la douleur (COEGD). (2007). *Les Français et la douleur: enquête auprès de grand public sur la perception de la prise en charge de la douleur en France*. p. 85-92.

Delorme T. (1999) *La douleur, un mal à combattre*. GALLIMARD. p.128.

Direction générale de la santé. (1995, revue en 2006) *Charte du patient hospitalisé*. Sicom. Repéré à : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte\\_a4\\_couleur.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf).

Dugravier-Guérin N. (2015). *La relation de soin : Approches éthiques et philosophiques*. Seli Arslan.

Duquette M. Roy M. Leporé F. Peretz I. Rainville P. (2007). *Mécanismes cérébraux impliqués dans l'interaction entre la douleur et les émotions*, ELSEVIER MASSON, 163, n°2. p. 169-79

Haute Autorité de Santé (2014) *Echelle HAD: hospital anxiety and depression scale*. Repéré à : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).

Haute Autorité de Santé (HAS) (2008). *Douleur chronique: reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient*. Repéré à : [www.has-santé.fr](http://www.has-santé.fr).

Hesbeen W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital*. Paris: ELSEVIER MASSON.

Juall L. Carpenito-Moyet (2012). *Manuel de Diagnostics infirmiers*. ELSEVIER MASSON.

Quevauvilliers J. (2008). *Dictionnaire médical*. ELSEVIER MASSON.

Lamouroux A. Magnan A. Vervloet D. (2005). *Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : De quoi parlons-nous ?*. "Revue des maladies respiratoires". p. 31-34

Le Boterf G. (2002) *De quel concept de compétence avons-nous besoin ?*, Soins cadres, n°41. p.43. Repéré à : <http://www.guyleboterf-conseil.com/images/Soins%20cadres.PDF>.

Maela P. *La démarche d'accompagnement*. Edition De Boeck. p. 216. s.d.

Manoukian A. et Massebeuf A. *La relation soignant-soigné*. LAMARRE. Vol. 3. Soigner et accompagner, s. d.

Pavelin B. (2002). *Le geste à la parole*. Toulouse : PRESSES UNIVERSITAIRES DU MIRAIL.

Ministère de la santé et de l'action humanitaire (1993) *Terminologie des soins infirmier : glossaire n°3*. p.141.

Nagels M. (2015). *Fécondation croisée de deux théories: la théorie socio-cognitive et la conceptualisation dans l'action*. Repéré à : <https://hal.archives-ouvertes.fr/cel-01217639/document?fbclid=IwAR30WqAArH9qcZSEumzV80dNKq9VfZzNBi3hwKK2NeaBDoahUQh2875UpiM>

Ordre national infirmier. (2016). *Encadrement et coordination de professionnels*. Code de déontologie des infirmiers, Décret n°2016-1605.

Organisation mondiale de la santé, (2020). Repéré à : [www.who.int](http://www.who.int).

Paillard C. (2016) *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. SETES. Noisy-le-grand.

Pedarribes G. Lefeuvre G. (2014) *L'analyse des compétences infirmières lors d'une situation d'évaluation clinique et de diagnostic*. p. 627 à 637. Repéré à : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-5-page-627.htm#pa9>

Pennaforte A. (2018) *Les bénéfiques du stage dans le processus de professionnalisation des infirmiers*, ELSEVIER MASSON, Soins cadres, Supplément au n°108, p. 8-12.

Piaget J. *Les schèmes de pensées*. Repéré à : <https://lapsychologie.weebly.com/les-schegravemes-de-penseacutes.html#s.d>.

Piguet V. Cedraschi C. Allaz A.F. Desmeules J.A. Dayer P. (2003) *Mémoire de l'intensité de la douleur*. 1, no 23105. Repéré à : [www.revmed.ch](http://www.revmed.ch).

*Référentiel de formation à la profession infirmier*. (2009). Uzès.

Rioufol M.O. *Prévention de lutte contre la douleur*, ELSEVIER MASSON, 2003.

Rogers C. (1980), *a way of being*, Boston, Houghton Mifflin

Schneider M.P. Herzig L. Hugentobler D. Bugnon O. (2013). *Adhésion thérapeutique du patient chronique: des concepts à la prise en charge ambulatoire*. Repéré à : [https://www.researchgate.net/profile/Marie\\_Schneider/publication/237082988\\_Medication\\_adherence\\_in\\_chronic\\_patients\\_From\\_its\\_concepts\\_to\\_its\\_management\\_in\\_primary\\_care/links/5515e31f0cf2f7d80a35964f.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Marie_Schneider/publication/237082988_Medication_adherence_in_chronic_patients_From_its_concepts_to_its_management_in_primary_care/links/5515e31f0cf2f7d80a35964f.pdf)

Serrie A. Queneau P. (2005) *Livre blanc de la douleur*. Paris : Comité d'organisation des états généraux de la douleur. p. 141

Serrie A. Mourman V. Treillet E. Maire A. Maillard G. (2014) *La prise en charge de la douleur chronique : un problème de société*, ELSEVIER MASSON, p. 106-14.

Société Française de Gériatrie et Gérontologie. *Douleur de la personne âgée : la prise en charge non médicamenteuse*. s.d.

Tourette-Turgis C. Rébillon M. (2002). *Mettre en place une consultation d'observance aux traitements contre le VIH : De la théorie à la pratique*. COMMENT DIRE. p.178

Truchon S. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2005). *La compétence professionnelle, une obligation déontologique*. Repéré à : <https://www.oiiq.org/la-competece-professionnelle-une-obligation-deontologique>

Yalcin I. Barrot M. Salvat E. Freund-Mercier M.J. (2015) *Douleur chronique : comorbidité anxiodépressive et ségrégation corticale*, ELSEVIER MASSON, p. 226-37.

Wrobel J. (2005). *Les douleurs induites*. Rueil-Malmaison : institut UPSA de la douleur. p. 42-43. Repéré à: [www.institut-upsa-douleur.org](http://www.institut-upsa-douleur.org).

## **ANNEXES**

## **ANNEXE I**

### **Echelles d'évaluation de la douleur**

### Échelles d'auto-évaluation :

- Échelle visuelle analogique (EVA) : Le patient indique l'intensité de sa douleur à l'aide du curseur sur une échelle non gradué, l'infirmière peut ensuite la quantifier à l'aide des graduations au dos de 0mm à 100mm. Échelle de 0 à 10.
- Échelle numérique (EN) : Le patient donne une note de 0 à 10 qui décrit l'importance de sa douleur ressentie.
- Échelle verbale simple (EVS) : Le patient quantifie sa douleur à l'aide de plusieurs niveaux : absente (0), faible (1), modérée (2), intense (3), extrêmement intense (4).  
Si EVS > 2 → prise en charge de la douleur
- DN4: Échelle utilisée pour dépister une douleur neuropathique. Quatre questions sont réparties en dix items. Le diagnostic de la douleur neuropathique est portée si le score du patient est supérieur ou égal à 4/10.
- NPSI (neuropathic pain symptom inventory) : douleur neuropathique

### Échelles d'hétéro-évaluation :

- Algoplus : évaluation de la douleur chronique chez la personne âgée présentant des difficultés d'expression, des troubles de la mémoire et troubles cognitifs.
- Doloplus-2 : Comprend 10 items répartis en 3 domaines et mesure le retentissement de la douleur : somatique (plaintes, positions antalgiques au repos, protection des zones douloureuses, mimiques, sommeils...), psychomoteur (toilette et/ou habillage, mouvements...), psychosocial (communication, vie sociale, troubles du comportement...)
- L'échelle comportementale de la Personne âgée, ECPA : Comporte 8 items cotés de 0 à 4. S'utilise avant le soin (regard, mimiques, attitude antalgique, mouvements, relation à autrui) et pendant (anticipation anxieuse aux soins, réactions lors des mobilisations, réactions pendant les soins des zones douloureuses, plaintes exprimés pendant le soin...) Le score total varie entre 0 et 32. Si le score est supérieur ou égal à 6 → prise en charge de la douleur.

## **ANNEXE II**

### **Echelles d'évaluation de l'anxiété**

L'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété et sept autres à la dimension dépressive, permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21). Pour chaque score, en fonction de la dimension anxieuse ou dépressive :

-7 ou moins : absence de symptomatologie (anxieuse ou dépressive)

-8 à 10 : symptomatologie (anxieuse ou dépressive) douteuse

-11 et plus : symptomatologie (anxieuse ou dépressive) certaine

L'échelle TYRER comporte 10 items. Le patients évalue 4 items portant sur les symptômes psychiques ( sentiment hostile, hypocondrie, phobies, tension intérieure) et 4 autres pour les symptômes somatiques (inquiétude, réduction du sommeil, douleur, troubles végétatifs). 2 autres symptômes somatiques tels que les troubles neurovégétatifs et la tension musculaire sont évalués par l'observation du soignant. Chaque item est coté sur une échelle croissante de 7 points (0 = absence de troubles, et 6 = fréquence du trouble)

L'échelle STAI se compose de 2 parties à remplir, le STAI forme Y- A (dit "état" rapportant l'état émotionnel ressentie par le patient à un moment donné, son niveau de tension, nervosité, inquiétude et le STAI forme Y-B (dit "trait" faisant référence à la tendance habituelle du sujet à être anxieux, trait de personnalité). Cet inventaire forme au total 40 items (10 pour STAI-Y A et 10 pour STAI- Y B). Les réponses de chaque questionnaire sont à reporter sur une grille afin de les convertir en nombres. Il suffit ensuite d'additionner les scores obtenus pour chaque grille afin d'atteindre un score final. Ce dernier permet de se référer aux normes française pour se situer selon cinq niveaux d'anxiété déterminés (très faible, faible, moyen, élevé, très élevé).

## **ANNEXE III**

### **Les différentes composantes du schème de pensée**

Différentes composantes du schème	Questions
1- Outils utilisés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour ce faire, quel instrument utilisez-vous ?</li> </ul>
2- Buts, sous-but	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quel est le but de cette action ?</li> <li>• Quelle était votre intention ?</li> </ul>
3- Anticipations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sur quoi portait votre attention avant de faire cette action ?</li> <li>• Quelles étaient vos attentes à ce moment-là ? au regard : <ul style="list-style-type: none"> <li>• des buts de l'action</li> <li>• des effets de l'action</li> </ul> </li> </ul>
4- Règles de prise infomations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment saviez-vous qu'il fallait faire cela ? Demander cela ?</li> <li>• Qu'observez-vous à ce moment-là ? (Observation)</li> <li>• Qu'entendez-vous à ce moment-là ? (Écoute)</li> <li>• Que percevez-vous à ce moment-là ? (Perception intuitive)</li> </ul>
5- Règles d'action	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment vous y prenez-vous là ?</li> <li>• Pouvez-vous me détailler cette action ?</li> <li>• Par quoi avez-vous commencé ?</li> <li>• Qu'avez-vous fait ensuite ?</li> <li>• Quelles règles respectez-vous ?</li> </ul>
6- Règles de contrôle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que contrôlez-vous à ce moment-là ?</li> <li>• Comment vous évaluez ce que vous êtes en train de faire ?</li> <li>• Sur quoi vous vous appuyez pour réajuster l'action en cours ?</li> </ul>
7- Concepts en acte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu'est-ce qui est pertinent de prendre en compte pour vous à ce moment-là ?</li> <li>• Quels sont les éléments les plus importants à prendre en compte pour réussir cette activité ?</li> </ul>
8- Théorèmes en acte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu'est-ce qui est important de savoir en faisant cela ?</li> <li>• Qu'est-ce qui vous a orienté sur cette piste sans hésitation ?</li> </ul>
9- Possibilités d'inférences	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu'est-ce qui est spécifique ici ?</li> <li>• Comment vous adaptez-vous à cette situation-là ?</li> </ul>

## **ANNEXE IV**

### **Guide d'entretien et analyse**

# GUIDE D'ENTRETIEN

## Contexte de l'enquête :

Nous réalisons ces entretiens dans le cadre de notre Mémoire de Fin d'Études (MFE) dans le but d'obtenir le diplôme d'état infirmier, de valider notre cursus de formation et d'améliorer notre pratique professionnelle infirmière.

## Objet et intérêt :

Interroger et comprendre les bénéfices et les difficultés du savoir-faire infirmier concernant les habiletés relationnelles lors des soins invasifs. Ceux-ci, dans le but de promouvoir le développement des compétences relationnelles favorables à l'implication du patient dans ses soins de qualité.

## Modalités de passation :

- Durée de l'entretien : 30 minutes maximum
- Choix des interviewés : infirmiers diplômés d'Etat travaillant dans des services de court à long séjour
- Modalités d'inclusion : infirmier travaillant en poste de jour
- Assurance de la protection de l'anonymat de la personne interrogée

Enregistrement de l'entretien : dictaphone sur téléphone privé

Type d'entretien : semi-directif

ENTRETIEN n°...

Date :

Durée de l'entretien :

Genre de la personne interviewée :

Nombre d'heure de travail par jour/prise de poste :

### **Thématique de l'expérience professionnelle :**

**Question 1 :** Depuis quand exercez-vous la profession d'infirmier(-ère) ?

Objectif : Relever le degré d'ancienneté du professionnel de santé

**Question 2 :** Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel ?

Objectif : Recueillir l'expérience professionnelle de l'infirmier

### **Thématique du soin invasif :**

**Question 3 :** Pour vous, qu'est-ce qu'un soin invasif ?

Objectif : Comprendre le sens que mettent les soignants derrière le terme "soin invasif"

**Question 4 :** Combien de soins invasifs réalisez-vous en moyenne par jour ?

Objectif : Recueillir l'expérience des infirmières en lien avec la fréquence de réalisation des soins invasifs.

**Question 5 :** Selon vous, quels sont les invariants à tout soin invasif ?

*Question de relance :* Quels sont les éléments qui vous semblent primordiaux dans la réalisation d'un soin invasif ?

Objectif : Identifier les invariants intervenant dans un soin invasif

**Question 6 :** Quels sont les éléments qui peuvent vous mettre en difficultés lors de la réalisation d'un soin invasif ?

Objectif : Identifier les facteurs qui peuvent poser problèmes aux infirmières lors d'un soin invasif

**Question 7 :** Que mettez-vous en place pour pallier ces difficultés ?

*Question de relance* : Que faites-vous au niveau médicamenteux lorsqu'un patient montre des signes de détresse ?

Objectif : Identifier les capacités de réajustement en lien avec les ressources du professionnel pour faire face aux difficultés rencontrées.

**Question 8** : Quelles émotions ressentez-vous lors de ces situations-là ?

Objectif : Identifier les émotions des soignants lors d'une situation complexe.

### **Thématique des habiletés relationnelles** :

**Question 9** : Que signifie, pour vous, le terme d'"habiletés relationnelles" ?

*Question de relance* : Pouvez-vous nous définir avec vos mots le terme de "techniques relationnelles" ?

Objectif : comprendre le sens que mettent les soignants derrière le terme d'"habiletés relationnelles"

**Question 10** : A quelle fréquence utilisez-vous les habiletés relationnelles au sein de votre pratique ?

*Question de relance* : Quelles sont les techniques que vous utilisez le plus fréquemment ?

Objectif : Identifier la place des différentes habiletés relationnelles dans la pratique du soignant

**Question 11** : Quels impacts remarquez-vous quant à l'utilisation des habiletés relationnelles lors d'un soin invasif ?

*Question de relance* : Quels sont les avantages et les inconvénients que vous pouvez en retirer ?

Objectif : Déterminer les bénéfices et les difficultés que remarquent les soignants quant à l'usage des soins relationnels.

**Question 12** : Selon vous, qu'est-ce qui contribue à l'adhésion aux soins du patient ?

*Question de relance* : A votre avis, quels éléments vont favoriser l'implication du patient aux soins ?

Objectif : Identifier les facteurs impactant l'adhésion thérapeutique d'un patient.

**Question 13** : Quelles formations complémentaires avez-vous suivies au cours de votre exercice professionnel en lien avec les thématiques abordées ?

Objectif : Prendre connaissance de l'accès aux formations complémentaires suivies par le soignant.

**Question 14** : Que vous ont apportés ces formations dans votre pratique professionnelle ?

Objectif : Identifier l'impact des formations sur la pratique quotidienne du soignant

**Question 15** : Quelles autres notions pourraient être évoquées en lien avec les thèmes traités lors de cet entretien ?

Objectif : Identifier des thèmes, facteurs, et éléments annexes qui permettraient d'enrichir l'analyse

## ANALYSE DU GUIDE D'ENTRETIEN

Thématiques	Questions	Objectifs	Types de réponses attendues
<b>L'expérience</b>	Depuis quand exercez-vous la profession d'infirmier(-ère) ?	Relever le degré d'ancienneté du professionnel de santé	
	Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel ?	Recueillir l'expérience professionnelle de l'infirmier	
<b>Le soin invasif</b>	Pour vous, qu'est-ce qu'un soin invasif ?	Comprendre le sens que mettent les soignants derrière le terme "soin invasif"	<p><u>Mots-clés attendus</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-effraction, lésion ;</li> <li>-peau ;</li> <li>-barrière cutanée ;</li> <li>-douleur</li> </ul> <p><u>Justification par la définition théorique</u> :</p> <p>"D'après le Larousse, les soins invasifs impliquent une lésion de l'organisme et en premier lieu de la barrière cutanée, induisant ainsi une douleur."</p>
	Combien de soins invasifs réalisez-	Recueillir l'expérience des	

	vous en moyenne par jour ?	infirmières en lien avec la fréquence de réalisation des soins invasifs	
	<p>Selon vous, quels sont les invariants à tout soin invasif ?</p> <p>Relance : Quels sont les éléments qui vont sembler primordiaux dans la réalisation d'un soin invasif ?</p>	Identifier les invariants intervenant dans un soin invasif	<p><u>Mots-clés attendus</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Information et explication du soin ;</li> <li>-consentement du patient ;</li> <li>-évaluer la douleur</li> </ul>
	Quels sont les éléments qui peuvent vous mettre en difficultés lors de la réalisation d'un soin invasif ?	Identifier les facteurs qui peuvent poser problèmes aux infirmières lors d'un soin invasif	<p><u>Mots-clés attendus</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-réactions du patient (douleur, anxiété...);</li> <li>-les activités du service ;</li> <li>-le manque d'effectif ;</li> <li>-le manque de matériels ;</li> </ul> <p><u>Justification par des éléments du pôle théorique</u> :</p> <p>-“En 2005, Françoise Bérourd (responsable de l'institut de la douleur UPSA) écrit dans son ouvrage -</p>

			<p>“Les douleurs induites” que “64% des patients interrogés se plaignent de douleurs induites”</p> <p>-“Le soin invasif vecteur d’inconfort et de douleur”</p>
	<p>Que mettez-vous en place pour pallier ces difficultés ?</p> <p>Relance : Que faites-vous au niveau médicamenteux lorsqu’un patient montre des signes de détresse ?</p>	<p>Identifier les capacités de réajustement en lien avec les ressources du professionnel pour faire face aux difficultés rencontrées.</p>	<p><u>Mots-clés attendus</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-écoute active ;</li> <li>-réassurance ;</li> <li>-disponibilité;</li> <li>-prémédication ;</li> <li>-technique de relaxation ;</li> <li>-passe le relais à une collègue ;</li> <li>-report du soin ;</li> </ul>
	<p>Quelles émotions ressentez-vous lors de ces situations-là ?</p>	<p>Identifier les émotions des soignants lors d’une situation complexe.</p>	<p><u>Mots-clés attendus</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-stress ;</li> <li>-impuissance ;</li> <li>-panique ;</li> <li>-colère ;</li> <li>-frustration ;</li> <li>-déstabilisation ;</li> </ul>
<p><b>Les habiletés relationnelles</b></p>	<p>Que signifie, pour vous, le terme d’“habiletés relationnelles” ?</p>	<p>Comprendre le sens que mettent les soignants derrière le terme</p>	<p><u>Mots-clés attendus</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-soin ;</li> <li>-relation ;</li> <li>-savoir-faire ;</li> </ul>

	<p>Relance : Pouvez-vous nous définir avec vos mots le terme de “techniques relationnelles” ?</p>	<p>d’habiletés relationnelles”</p>	<p>-savoir-être ; -toucher ; -regard</p> <p><u>Justification par la définition théorique</u> : “interventions verbales ou non verbales visant à établir une communication en vue d’apporter aide et soutien psychologique à une personne ou un groupe” (Ministère de la santé et de l’action humanitaire, 1993)”</p>
	<p>A quelle fréquence utilisez-vous les habiletés relationnelles au sein de votre pratique ?</p>	<p>Identifier la place des différentes habiletés relationnelles dans la pratique du soignant</p>	
	<p>Quels impacts remarquez-vous quant à l’utilisation des habiletés relationnelles lors d’un soin invasif ?</p>	<p>Déterminer les bénéfices et les difficultés que remarquent les soignants quant à l’usage des soins relationnels</p>	<p><u>Mots-clés attendus :</u> -adhésion aux soins ; -relation de confiance ; -relation soignant-soigné de meilleure qualité ;</p>

	<p>Relance : Quels sont les avantages et les inconvénients que vous pouvez en retirer ?</p>		<p>-diversion face à la douleur liée au soin invasif. -difficultés dans la distance professionnelle.</p> <p><u>Justification</u> : les habiletés relationnelles font partis des méthodes non médicamenteuses visant à soulager le patient, à le détendre, le rassurer</p>
	<p>Selon vous, qu'est-ce qui contribue à l'adhésion aux soins du patient ?</p> <p>Relance : A votre avis, quels éléments vont favoriser l'implication du patient aux soins ?</p>	<p>Identifier les facteurs impactant l'adhésion thérapeutique d'un patient</p>	<p><u>Mots-clés attendus</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-la confiance ;</li> <li>-la relation soignant/soigné;</li> <li>-l'écoute;</li> <li>-l'attention à l'autre ;</li> <li>-des explications claires et compréhensibles pour le patient ;</li> <li>-le soutien du soignant dans le soin (montrer que le patient n'est pas seul dans l'épreuve);</li> </ul>

			-l'implication du patient
	Quelles formations complémentaires avez-vous suivi au cours de votre exercice professionnel en lien avec les thématiques abordées ?	Prendre connaissance de l'accès aux formations complémentaires suivies par le soignant	<u>Mots-clés attendus :</u> -gestion de la douleur ; -plaie et cicatrisation ; -la relation soignante ; -techniques de relaxation ;
	Que vous ont apportés ces formations dans votre pratique professionnelle ?	Identifier l'impact des formations sur la pratique quotidienne du soignant	<u>Mots-clés attendus :</u> -connaissances théoriques ; -meilleure appréhension et prise en charge de la douleur ; -meilleure prise en charge de l'anxiété grâce aux techniques de relaxation acquises
<b>Autre(s) thème(s) d'ouverture</b>	Quelles autres notions pourraient être évoquées en lien avec les thèmes traités lors de cet entretien ?	Identifier des thèmes, facteurs, et éléments annexes qui permettraient d'enrichir l'analyse	

## REMERCIEMENTS PERSONNELS

Je tenais à exprimer toute ma reconnaissance auprès de ma référente pédagogique, Mme Danièle SCAGLIA, pour son accompagnement de qualité m'ayant permis de construire mon identité professionnelle. Je souligne le professionnalisme des équipes soignantes qui m'ont accueilli sur les terrains de stages en me permettant d'adopter une posture réflexive en quête de réajustements et de questionnements. Je souhaite remercier les patients et leurs entourages que j'ai pu croiser sur ce bout de chemin. Un grand « MERCI » pour m'avoir accordé votre confiance tout en me faisant ressentir des émotions fortes me rappelant qu'avant être un soignant nous sommes tous humain. Une pensée à mes parents, ainsi qu'à mes deux petites sœurs, qui m'ont toujours soutenu dans mes choix et dans mon projet professionnel en m'apportant une aide précieuse et en m'inculquant des valeurs depuis mon enfance. Je terminerais par remercier mon compagnon et mes ami(e)s pour leur encouragement, leurs conseils et leur présence à mes côtés.

Ils ont été un réel soutien tout le long de la formation en étant une source de réconfort et de bienveillance. **Manon**

Je souhaitais adresser mes remerciements et ma gratitude aux personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce mémoire. Tout d'abord, ma référente de suivi pédagogique, Mme BARTHES, pour son accueil et accompagnement toujours bienveillant, sa douceur et ses précieux conseils. D'autres professionnels ont joué un rôle important dans l'élaboration de ce mémoire, mais aussi et surtout dans la construction de mon identité professionnelle. Des professionnels avec lesquels j'ai pu observer, apprendre et réajuster mes pratiques chaque jour sur le terrain. Mes collègues de promotions, devenue pour certaines des amies, merci pour votre aide et votre bonne humeur. Et enfin, je souhaite remercier mes proches et plus particulièrement mon fiancé, pour le soutien inconditionnel dont il a fait preuve tout au long de ces trois années d'études. Ses conseils judicieux, ses critiques constructives et ses relectures m'ont été d'une aide inestimable dans la rédaction de ce mémoire.

Merci de faire partie de ma vie. **Romane**

Je remercie tout particulièrement ma formatrice référente de suivi pédagogique, Mme Sylvie ESCAFRE-PIBERNE, qui m'a suivi tout au long de ma formation. Ses compétences autant relationnelles que pédagogiques m'ont permis d'évoluer et de devenir la soignante que je suis fièrement aujourd'hui. Son professionnalisme me permet, à ce jour, de me sentir prête à arpenter le terrain plus sereinement.

J'émets également une pensée pour ma famille, et notamment mon père, qui m'a toujours soutenu, dans ma vie personnelle comme professionnelle, du début de ma formation jusqu'à la finalisation de ce mémoire de fin d'études. Pour terminer, je remercie également mes amies qui ont été d'un grand soutien pour moi, dans l'échec comme dans la réussite.

À vous, lecteurs, je vous remercie de l'attention que vous avez porté à notre travail. Respectueusement. **Audrey**

Pour ma part, je tenais également à remercier mes référentes pédagogiques : Mesdames Sandrine TREILHOU et Béatrice FABRE pour leur soutien et accompagnement durant ces trois années. Une autre pensée à mes plus belles rencontres albigeoises qui sont devenues des amies avec le temps et m'ont toujours soutenu émotionnellement. Je pense notamment à Guychelle, étudiante et super-maman, pour nos échanges personnels profonds et sa motivation si inspirante. Merci encore à ma famille et mes amis d'enfance pour avoir toujours cru en moi. Particulièrement à mes sœurs pour leurs précieux conseils et leur soutien infailible, ainsi que mon père qui m'a inculqué des valeurs humaines fortes ayant contribué à bâtir mes valeurs soignantes. Une dernière pensée à tous les soignants, patients et leurs familles, rencontrés lors de mes stages, tous enrichissants par leur aide bénéfique et leur gentillesse.

Je souhaite à tout étudiant infirmier de faire, comme je l'ai pu faire un jour, LA rencontre qui lui donnera l'intime conviction qu'il s'apprête à entreprendre le plus beau métier. **Anny**

## **ACCORDER AUX SOINS RELATIONNELS LE POUVOIR D'APAISER**

### **Résumé :**

Ce mémoire de fin d'études questionne la place des habiletés relationnelles lors de soins invasifs. Quand douleurs et soins s'entremêlent, menaçant la relation soignant-soigné préétablie, les infirmiers se retrouvent face à des situations complexes. En ce sens, nous avons exploité deux situations de soins invasifs vécus comme douloureux. Les réactions des patientes nous amènent à nous interroger : En quoi la gestion de la douleur lors d'un soin invasif influence-t-elle la relation soignant-soigné ?

Nos recherches initiales traitent des soins, de la douleur et de la relation soignant-soigné. L'acte invasif confronte l'infirmier au paradoxe qui oppose l'intention de soigner avec bienveillance à la douleur induite par le soin, faisant ainsi appel à sa capacité d'adaptation. Dans le cas de patientes au profil anxieux, nous nous sommes questionnées quant à la place qu'occupe l'anxiété face à la douleur.

Les habiletés relationnelles nous semblent alors être le moyen thérapeutique le plus adapté en première intention. Un questionnement quant à la maîtrise de ces habiletés sur l'adhésion thérapeutique du patient renseigne sur la difficulté de ces prises en charge.

Ce mémoire a mis en lumière le fait que patient et soignant devraient œuvrer ensemble.

Ce partenariat serait-il la clé d'une alliance thérapeutique menant à des soins de qualité ?

**Mots-clés** : habiletés relationnelles, patient, soins invasifs, relation soignant-soigné, maîtrise infirmière, douleur, anxiété, adhésion thérapeutique

## **GIVING THE POWER OF SOOTHING TO RELATIONAL CARES**

### **Abstract :**

This thesis questions about the importance of interpersonal skills during invasive cares. When pains and cares are interconnected, threatening the pre-established carer-patient relationship, nurses have to cope with complex situations. To that extent, we explore two situations of painful invasive cares leading to question us on the patient's reactions : how pain management may influence the patient-carer relationship ?

Our earliest research deal with cares, pain and relationship between caregiver and patient. The nursing staff are confronted with the invasive act to the paradox which put caring with kindness against the pain induced by the treatment, requesting their capacity to adapt.

The case of an anxious patient profile questions us about the role of anxiety towards pain. It seems that interpersonal skills remain the most adapted therapeutical mean in first intention. Mastering those skills influences the therapeutical involvement of the patient showing then the difficulty of patient care management.

This thesis emphasizes the fact that patients and caregivers should work together.

Would such a partnership be he key of a therapeutical alliance to quality upgrade in nursing care ?

**Key words** : interpersonal skills, patient, invasive cares, carer-patient relationship, nurse profeciency, pain, anxiety, therapeutical involvement.