



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.  
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

**Comment les infirmiers débutants conjuguent-ils la charge cognitive d'un soin technique avec la relation au patient ?**



Formateur référent mémoire : Kélig AUGER-DUCLOS

MÉNAGER Gwladys  
Formation infirmière  
Promotion 2018-2021

Date 10/05/2021





Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.  
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

**Comment les infirmiers débutants conjuguent-ils la charge cognitive d'un soin technique avec la relation au patient ?**

Formateur référent mémoire : Kélig AUGER-DUCLOS

MÉNAGER Gwladys  
Formation infirmière  
Promotion 2018-2021

Date 10/05/2021



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE  
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS  
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**  
Pôle formation-certification-métier

## **Diplôme d'Etat Infirmier**

**Travaux de fin d'études :**

***Comment les infirmiers débutants conjuguent-ils la charge cognitive d'un soin technique avec la relation au patient ?***

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

***J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat Infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.***

***Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.***

**Le 10/05/2021**

**Identité et signature de l'étudiant : Ménager Gwladys**

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE  
CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1<sup>er</sup> : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

# Sommaire

|   |    |
|---|----|
| Introduction.....   | 1  |
| 1 Situation d'appel.....  | 2  |
| 1.1 Analyse de la situation d'appel.....                        | 2  |
| 1.2 Questionnements.....  | 3  |
| 2 Cadre conceptuel.....   | 6  |
| 2.1 Le développement professionnel d'un infirmier.....          | 6  |
| 2.2 Les difficultés d'apprentissage et la charge cognitive..... | 7  |
| 2.2.1 Les mémoires et leur fonctionnement.....                  | 8  |
| 2.2.2 L'apprentissage et la théorie de la charge cognitive..... | 9  |
| 2.3 La technicité dans les soins.....                           | 10 |
| 2.4 La relation de soin.....                                    | 10 |
| 2.4.1 Relation soignant-soigné et communication.....            | 10 |
| 2.4.2 Le prendre soin.....                                      | 13 |
| 2.4.3 Le caring.....  | 15 |
| 2.4.4 Prendre soin ou caring ?.....                             | 17 |
| 3 Entretiens avec des professionnels.....                       | 18 |
| 3.1 Présentation des entretiens.....                            | 18 |
| 3.2 Analyse descriptive des entretiens.....                     | 18 |
| 4 Analyse interprétative.....                                   | 20 |
| Conclusion.....   | 23 |
| Bibliographie.....  | 26 |
| Annexe I : Situation d'appel.....                               | 28 |
| Annexe II : Guide d'entretien.....                              | 31 |
| Annexe III : Entretien 1.....                                   | 32 |
| Annexe IV : Entretien 2.....                                    | 35 |
| Index V : Analyse des entretiens.....                           | 39 |

## Introduction

Le travail de ce mémoire suit une posture réflexive que j'ai depuis le début de ma formation. En effet, le métier d'infirmier allie aussi bien la pratique des soins techniques que celle des soins relationnels. Les professionnels de santé, notamment les professionnels paramédicaux ont un rôle très important auprès du patient pour les informer sur leur prise en soins, mais surtout pour écouter les craintes, les doutes et les peurs de ceux-ci. Les soins techniques sont une composante majeure du métier d'infirmier, pour autant, la prise en soin d'un patient ne peut se limiter à la simple technique. Afin de prendre en soin un patient dans sa globalité, la dimension relationnelle est primordiale. C'est pour cela que j'ai décidé de faire ce travail sur la relation qu'entretiennent le patient et son soignant. De plus, les soins techniques représentent une charge cognitive importante lorsqu'ils ne sont pas totalement maîtrisés ou connus de l'infirmier en charge de les réaliser. De cette charge cognitive peut découler une forme d'oubli du patient. Les infirmiers peuvent être tellement concentrés qu'ils en oublient la dimension relationnelle en ne communiquant pas ou très peu avec les patient lors de la réalisation de ce soin. Tout cela découle de nombreuses observations que j'ai pu faire durant mes stages, que ce soit de mon expérience personnelle en tant que stagiaire, ou bien de l'expérience d'autres infirmiers qui me montraient les soins.

J'ai donc décidé de faire des recherches autour de la charge cognitive et de l'apprentissage en regard de la dimension relationnelle qu'il est important de conserver, afin de réaliser une prise en soin globale et de qualité. Mon travail s'est notamment appuyé sur une situation que j'ai vécue personnellement en stage. Pour se faire je vais, dans un premier temps, exposer ma situation de départ ainsi que son analyse et les questionnements qui en ont découlé, puis j'apporterai des éléments théoriques sur mon étude à l'aide de lectures scientifiques et, enfin, dans un dernier temps, j'analyserai des entretiens réalisés auprès d'infirmiers présents sur le terrain afin d'avoir une approche pratique de mon travail.

## **1 Situation d'appel**

La situation qui m'a particulièrement interpellée sur la relation de soin entre les infirmiers et les patients est une situation vécue en soins intensifs neurovasculaire. Dans cette situation je devais poser une sonde urinaire à demeure chez une patiente quasi-comateuse. Il s'agissait alors de ma première pose de sonde et je n'étais pas très à l'aise à l'idée de réaliser ce geste. En effet, les poses de sondes que j'avais vu auparavant ne s'étaient jamais bien passées puisque les patientes bougeaient énormément et étaient plus ou moins opposantes au soin. Cependant, durant ce stage, l'infirmière avec qui j'étais ne m'a pas laissé le choix et m'a laissé faire le soin, tout en exerçant une pression temporelle qui n'a fait qu'accroître mon stress, entraînant la réalisation d'un soin non conforme aux bonnes pratiques.

Ce n'est qu'une fois que l'infirmière est sortie de la chambre que j'ai pensé à la patiente. Durant tout mon soin j'étais tellement stressée par la pression temporelle que je ne m'étais focalisée que sur l'aspect technique de mon soin pour être sûre de ne rien oublier et que l'infirmière ne me reprenne pas que j'en ai oublié la patiente. Bien que celle-ci ne puisse pas s'exprimer et que nous avions un doute sur des troubles de la compréhension, j'ai pris le temps de lui réexpliquer le soin que nous avons réalisé et la raison pour laquelle nous l'avions fait.

### **1.1 Analyse de la situation d'appel**

Suite à ce soin, je me suis posé des questions sur ma gestion de la situation. J'ai aussi analysé la situation afin d'obtenir de vraies réponses à cette problématique.

Avant le soin, lorsque l'IDE m'a prévenue que j'allais faire un sondage à demeure, j'ai d'abord eu peur. D'une part car la façon de me l'annoncer ne m'a pas mise en confiance, mais aussi car il s'agissait d'un soin très invasif. J'avais déjà vu des poses de sondes lors de mon stage de S2 en SSR, cependant, elles ne s'étaient jamais très bien déroulées. En effet, à chaque fois les patientes étaient très douloureuses (les infirmières avaient du mal à trouver le méat urinaire, ce qui était très inconfortable pour les patientes), lors de l'introduction de la sonde elles bougeaient souvent, essayaient de se débattre et, parfois, criaient. Suite à cela, j'ai toujours appréhendé ce soin car j'avais peur de faire mal aux patients. De plus, il s'agissait d'un soin technique réalisé en stérile, j'avais donc peur de me déstériliser et donc de devoir recommencer. Cette peur venait notamment du fait que, lors des poses auxquelles j'avais déjà assisté, les infirmières avaient souvent dû s'y reprendre à plusieurs fois, rendant le soin encore plus long et plus désagréable pour les patientes. De plus, avec la pression temporelle exercée par l'infirmière avec qui je réalisais le soin, la peur de rater mon soin

était encore plus grande, car cela aurait fait perdre du temps à l'infirmière qui me disait déjà que je mettais trop de temps et qu'il fallait me dépêcher.

Après le soin, j'ai ressenti deux émotions différentes et pourtant liées :

Tout d'abord, j'étais en colère car je n'ai pas réalisé le soin dans des conditions optimales. En dehors du fait que je n'avait pas communiqué avec la patiente, j'avais surtout cédé à la pression temporelle instaurée et m'étais dépêchée à faire un soin que je ne maîtrisais pas du tout. J'étais énervée contre moi-même car j'aurais dû prendre du temps pour réfléchir à mon soin et à l'ordre dans lequel je devais l'effectuer au lieu de tout faire d'un coup, sans réel ordre chronologique, en étant perdue dans mon soin et sans vraiment savoir ce que j'allais faire. J'étais aussi en colère car j'aurais dû dire à l'infirmière qu'il me fallait du temps pour préparer, réfléchir et réaliser le soin.

Ensuite, cette colère s'est transformée en honte. J'avais honte d'avoir réalisé un soin aussi invasif sans même l'avoir préparé, sans avoir dit à l'infirmière que j'appréhendais beaucoup la pose de sonde et qu'il me fallait du temps pour préparer mon matériel et réfléchir à la manière dont j'allais procéder pour poser ma sonde tout en sachant qu'il fallait que je garde au moins une de mes mains en stérile. J'avais honte aussi de ne pas avoir communiqué avec la patiente. Bien que celle-ci était très aphasique et qu'elle avait des troubles de la compréhension, j'aurais aimé lui parler, lui expliquer ce que je faisais. J'ai eu l'impression de lui imposer un soin extrêmement invasif et de ne pas l'avoir prise en compte du tout dans cet acte.

## **1.2 Questionnements**

Durant l'analyse de ma situation d'appel, de nombreuses questions me sont apparues, certaines d'entre elles ont obtenues une réponse dans mon analyse, pour les autres elles ont permis le cheminement vers ma question de départ.

Voici les questionnements en question :

- Quelle est la place du patient dans une telle situation ? Lors du soin l'infirmière me posait des questions et me guidait, mais aucune de nous deux n'a communiqué avec le patient.
- Dans quelle mesure l'état d'esprit dans lequel j'étais a modifié mon soin ? Lorsque je suis à l'aise et que je sais que j'ai le temps, ou qu'on me laisse le temps de réaliser un soin je parle avec le patient, dans cette situation ça n'a pas été le cas. Durant ce même stage, j'avais appris à poser des VVP, mais je pouvais me remémorer le soin avant de le réaliser et prendre mon temps. Cela m'avait permis d'inclure mon patient dans le soin. Dans la situation présentée, j'étais stressée et perdue dans la réalisation du soin, et la patiente a été complètement laissée de côté.



- Qu'est-ce qui a fait que mon soin était différent des autres soins que j'ai appris à réaliser dans ce même stage ? Dans certains de mes stages précédents, il m'arrivait parfois d'oublier le patient lorsque je réalisais des soins que je ne connaissais pas. Cependant, lors de ce stage, j'ai toujours pensé à inclure le patient dans mon soin. De temps en temps, lorsque je réfléchissais ou que je me demandais si j'avais oublié quelque chose je ne parlais pas au patient, mais de manière générale j'essayais de toujours discuter (ou juste leur parler pour les patients aphasiques).
- Comment le simple fait d'être dans un état d'esprit différent peut changer tout un soin ? En effet, après cette pose de sonde, j'ai réalisé des sondages aller-retour chez des hommes. Bien que ce n'était pas exactement le même soin et qu'il n'était pas réalisé dans les mêmes conditions de stérilité, le principe restait le même (introduire une sonde dans l'urètre afin de vider la vessie). Lors de ces deux sondages aller-retour (les premiers que j'ai vus et effectués), j'ai pu poser des questions avant le soin et visualiser mon soin avant de le faire, ce qui m'a permis d'anticiper mon soin, afin de pouvoir l'expliquer à mon patient. J'ai pu être plus à l'aise lors de la pose de la sonde et conserver une dimension relationnelle puisque j'ai parlé et communiqué avec mes patients lors de ces sondages.

En dehors de ces questions en lien direct avec le soin, je me suis posée d'autres questions, plus profondes, à savoir :

- Comment gérer la peur de l'échec et de l'erreur ?
- Comment gérer la honte de n'avoir pas réalisé un soin selon ses valeurs soignantes ?
- Comment gérer les émotions sans les transmettre aux patients ?
- Comment gérer la relation soignant-soigné à travers le prisme des émotions ?

C'est cette dernière question qui m'a amené à ma question de départ. En effet, cette question me semblait très pertinente car, dans une relation de soin, le patient a la possibilité et peut se permettre librement de transmettre ses émotions aux soignants, alors que ce dernier doit pouvoir faire face à ce flot d'émotion, sans les garder pour lui, ni les rejeter sur d'autres patients. De plus, les émotions que le patient transmet au soignant peuvent permettre une meilleure prise en soin de celui-ci, alors que les émotions du soignant peuvent influencer celles du patient et altérer sa prise en soin (s'il s'agit de peur ou de colère, le patient peut être moins enclin à accepter les soins / plus enclin à les appréhender...). Cependant, je me suis rendue compte plus tard que ce n'était pas cette question des émotions qui avait été problématique dans la situation que explorée, mais bien la question de la relation entre le patient et le soignant lorsque le geste que ce dernier réalise n'est

encore que partiellement acquis, voire pas du tout. Cette dernière analyse m'a donc amenée à la question qui est la suivante : **Comment les infirmiers débutants conjuguent-ils la charge cognitive d'un soin technique avec la relation au patient ?**

C'est donc sur cette question que nous allons travailler durant ce mémoire. Afin d'y répondre le plus clairement et de manière la plus détaillée possible, nous allons dans un premier temps définir tous les termes de cette question, puis nous analyserons des entretiens réalisés auprès de professionnels qui nous donneront leur éléments de réponse sur la question.

## 2 Cadre conceptuel

### 2.1 Le développement professionnel d'un infirmier

Tout d'abord, il semble important de définir ce que nous allons déterminer comme un infirmier débutant. Pour se faire nous allons nous pencher sur les travaux de Patricia Benner, professeure au département des sciences infirmières et physiologiques à l'école des sciences infirmières de l'université de Californie. Dans son ouvrage intitulé « *De novice à expert* », Patricia Benner a déterminé cinq stades successifs dans l'acquisition et le développement des compétences. Elle s'est appuyée sur le modèle de Dreyfus et Dreyfus qui est un modèle d'acquisition des compétences fondé sur l'étude des joueurs d'échec et des pilotes d'avions étudié et analysé par Stuart Dreyfus (mathématicien et analyste des systèmes) et Hubert Dreyfus (philosophe). Benner a adapté cette étude à la profession infirmière en analysant 21 binômes infirmiers.

Cette étude a permis de déterminer les cinq stades d'acquisition et de développement des compétences que nous allons énumérer et détailler ci-après.

Tout d'abord le premier stade est celui de novice. Les personnes considérées comme novices sont celles qui n'ont pas encore d'expérience dans le domaine. Le comportement des novices est limité et rigide dans une situation donnée car il s'agit de la première expérience réelle vécue pour cette situation. En effet, les novices ont un apport théorique réduit à des éléments objectifs qui permettent la compréhension de la situation, mais le manque de pratique empêche la réaction adaptée. Les novices sont donc limités aux seules paramètres mesurables et aux règles standards, de même que les actes et les réactions face à une situation donnée s'avèrent inadaptés voire inutiles. Nous considérons donc comme novices les étudiants infirmiers de manière générale.

Le stade qui vient ensuite est celui de débutant. Un débutant a vécu des situations réelles, ce qui lui permet d'en noter les facteurs signifiants, appelés « aspects de la situation ». Autrement dit, le débutant est capable de déterminer les caractéristiques globales d'une situation donnée car il a pu les identifier ultérieurement grâce à ses expériences. En revanche, il a encore besoin de prioriser ces caractéristiques pour en identifier les éléments utiles à sa réaction dans la situation donnée.

Vient après le stade de compétence. L'infirmier compétent peut être défini en fonction de son expérience dans un même service, à savoir environ deux ou trois ans. Grâce à cette expérience, il a pu définir ses actes comme des objectifs à long terme qui permettent la priorisation des soins. De plus, son plan de soin est fondé sur une analyse consciente et analytique du problème. Cependant, l'infirmier compétent manque encore de rapidité et de souplesse dans ses soins, mais sa planification

consciente permet une organisation et une efficacité qui renforce un sentiment de maîtrise des soins et des actes à réaliser.

Quatrièmement, l'infirmier performant a, quant à lui, suffisamment d'expérience pour anticiper les événements qui pourraient se passer dans une situation donnée. Cela lui permet de modifier sa prise en charge afin d'éviter leur apparition. En d'autres termes, l'expérience de l'infirmier performant lui a permis d'augmenter ses capacités de réaction face à une situation donnée. De plus, il voit désormais la situation comme un tout, dans une perspective non réfléchie car devenue automatique de part son expérience. L'infirmier performant a ainsi développé un « signal d'alarme précoce » qui lui permet de percevoir et d'anticiper la détérioration de l'état de santé du patient avant même d'en être alerté par ses signes vitaux.

Enfin, le cinquième stade est celui d'expert. L'expert n'a plus besoin d'utiliser des principes analytiques, il passe simplement de la compréhension de la situation à l'acte qui en découle sans avoir besoin d'y réfléchir, tel un automatisme. Il a une vision intuitive et une appréhension des problèmes qui lui permettent d'avoir un niveau élevé d'adaptation. Ce niveau d'adaptation couplé à ses compétences lui permettent de réaliser des interventions souples et efficaces dans une situation donnée. Bien entendu, un infirmier expert dans un domaine ne l'est pas forcément dans un autre, il peut même repasser par le stade de novice si le domaine de soin est éloigné de celui dans lequel il exerçait avant.

Le travail que nous réalisons ici se consacre uniquement à des infirmiers ayant encore peu d'expérience et étant plus susceptibles de rencontrer des difficultés qu'un infirmier expert, plus habitué à ces situations compliquées. Les novices étant plutôt considérés comme les étudiants, il ne serait pas particulièrement intéressant de les étudier puisque leur manque d'expérience important soulèverait plus de questionnements que de réponses. Nous allons donc nous intéresser aux infirmiers dit débutants, voire en transition entre ce stade et le suivant, à savoir celui de compétent. Il semble intéressant de se pencher sur ce niveau de compétence car leur expérience, bien qu'encore peu importante, leur a permis de développer des réponses et des stratégies d'adaptation face à la problématique posée.

## **2.2 Les difficultés d'apprentissage et la charge cognitive**

Nous allons ensuite nous pencher sur ce que nous avons déterminé comme la charge cognitive. La charge cognitive est une théorie autour des mémoires et de l'apprentissage, développée par John Sweller et aujourd'hui appliquée dans de nombreuses disciplines de la psychologie. Avant de développer cette théorie, il semble important de définir ce que sont les mémoires.

### 2.2.1 Les mémoires et leur fonctionnement

L'ensemble des auteurs semblent s'accorder sur la définition de la mémoire à long terme. Cette mémoire possède une capacité illimitée et répond à des schémas automatisés, elle stocke les informations sémantiques et épisodiques. Cette capacité de stockage permet de réaliser plusieurs tâches simultanément à partir du moment où elles sont stockées ou schématisées.

Contrairement à la mémoire à long terme, la mémoire de travail a suscité de nombreuses études sans aboutir à un consensus de la part des différents chercheurs et auteurs. Nous allons donc ici faire un récapitulatif des études, expliquant ainsi l'évolution des théories sur cette mémoire, ce qui nous amènera par la suite à développer la théorie de Sweller.

Dans leur article *La mémoire de travail : structure, fonctionnement, capacité*, publié dans « L'année psychologique » de 1990, M.F Ehrlich (spécialiste en psychologie cognitive) et M. Delafoy (docteur en psychologie) reviennent sur l'évolution des travaux en psychologie cognitive. Ils y résument et expliquent notamment la théorie de Baddeley (professeur en psychologie à l'université d'York et spécialiste de la mémoire à court terme et de ses troubles) sur la mémoire de travail (Baddeley et Hitch 1974). Les travaux de Baddeley l'ont conduit à établir la théorie selon laquelle la mémoire de travail serait en réalité composée d'un système central, relié à deux systèmes « esclaves ». Le système central a pour fonction la sélection et l'exécution des opérations de traitement. Sa capacité de traitement est limitée, mais une partie peut être utilisée à des fins de stockage. Les deux systèmes esclaves sont composés d'une boucle articulatoire, un système passif de stockage matériel phonologique (verbal ou prononçable) ordonné, d'une durée limitée (stockage des données phonologiques sous contrôle d'un processus articulatoire). Et également d'un bloc-à-croquis visuo-spatial. Ce deuxième système a une durée de stockage limitée et permet la formation et le maintien des images visuo-spatiales. Ces deux systèmes dits « esclaves » permettent donc le stockage passif des informations perceptives, ils sont dotés d'un mécanisme de contrôle qui permet de maintenir les informations activées dans la mémoire et donc de retarder leur oubli.

De son côté Sweller (professeur en éducation à l'Université de New South Wales, à Sydney) a collaboré avec Levine sur la théorie des tests d'hypothèses, que Sweller finira par abandonner au profit de la théorie des schémas : « *la plupart de ce qui est dit par cette théorie peut être dérivé de la théorie des schémas* ». Pour mettre en place ces théories, Sweller et Levine se sont basés sur les modèles classiques de l'architecture du système cognitif, autrement dit un schéma selon lequel la mémoire de travail est une mémoire à capacité limitée dans laquelle ont lieu tous les apprentissages et les pensées conscientes. À côté de cette mémoire de travail, il y a la mémoire à long terme qui

possède une capacité illimitée et qui, selon Sweller, est constituée en partie de schémas automatisés qui permettent de ne pas repasser par les pensées conscientes pour réaliser une tâche.

Ces travaux et cette théorie vont amener Sweller à travailler sur l'apprentissage, travaux desquels vont découler la théorie de la charge cognitive.

### **2.2.2 L'apprentissage et la théorie de la charge cognitive**

De part ses travaux, Sweller voulait notamment identifier les éléments augmentant la charge cognitive et l'apprentissage afin de concevoir différentes techniques permettant une baisse de cette charge et favorisant ainsi l'apprentissage.

Pour commencer l'explication de la charge cognitive, il faut revenir au principe de schémas que décrit Sweller. Selon lui, ce sont les schémas qui permettent d'outrepasser la mémoire de travail. En effet, les schémas permettent de traiter les structures complexes et généralisées comme des unités de mémoire. Les connaissances peuvent ainsi être traitées dans l'activité consciente et contrôlée, ou bien par automatisme. Pour passer de la phase de traitement contrôlée à la phase automatique (« tâche d'apprentissage »), le sujet fournit un effort conscient et un temps considérable, c'est ce que Sweller appelle la charge cognitive.

Après avoir défini la charge cognitive, Sweller a continué ses travaux, notamment en 1990 avec Chandler, Tierney et Cooper, puis en 1995 avec Mousavi et Low. Ces collaborations ont permis dans un premier temps de rendre compte de l'effet de dissociation de l'attention dans la charge cognitive, puis de l'effet de l'instruction en mode duel et du degré d'interactivité. Par la suite, en 1998, ses travaux avec Kalyuga et Chandler ont permis de mettre en évidence la différence de traitement des informations chez un sujet expert dans un domaine face à un sujet novice.

Nous allons d'abord nous attarder sur les deux premières composantes. La dissociation de l'attention s'explique par la difficulté d'intégrer mentalement un matériel présenté par des sources d'informations multiples. Chandler, Tierney et Sweller ont obtenu que cet effet de dissociation diminuait si le matériel en question était intégré dans la présentation. Pour ce qui est de l'instruction en mode duel et du degré d'activité, c'est avec Mousavi et Low que Sweller a réalisé son étude. D'après cette étude, le fait de présenter une information sous différentes modalités sensorielle (ex : visuelle et auditive) pour un matériel complexe diminue la charge cognitive. Par ailleurs, les deux composantes sont liées puisque l'effet de dissociation de l'attention peut être diminué par une instruction en mode duel. En revanche, Sweller précise que l'instruction en mode duel n'est valable que pour un apprentissage relevant d'un haut degré d'interactivité.

Les travaux de 1998 ont mis en avant que ce qui était en place et efficace pour un novice pouvait avoir l'effet inverse sur un sujet expert. En effet, un expert n'aura pas ou très peu de dissociation de l'attention et le fait qu'une information lui soit présentée sous différentes formes aura un effet de redondance pour lui, ce qui augmentera sa charge cognitive. Pour faire simple, l'effet de dissociation vient de l'impossibilité par le sujet de comprendre les sources d'informations isolées. À l'inverse, l'effet de redondance provient du fait que le sujet comprend toutes les sources d'information séparément, ce qui provoque chez lui un effet de répétition de l'information.

### **2.3 La technicité dans les soins**

Un soin technique est un soin qui demande de la dextérité, une certaine organisation, et dont l'apprentissage continue de s'acquérir au cours du temps. Toutes ces composantes du soin technique sont plus ou moins importantes en fonction du soin.

Ici nous nous pencherons sur des soins techniques que les infirmiers ne maîtrisent pas ou pas complètement : soins peu réalisés par l'infirmier, soins complexes qui demandent énormément d'entraînement, soins jamais réalisés par l'infirmier...

Lors d'un soin technique, l'infirmier doit se concentrer pour le réaliser correctement, mais il ne doit pas oublier son patient. C'est cette dimension du soin que nous allons aborder ici. Il s'agira de comprendre et d'analyser les capacités qu'ont ces infirmiers à instaurer une relation soignant-soigné de confiance avec le patient, alors même qu'ils sont occupés à réaliser un soin qu'ils ne maîtrisent pas complètement et pour lequel ils ont besoin de concentration.

### **2.4 La relation de soin**

#### **2.4.1 Relation soignant-soigné et communication**

Dans le premier chapitre de son ouvrage *Les fondements de la relation de soin*, Jacky Merling, cadre supérieur de santé et formateur, définit le soin et ses composantes multiples. Il s'intéresse notamment à l'aspect relationnel du soin. Selon lui, « tout soin est par nature relationnel ». Lorsqu'un soin est réalisé, il implique nécessairement une relation entre au moins deux protagonistes, le soignant et le soigné.

La relation soignant-soigné est une relation complexe avec de nombreuses composantes. Il s'agit d'un mélange subtile de composantes techniques, affectives et psychologiques. Cette relation regroupe différentes dimensions que nous allons détailler ci-après :

- Relation de dépendance : le soigné consent au soin, il entre dans une forme de privation en échange de la protection, le soignant étant le sachant, il s'en remet à lui pour sa sécurité et son bien-être
- Relation de maternage : risque d'infantilisation de la part du soignant qui réalise ses soins dans un climat protecteur et affectif
- Relation éducative : recherche de l'éducation, la formation, le soignant cherche à transmettre ses savoirs au soigné
- Relation coopérative : le soignant aide le patient à prendre une décision, recherche de l'appui, l'aide et le soutien à travers la coopération, l'appui et la contribution des deux acteurs
- Relation d'autorité :
  - autocratie : le soignant oblige le soigné et cherche à imposer sa décision sans se soucier de sa réaction
  - paternalisme : le soignant cherche à influencer, à dominer le soigné
- Relation d'acceptation : le soigné accepte ce que lui propose, lui offre le soignant à partir d'échange entre les deux parties
- Relation thérapeutique : le pôle relationnel est l'axe prioritaire de la rencontre

Selon Hollender et Szasz il existe 3 modèles de base dans la relation soignant-soigné :

L'activité-passivité du type mère-nourrisson, dans lequel une personne réalise une action sur une autre, le soigné ne participe donc en rien à l'action. Autrement dit, le soignant réalise l'action tandis que le soigné la subit. Le deuxième modèle (direction-coopération), du type parent-enfant est le modèle que l'on retrouve la plupart du temps chez le médecin dans le cadre d'une maladie aiguë. Le soignant est à la direction du soin et le soigné coopère à l'action. Enfin, il y a la participation mutuelle et réciproque, du type de la relation entre deux adultes. Ce modèle est particulièrement vrai pour les maladies chroniques, les phases de réadaptation et dans les cas où les patients peuvent se prendre en charge et assumer leur traitement. Ici le soignant et le soigné participent mutuellement à l'action.

Cette relation soignant-soigné implique nécessairement une communication avec le patient. La communication peut être verbale ou paraverbale, notamment pour les patients qui ne peuvent pas communiquer verbalement.

La communication a longtemps été résumée par le modèle de Shannon et Weaver (1949), selon lequel la communication serait uniquement la transmission d'informations d'un individu A à un individu B. Cette conception selon laquelle le message passe forcément sans ambiguïté a été abandonnée au profit de nouvelles définitions car elle induisait que le seul obstacle à la



compréhension du message est le récepteur. C'est donc le modèle de Lasswell (1948) qui a ensuite été adopté. Selon ce modèle, la communication comporterait cinq éléments. Tout d'abord, il faut pouvoir répondre à la question : qui dit quoi, à qui, par quel canal et avec quels effets ? De cette question découlent les cinq composantes qui sont : le destinataire (qui), le message (dit quoi), le destinataire (à qui), le moyen de communication utilisé (par quel canal) et l'influence du message sur le destinataire (avec quels effets). Ainsi, la communication a commencé à se définir comme étant un phénomène dynamique, plus ou moins bien contrôlé, avec des composantes et des obstacles multiples. Dans le quatrième chapitre de son ouvrage *Psychologie sociale, concepts et expérience*, Stéphanie Baggio nous indique que, « Pour les psychologues sociaux, la communication correspond à l'ensemble des processus par lesquels s'effectuent les échanges d'informations et de significations entre les personnes dans une situation sociale donnée »p67. L'ensemble de ces processus comprend donc la parole, l'intonation, la gestuelle, mais aussi et les expressions et les sons parasites. La communication est composée de plusieurs concepts qui sont : le langage, la communication non verbale et les rumeurs.

Le langage est lui-même composé de plusieurs éléments. En effet, comme nous le rappelle Stéphanie Baggio dans son ouvrage, le langage est en réalité une « *psychologie langagière* »p68 car la communication verbale ne traduit pas toujours ce que nous voulons dire, c'est le cas lorsque nous utilisons des sous-entendus par exemple. Le langage est donc composé de ce que Loftus et Palmer ont déterminé comme étant « l'amorçage sémantique » en 1975. L'amorçage sémantique correspond au poids des mots, c'est-à-dire que selon les mots utilisés, la phrase n'aura pas la même tonalité chez le percepteur. De même, la manière de dire les choses est très importante dans la communication. Effectivement, en fonction des personnes à qui nous nous adressons, les mots et l'intonation donnée peuvent modifier le message souhaité. Enfin, selon certains psychologues et sociologues, comme Watzlawick, il n'est pas possible de ne pas communiquer. En effet, même s'il n'y a pas de langage, la gestuelle envoie un message, il s'agit de la communication paraverbale.

Il a été observé que lorsque nous communiquons avec une personne, les mots sont accompagnés la plupart du temps de gestes. De ce fait, à l'instar des mots, les gestes permettent et son parti intégrante de la communication. La communication étant différente d'un groupe sociale et d'une culture à une autre, la communication non-verbale l'est également.

La troisième composante de la communication sont les rumeurs. Nous ne nous attarderont pas ici sur les rumeurs car ce ne serait pas pertinent dans ce travail. Dans son ouvrage, Baggio nous définit la rumeur comme étant « *une forme de communication orale et personnelle, qui utilise le plus*

*souvent le canal informel du bouche-à-oreille. Elle apporte un contenu informatif sur un individu ou un événement, mais exprime et satisfait également les besoins émotionnels des individus. »p77.*

En somme, la communication se compose d'une part de langage verbal et d'une part de langage non-verbal, les deux étant tout aussi important à la transmission d'un message.

## **2.4.2 Le prendre soin**

Walter Hesbeen propose une définition du prendre soin. Pour lui *« prendre soin c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce, dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé. » (Le caring est-il prendre soin ? Page 8)*. Il s'agit donc d'un acte de vie, d'une façon de vivre, avant même de caractériser le métier d'infirmier. Son article s'articule autour de trois grands axes : la perspective soignante, la démarche soignante et la capacité d'inférence.

La perspective soignante est un acte d'engagement humain. Alors que la population générale est en attente de compétences soignantes, l'ensemble des acteurs de la structure soignante participent au développement de ce qu'il est convenu d'appeler l'esprit soignant. Hesbeen définit cette perspective soignante comme une perspective tendant à une plus grande atmosphère d'humanité entre tous les acteurs, à savoir : les soignants, les personnes soignées, mais aussi les personnes chargées des postes de logistique, sans oublier les familles et proches des patients.

De cette perspective soignante découle la démarche soignante. Toujours dans le même article Hesbeen la décrit : *« le fondement même de la démarche soignante repose sur deux mots : une rencontre et un accompagnement »*. Le premier de ces fondements consiste à aller à la rencontre de la personne soignée et à l'accueillir de façon à tisser des liens de confiance avec celui-ci. Ainsi, la personne soignée a le sentiment que le soignant va lui être utile, qu'il va l'aider, non seulement dans la dimension physique de sa pathologie, mais dans la globalité de sa personne. Il s'agit donc, grâce à ces liens créés, d'identifier la hiérarchie propre au patient qu'il établit de lui-même entre son affection qui l'a conduit à rencontrer le soignant, et ce qui, au delà de cette affection, prend le plus d'importance pour lui dans le moment présent. En effet, le patient peut avoir de nombreuses préoccupations autres que sa prise en charge médicale et médicamenteuse, et ces préoccupations sont toutes aussi importantes à traiter et à essayer de solutionner pour réaliser une prise en soin globale et de qualité. Pour ce qui est de l'accompagnement, une fois que les liens de confiance sont établis entre le soigné et le soignant, il convient d'accompagner le patient à être acteur de sa prise en soins. Pour se faire, le soignant se doit de prendre en compte le patient dans sa singularité afin de l'amener à trouver le juste milieu qui correspond entre sa santé et ses désirs, ses envies et ses

habitudes de vie. Il a été démontré de nombreuses fois que les injonctions de types « arrêtez de fumer » ou « supprimer définitivement le sel de votre alimentation », bien qu'elles soient légitimes et nécessaires dans la dimension médicale ne permettaient pas un bon suivi du traitement par le patient. De ce fait, Hesbeen définit le rôle du soignant comme étant une posture de conseils. *« Tenir conseil » n'équivaut pas à donner des conseils mais bien à subtilement — c'est-à-dire de façon fine, déliée, témoignant d'un « sens de l'épaisseur » dans son rapport à autrui — aborder avec la personne les différentes possibilités qui s'offrent à elle, à l'éclairer et parfois l'aider à opérer un choix pertinent pour elle »p11.* Pour réaliser au mieux ce rôle de conseil, le soignant doit s'appuyer sur les ressources du patient, qui sont son histoire de vie, sa formation et, pour les infirmiers dits compétents, son expérience professionnelle. Grâce à ces ressources, les soignants disposent des outils et des moyens nécessaires afin de contribuer du mieux qu'ils peuvent au prendre soin du patient et de ses proches.

La capacité d'inférence est *« celle qui va permettre au soignant, dans une situation donnée, d'établir des liens entre différents paramètres, entre de nombreux aspects ainsi que de combiner ses multiples ressources, de leur donner du relief et de la pertinence pour prendre soin d'une personne dans la situation de vie qui est la sienne »p12.* Cette capacité d'inférence repose sur un champ de connaissances étendu qui permet d'agir et d'essayer d'identifier les composantes qui interagissent dans la situation présente. Ce champ de compétence est constitué d'observations, de données scientifiques, de théories ou modèles, mais aussi des enseignements que le soignant a pu tirer de ses expériences antérieures, aussi bien personnelles que professionnelles, ainsi que d'une forme d'intuition. Hesbeen considère que cette capacité d'inférence constitue le professionnalisme. Il s'agit donc d'être en capacité d'établir des liens entre les éléments présentés et *« d'agir de façon éclairée, subtile et adaptée à chaque situation de vie donnée »p12.* Pour accéder au professionnalisme, le soignant a besoin de connaissances théoriques, mais s'il s'appuie uniquement sur des théories et des modèles, il ne pourra pas accéder à cette capacité d'inférence. En effet, les apports théoriques peuvent être utiles pour aider à comprendre la situation, mais ils ne peuvent constituer un projet de soin pour lequel le patient doit être pris dans son individualité et non comme une généralité. Pour résumer cette pensée, Hesbeen dit *« Aucune théorie, aucun modèle ne peut contenir la singularité, la richesse de l'être »p13.*

En somme, la démarche soignante est une composante essentielle, bien que complexe dans le prendre soin. Nous pouvons donc définir le prendre soin comme une conception pluriprofessionnelle et issue des expériences et des questionnements des soignants. Le prendre soin est fondamental dans la santé publique puisqu'il est tourné vers l'action. Il ne s'agit donc pas

seulement d'une pratique soignante, mais bien d'un état d'esprit propice à la rencontre et à l'accompagnement d'une personne pour permettre le déploiement de sa santé.

### 2.4.3 Le caring

Dans son article *Le caring est-il prendre soin ?*, publié en 1999, Walter Hesbeen nous fait un récapitulatif détaillé des recherches et des textes définissant le caring.

Il s'appuie tout d'abord sur les travaux de Jean Watson (théoricienne et professeure en sciences infirmières) qui est notamment connue pour ses travaux sur le caring. Dans *Nursing, The philosophy and science of caring*, Watson définit la science infirmière comme étant la science du caring. Elle associe dans le caring l'ensemble des facteurs représentant les fondements de la démarche soignante qui permettent de développer ou de maintenir la santé du patient, ou, à contrario, de lui assurer une mort paisible. La base de la science du caring est donc une association d'humanisme et de science qui, selon Watson a toujours existé, et qui s'inscrit dans une démarche toute autre que la démarche curative, qu'elle nommera la dimension carative du soin. Autrement dit, le caratif est la démarche soignante prenant en compte la relation privilégiée qu'à l'infirmier avec son patient. Toujours dans ce même ouvrage, Watson nous explique les fondements de la science du caring à travers des hypothèses, et définit cette science par une liste non exhaustive de facteurs caratifs. Nous allons d'abord nous pencher sur les hypothèses sur lesquelles repose la science du caring. Ces hypothèses, au nombre de sept sont détaillées page 23 de son ouvrage :

- 1) *« Le caring peut être démontré et pratiqué de façon efficace uniquement au travers de relations interpersonnelles.*
- 2) *Le caring consiste en facteurs caratifs dont le résultat est la satisfaction de certains besoins humains.*
- 3) *Pour être efficace, le caring doit promouvoir la santé ainsi que la croissance individuelle ou familiale.*
- 4) *Les réponses données par le caring acceptent une personne non seulement telle qu'elle est maintenant mais aussi telle qu'elle peut devenir.*
- 5) *Le milieu du caring est propice au développement de potentialités en permettant à une personne de choisir la meilleure action pour elle-même à un moment donné.*
- 6) *Le caring est plus propice à la santé que le traitement médical. La pratique du caring associe connaissances biophysiques et connaissances du comportement humain dans le but de susciter ou de promouvoir la santé et de procurer des soins à ceux qui sont malades. D'où la nécessité de la science du caring à côté de la science médicale.*

7) *La pratique du caring est au centre de la discipline infirmière. »*

Ces hypothèses émises nous permettent d'expliquer la science du caring comme étant un tout alliant promotion de la santé, soins préventifs, soins aux patients et rétablissement de la santé. De ce fait, cette science se détache de la science médicale dans le sens où le discours et les connaissances infirmières se penchent sur le concept du soin, le care, alors que le discours médical porte sur le cure, la connaissance des traitements. En ce sens, le care qui est la science infirmière privilégie la promotion de la santé, tandis que le cure (science médicale) est plutôt centré sur le traitement de la maladie.

Dans la page suivante de son ouvrage, Jean Watson nous expose dix facteurs caratifs du caring qu'elle décrit comme étant « un cadre conceptuel pour étudier et comprendre les soins infirmiers en tant que science du caring ». Elle les liste comme suit :

- 1) *« Le développement d'un système de valeurs humaniste-altruiste.*
- 2) *La prise en compte et le soutien du système de croyance et de l'espoir.*
- 3) *La culture d'une sensibilité à soi et aux autres.*
- 4) *Le développement d'une relation d'aide et de confiance.*
- 5) *La promotion et l'acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs.*
- 6) *L'utilisation systématique de la méthode scientifique de résolution de problèmes dans le processus de prise de décision.*
- 7) *La promotion d'un enseignement-apprentissage interpersonnel.*
- 8) *La création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection et/ou de correction.*
- 9) *L'assistance dans la satisfaction des besoins humains.*
- 10) *La prise en compte de facteurs existentiels-phénoménologiques »*

D'après Watson, ces facteurs forment une liste non exhaustive et ne représentaient alors que les fondements provisoires de la science du caring. Elle indique que, bien qu'ils « forment la totalité de la discipline infirmière », il est important de les développer et de les affiner.

Cet ouvrage de Jean Watson a été publié pour la première fois en 1979 et il constitue encore aujourd'hui l'un des grands ouvrages sur le caring. Ses travaux ont été à la base de nombreux travaux qui ont suivi sur le caring. C'est le cas de G. Aucoin-Gallant qui a publié en 1990 l'article « La Théorie du caring de Watson. Une approche existentielle-phénoménologique et spirituelle des soins infirmiers » dans The Canadian Nurse. Dans cet article, l'auteure définit le caring comme « une approche existentielle-phénoménologique et spirituelle des soins infirmiers ». Elle nous définit ensuite ce qu'elle entend par cela. À savoir, la dimension existentielle consiste en le fait que

« l'infirmière tient compte de la globalité de l'expérience de la personne à un moment spécifique de son existence ». Pour ce qui est de la phénoménologie, il s'agit du fait que, pour faire face aux différentes situations de la vie, chaque individu possède un « champ phénoménal unique, subjectif et métaphysique ». Enfin, la dimension spirituelle du caring se définit par la prise en charge globale de l'individu par l'infirmier. Cette prise en charge globale comprend le corps et l'esprit du patient. Pour Aucoin-Gallant, cette théorie du caring peut être illustrée par une situation pénible vécue. Si une personne vit une situation pénible (comme une maladie), cela va perturber son équilibre. Dans cette situation, l'infirmière représente un support émotif, éducationnel et instrumental pour le patient car elle a une meilleure connaissance de la maladie, ce qui permet au patient de transcender ce moment difficile.

Dans *Le caring est-il prendre soin ?*, Walter Hesbeen reprend tous ces travaux pour donner sa propre définition du caring. Selon lui, le caring est une théorie, une philosophie et une science à la fois, dérivée du courant existentialiste. Ce courant tend à considérer l'individu comme tel, dans sa globalité. Pour autant, le caring est présenté comme une approche quasi-exclusivement infirmière, ce qui alimente une pensée disjonctive qui tend à séparer la pratique médicale et la pratique infirmière. Ce séparatisme rend l'intention existentielle difficile. Hesbeen conclut sa vision du caring par cette phrase : « *Cette intention, en effet, nécessite, pour sa mise en œuvre, une approche soignante certes, mais qui ne peut se réaliser pleinement et efficacement que dans un contexte pluriprofessionnel et par l'intermédiaire d'une démarche soignante interdisciplinaire* ».

#### **2.4.4 Prendre soin ou caring ?**

Le caring et le prendre soin servent tous deux à nourrir la réflexion soignante et restent dans la même tonalité humaniste. Cependant le caring est présenté comme une théorie, une science et une philosophie, alors que le prendre soin ne prétend aucunement à un savoir scientifique, il s'agirait plutôt d'une philosophie de vie, de valeur. De plus, le caring est une science infirmière alors que le prendre soin s'inscrit dans une posture pluriprofessionnelle.

Dans ce travail nous nous intéressons à l'interaction et aux échanges que peuvent avoir un soignant et un soigné dans un contexte de soin. Il s'agit donc d'une association entre le prendre soin et le caring. Le but de la démarche de relation soignant-soigné que je souhaite explorer n'est pas uniquement scientifique, il s'agit tout d'abord d'une relation à l'autre permettant d'instaurer un climat de confiance afin de réaliser un soin dans de bonnes conditions.

### **3 Entretiens avec des professionnels**

#### **3.1 Présentation des entretiens**

Pour avoir des éléments d'analyse pratique dans le cadre de ce travail, j'ai fait appel à deux infirmiers diplômés d'état pour répondre à un entretien. Les deux infirmiers en questions sont de jeunes diplômés avec entre 1 et 2 ans d'exercice. Le premier travaille dans le même service depuis un mois et demi, tandis que le second est dans son service depuis 6 mois. Les entretiens ont tous deux eu lieu en visioconférence compte tenu du contexte sanitaire actuel, le but étant d'apporter des éléments de réponse à la question de départ.

Pour cela des objectifs ont été posés. Tout d'abord il semblait important de connaître la population interrogée, pour s'assurer qu'elle corresponde bien à la cible requise par la question. Il a ensuite été considéré que les stratégies d'adaptation face à un soin technique était de l'ordre de deux domaines différents : l'aspect relationnel et l'aspect technique du soin. De ce fait, le deuxième objectif de l'entretien était de mettre en évidence les stratégies d'adaptation relationnelles des jeunes infirmiers afin d'instaurer une communication avec le patient dans le cadre d'un soin technique non maîtrisé. Le troisième objectif était axé sur la technicité du soin, soit la mise en évidence des stratégies d'adaptation techniques pour réaliser le soin. Ces objectifs étant établis, il m'a semblé important d'en créer un troisième, portant sur les stratégies d'adaptations relationnelles pour instaurer une relation de confiance avec un patient opposant ou réticent au soin.

#### **3.2 Analyse descriptive des entretiens**

Grâce à ces entretiens et aux objectifs posés nous avons pu analyser les réponses des deux infirmiers afin de les comparer pour déterminer leurs stratégies d'adaptation, les points divergents et les points convergents de leur point de vue sur la question.

Tout d'abord, tous deux estiment que la communication avec le patient est la clé pour adapter son relationnel en fonction du soin. Ils pensent qu'il est primordial de communiquer avec le patient afin de lui expliquer le soin et de le rassurer. En revanche, il y a une dichotomie notoire sur la façon d'obtenir la confiance du patient. En effet, le premier infirmier estime qu'il ne faut jamais montrer au patient que nous ne maîtrisons pas le soin car cela aurait pour effet d'augmenter l'anxiété du patient et d'entacher la confiance qu'il a envers le soignant. À l'inverse, le deuxième infirmier pense que la clé réside en la franchise et l'honnêteté, permettant au patient d'avoir pleinement confiance dans le soignant car ce dernier est capable d'admettre ses difficultés et d'ajuster son soin en fonction de celles-ci. De ce fait, il peut se mettre au clair avec le patient avant le soin et s'octroyer

un instant dans le soin où il se met dans sa bulle afin de se concentrer et de réfléchir. Les deux stratégies d'adaptation, bien que totalement opposées cherchent néanmoins le même résultat : la distraction du patient, un temps de communication maximum avec le patient, et surtout la confiance du patient envers le soignant.

Malgré cette dichotomie, les stratégies de préparation au soin sont sensiblement les mêmes chez les deux soignants. En effet, tous deux s'appuient d'abord sur des ressources formelles, telles que les protocoles ou les fiches de réalisation de soin, ainsi que sur les connaissances et l'expérience de leurs collègues. Grâce à cela ils se préparent à réaliser le soin avant d'entrer dans la chambre du patient, ce qui va permettre un meilleur déroulé du soin. Ils s'appuient également sur le patient. En effet il arrive régulièrement que des patients aient l'habitude du soin qui doit être fait (notamment dans les pathologies chroniques), ce qui est une ressource supplémentaire pour le soignant. Lorsque le patient est habitué au soin, il a ses habitudes sur sa réalisation et peut donc guider le soignant afin qu'il soit réalisé le mieux possible et de la façon dont le patient préfère. Pour les deux soignants interrogés, le fait de rendre le patient acteur est très important, d'une part car cela lui permet de participer à sa prise en soin et donc de ne pas subir le soin, d'autre part car cela permet de renforcer la relation de confiance entre le soignant et le soigné. On peut tout de même noter une différence dans l'appréhension du soin chez les deux soignants. Le premier évite à tout prix de se retrouver seul face à un soin qu'il ne maîtrise pas, alors que le deuxième ne cherche pas forcément de solution de replis, mais plutôt des solutions d'action pour la réalisation du soin.

Enfin, pour ce qui est d'un patient réfractaire au soin, les deux infirmiers ont une gestion très différente. Le premier estime qu'il est nécessaire de faire la part des choses et de demander le relais d'un collègue lorsque le patient refuse qu'un soignant donné face son soin. D'après son expérience, la relation soignant-soigné se porte mieux lorsque l'infirmier demande le relais au lieu de s'imposer au patient. Au contraire, le deuxième infirmier cherche à communiquer avec le patient afin de comprendre ce qui motive le refus du patient. Une fois cette problématique mise en avant, il cherche à la solutionner et à gagner la confiance du patient, ce qui, dans son expérience, a toujours porté ses fruits puisqu'il n'a jamais fait face à un refus catégorique. Cette stratégie s'appuie sur le fait que l'équipe soignante et le patient ont le même but, à savoir garantir la santé du patient, de ce fait, si le soignant se veut rassurant et cherche à trouver la problématique pour la résoudre, il instaure d'emblée une relation de confiance avec son patient et peut donc réaliser ses soins dans les meilleures conditions possibles. Pour ce qui est du refus de soin acté, il semble difficile à accepter pour le soignant car ce refus peut être pris personnellement, comme nous le dit le premier infirmier. En effet, bien que le patient ait le droit de se sentir réticent face à un soignant, voir de ne pas vouloir



qu'un certain infirmier lui fasse son soin, il est possible, et c'est une réaction humaine, que ce dernier se sente démuni et ait du mal à l'accepter. En tout et pour tout, bien que cela puisse affecter le soignant, il faut prendre du recul sur la situation, ce qui permet de voir les bénéfices du relais instauré et les répercussions sur la relation soignant-soigné.

#### **4 Analyse interprétative**

Lorsque nous comparons les apports théoriques et les entretiens réalisés, nous observons que les soignants tendent à se rapprocher de la théorie apportée par les écrits qui est aussi un des fondamentaux de notre formation.

La formation des étudiants en soins infirmiers consiste à apprendre les gestes techniques que nous pouvons rencontrer dans les services, mais la dimension relationnelle en est elle aussi partie intégrante. En effet, cette dimension est une part fondamentale du métier et il est important d'avoir des références et des apprentissages permettant de savoir comment réagir face aux émotions des patients. Dans les entretiens réalisés nous pouvons voir que cette dimension relationnelle est très importante pour les soignants. Les infirmiers interrogés ont mis l'accent sur la communication et la relation soignant-soigné, d'autant plus lors des soins techniques. Pour autant, les stratégies de communication peuvent différer d'un soignant à l'autre. Certains infirmiers préfèrent la franchise de dire au patient qu'ils ne maîtrisent pas totalement le soin, pensant que cela va instaurer une relation de confiance, tandis que d'autres préfèrent taire ce manque de maîtrise, pour la même raison. Le fait de dire au patient que ce n'est pas un soin qu'on a l'habitude de réaliser peut le rendre angoissant car, si eux-même ne sont pas familiarisés avec ce soin, ils ne savent pas réellement à quoi s'attendre et peuvent avoir des appréhensions sur la douleur ou la bonne réalisation du soin. Cela dit, si le patient est informé qu'il ne s'agit pas d'un soin totalement maîtrisé, il s'attend donc forcément à ce qu'il puisse être plus long et nécessiter plus de concentration de la part du soignant. À l'inverse, s'il n'a pas connaissance de la difficulté du soin pour le soignant, il peut ressentir moins d'appréhension en amont du soin, mais il peut arriver que le patient remarque que le soignant n'est pas à l'aise, principalement à cause du langage paraverbal du soignant. Bien que celui-ci ne veuille pas montrer son manque de maîtrise, le patient peut ressentir que le soin n'est pas fluide et que l'infirmier a des moments de doutes et de réflexion. Lorsque le patient remarque cela, la relation de confiance en est forcément touchée. Le patient qui est là pour se faire soigner donne sa confiance au soignant qui réalise les soins, il partage souvent ses craintes, ses angoisses et ses sentiments ou ressentis. Le fait que le soignant ne soit pas totalement honnête avec lui peut entacher cette confiance.

En plus d'assurer cette relation de confiance, il est aussi important de se préparer au soin. Un soin technique requiert toujours une certaine technicité qui ne peut s'improviser. La formation en soins infirmiers nous apprend certains soins techniques, tandis que d'autres sont découverts et appris en stage. Néanmoins, la diversité de la profession infirmière en fait un métier aux composantes techniques multiples et très variées. Il se peut donc que, durant les trois années de formation, nous n'ayons pas pu voir tous les soins techniques que nous pourrions rencontrer dans notre future carrière professionnelle. De ce fait il est tout à fait normal et compréhensible qu'un infirmier puisse ne pas être familier avec un soin qui lui est demandé. Pour autant, la technicité du soin demande de savoir ce que nous allons faire afin de réaliser le soin dans l'ordre (par rapport à l'asepsie et la propreté notamment), ainsi que de la dextérité, bien que celle-ci s'acquiert au fil de la formation et des années de pratique, ce qui permet de rester polyvalents sur les soins à réaliser. Lorsque nous faisons face à un soin non habituel, il convient donc de se renseigner sur sa réalisation afin de ne pas mettre l'intégrité du patient en danger. Pour cela il existe des protocoles de soin dans les services, ainsi que des fiches techniques sur la réalisation de certains soins, mais nous pouvons également nous appuyer sur les expériences de nos collègues qui ont peut-être déjà réalisé ce soin. En effet, si ils l'ont déjà réalisé plusieurs fois, ils peuvent avoir développé des techniques qui, selon eux, facilitent le soin, ce qui peut être d'une bonne aide quand on ne connaît pas le soin. Si l'un de ces collègues a du temps il peut même être envisagé qu'il vienne encadrer le soin, à la fois pour rassurer le soignant, mais aussi pour aider à la réalisation technique du soin. En revanche, si aucun des soignants du service ne connaissent le soin et que les fiches techniques restent assez floues, nous pouvons nous appuyer sur des vidéos YouTube par exemple. Il existe de nombreuses vidéos sur cette plate-forme où les soins sont montrés, détaillés et expliqués, ce qui permet une meilleure visualisation du soin lorsque celui-ci ne semble pas clair. Enfin, le patient peut également être d'une grande aide car c'est lui qui subit le soin et ses impressions et attendus sont importants pour la bonne réalisation du soin. Si il s'agit d'un soin auquel il est habitué, comme ce peut être le cas dans des pathologies chroniques ou de longue durée, il peut aiguiller le soignant. En effet, il a déjà vu et vécu le soin plusieurs fois, ce qui lui permet de savoir plus ou moins bien, en fonction de ses connaissances, comment le soin est réalisé. Il peut ainsi expliquer au soignant comment les infirmiers réalisent le soin habituellement, dans quel ordre, ce qu'ils font systématiquement ou qu'ils évitent de faire et les techniques les plus utilisées. En plus de cela, son expérience du soin lui permet d'indiquer au soignant ce qu'il n'apprécie pas dans le soin ou les techniques de réalisation qu'il n'apprécie pas. Malgré toutes ces informations que nous pouvons récolter, certains infirmiers préfèrent déléguer un soin qu'ils ne connaissent pas. Selon moi, il peut être intéressant, si nous ne voulons pas réaliser le soin, de demander à un collègue

de nous montrer le soin si possible. En effet, si nous ne nous sentons pas à l'aise pour la réalisation, voir quelqu'un le faire, avec ses explications, permet de s'imprégner du soin et de commencer à l'appivoiser. De cette façon le soin nous est déjà un peu familier pour les prochaines fois où nous y ferons face. Cela me semble également important car nous ne pouvons pas toujours déléguer nos soins, il est donc utile de savoir comment se déroule le soin. De plus, dans des professions telles que les professions médicales, la recherche a une place importante et elle permet de mettre à jour certaines techniques de soin. De ce fait, de nouvelles techniques apparaissent régulièrement et les soignants doivent apprendre à maîtriser ces techniques. Le métier d'infirmier possède donc une part importante d'adaptabilité et éviter de faire face à des soins que nous ne connaissons pas me semble compliqué à tenir au long cours.

Enfin, il peut arriver qu'un patient ne souhaite pas qu'un soignant réalise ses soins. Cela arrive peu et pour des raisons diverses. Nous n'avons pas réellement détaillé cela dans la cadre théorique, mais les réponses des infirmiers interrogés apportent tout de même des éléments de réponse. Effectivement, comme dit précédemment, les raisons de ce refus peuvent être diverses, il est donc important d'en connaître la raison exacte. Comme nous le dit l'infirmier 1, la relation soignant-soigné existe car le but de la prise en soin du patient est de régler ses problèmes de santé, ou d'améliorer sa qualité de vie le cas échéant, ce qui, de prime à bord, semble être le but du patient également. Seulement pour arriver à ce résultat, il faut que le soignant et le soigné avancent ensemble dans la même direction. Si l'un des deux éléments de cette relation n'est plus en accord avec l'autre, il convient alors de trouver un point d'entente ou une alternative pour continuer à avancer vers les bénéfices du soin. Pour trouver ce point d'entente, il faut instaurer une relation de confiance avec le patient afin que celui-ci se livre et mette des mots sur les raisons de son refus. Une fois que les raisons du refus sont expliquées, dans le calme, le soignant peut alors donner ses arguments en faveur de la réalisation du soin. Il doit alors rassurer le patient sur la réalisation du soin, sur ses capacités à le réaliser et sur les bénéfices du soin. Pour instaurer cette relation de confiance il vaut mieux éviter de mentir ou de ne pas dire tout dire au patient. En effet, pour revenir à la première problématique, si on ne dit pas au patient que nous ne sommes pas familier au soin mais qu'il s'en rend compte durant le soin, le travail réalisé en amont perdra tout effet et tout sens aux yeux du patient. Pour autant, si nous ne nous sentons pas à l'aise de réaliser un soin auprès d'une personne qui nous le refuse, l'option de relais par un collègue peut être intéressante. En effet, il est possible que le patient se sente plus à l'aise avec un autre infirmier et, s'il est possible de le faire, le soin se déroulera mieux pour le patient et pour le soignant. Il reste tout de même important de ne pas déléguer tous les soins pour le patient à ses collègues car ces derniers ont également des patients

à s'occuper, mais aussi car il est important que le patient comprenne que le soignant en face de lui est capable de réaliser son soin et que cela fait parti de son travail.

Ces entretiens m'ont permis de constater que la communication avec le patient n'est pas un simple aspect théorique difficile à réaliser en pratique, mais bien une des composantes majeures de la prise en soin d'un patient. Comme vu dans les textes, la relation soignant-soigné et la relation de confiance sont primordiales dans notre métier et la communication est indispensable pour créer ces liens. Cela m'a amené à me questionner sur la place de la communication dans les soins. En effet, la relation soignant-soigné nécessite une certaine forme de communication, mais en quoi cette communication dans la relation soignant-soigné a-t-elle un impact dans les soins ?

## **Conclusion**

Les soins infirmiers sont multiples et variés, de ce fait, il peut arriver que le soignant ne connaisse pas le soin qu'il doit réaliser ou encore qu'il ne soit pas encore familier ou à l'aise avec sa réalisation. Bien que ces soins techniques soient une composante majeure de l'activité du personnel soignant infirmier, la communication a un rôle majeur dans le prendre en soin du patient. Comme vu précédemment, le prendre soin passe par la communication et la relation de confiance. Alors que quelques années auparavant le corps médical était en posture de sachant et imposait les soins aux patients, à l'heure actuelle les professions soignantes tendent à se rapprocher le plus du patient. Autrement dit, les soignants cherchent à connaître le patient, ses capacités et ses connaissances intellectuelles afin de pouvoir s'adresser à lui pour lui expliquer les soins et leur nécessité. C'est cette posture dans la relation soignant-soigné qui permet l'instauration d'une relation de confiance car le patient ne se sent pas jugé et peut se confier au soignant, permettant ainsi d'améliorer sa prise en soins. Grâce à cela, nous pouvons prendre en soin les patients de manière qualitative, cependant cela peut aussi représenter une charge cognitive dans l'expérience de travail du soignant. En effet, comme nous avons pu le voir, la communication a un rôle central pour l'infirmier dans la prise en soin de ses patients. Cette communication permet la bonne réalisation des soins, une meilleure expérience de soins pour le patient, mais aussi la bonne compréhension de sa prise en charge globale par le patient. Pour qu'une relation de soin fonctionne il faut de la communication, mais c'est également utile pour que le patient ne subisse pas son soin, pour le détourner d'une angoisse ou d'une peur face au soin ou simplement pour donner l'impression que le soin est moins long. Pour autant, lorsque les soignants font face à des soins qu'ils ne maîtrisent pas, la communication peut être un frein à la concentration et donc à la bonne réalisation du soin. Il est donc important de se préparer au soin en amont et de le visualiser mentalement afin de l'avoir en tête en arrivant dans la chambre du patient.

Cela permet de conserver une communication avec le patient, même si elle peut être entachée par la réalisation du soin. Nous avons pu voir que, bien que le soin demande des efforts de concentration, les soignants pensent que la communication prime et qu'il ne faut en aucun cas laisser le patient subir le soin sans communiquer à minima avec lui. Tous cela nous donne des éléments de réponses quand à l'adaptation des jeunes infirmiers face à la charge cognitive d'un soin complexe et de la relation soignant-soigné. En effet, les deux infirmiers interrogés sont en accord pour dire que le soin est visualisé et analysé en amont, grâce à des techniques plus ou moins formelles, mais une fois dans la chambre du patient, la communication est la clé. Cette communication permet de renforcer la relation soignant-soigné et elle est donc primordiale, bien qu'il faille rester concentré pour réaliser le soin. Lors de la réalisation il y a deux écoles, ceux qui ne laissent pas transparaître leur manque de connaissance ou de pratique et ceux qui préfèrent en faire part au patient. Dans les deux cas le but est de conserver la confiance du patient et de le rassurer. Le fait de dire au patient que nous ne maîtrisons pas complètement le soin lui permet d'en avoir conscience et donc de comprendre que la communication peut être entachée au profit de la concentration.

Ces éléments de réponses et apports théoriques m'ont permis de comprendre l'importance de la communication et de la relation soignant-soigné que nous instaurons avec les patients. En effet, les soins techniques sont de l'ordre du rôle prescrit et cela prend sens lorsque nous nous rendons compte de l'importance de la prise en charge relationnelle pour le patient. En ce qui concerne la charge cognitive de l'apprentissage d'un soin technique combiné à la relation soignant-soigné, c'est en réalité ce qui régit le quotidien des infirmiers. Bien que nous ayons l'habitude de réaliser certains soins, d'autres restent très peu présents dans certains services, mais nous pouvons tout de même être amenés à les réaliser. De ce fait, nous sommes toujours en apprentissage et cela ne doit pas compromettre la relation soignant-soigné, d'autant plus que les patients sont en capacité de comprendre que nous pouvons avoir besoin de concentration durant un laps de temps, mais que la communication est toujours possible en amont et en aval de ce temps.

Ce travail m'a permis d'approfondir les connaissances théoriques que nous avons reçu en cours sur la relation soignant-soigné et la communication avec le patient. Cela m'a appris à différencier le prendre soin du caring, qui sont deux thématiques très importantes dans la relation entre le patient et le soignant. Les entretiens réalisés m'ont permis de constater qu'il existait plusieurs stratégies d'adaptation face à une même situation, mais que le but de ces stratégies reste dans les valeurs soignantes et dans le bien-être du patient. En comparant ces deux stratégies j'ai pu

constater qu'elles avaient toutes deux des avantages et des inconvénients et que chaque situation et chaque patient est différent ce qui rend l'adaptabilité singulière et non générale.

Durant ce travail nous avons pu voir que la notion de communication revenait régulièrement, que ce soit dans les textes ou dans les entretiens réalisés auprès d'infirmiers. Il conviendrait donc d'approfondir sur cette notion afin d'en comprendre les principales composantes et son impact dans la relation qu'entretiennent le soignant et le patient.

## Bibliographie

- Rimé, B. & Scherler, K. (2003). *Les émotions*. Delachaux et Niestlé
- Merkling, J. (2017). *Les fondements de la relation de soin : savoirs essentiels, outils à mobiliser et professionnalisation*. Seli Arslan
- Therrien, D. et Dumas, L. (2007). *La pensée critique et la démarche de soins infirmiers en stage*. Chenelière [http://devenirinfirmiere.org/wp-content/uploads/2014/12/2874-M\\_CH01\\_LD-DT\\_2014-12-151.pdf](http://devenirinfirmiere.org/wp-content/uploads/2014/12/2874-M_CH01_LD-DT_2014-12-151.pdf)
- Baggio, S. (2011). *Psychologie sociale : concepts et expériences*. De Boeck Supérieur <https://www.cairn.info/psychologie-sociale--9782804164010-page-67.htm#pa4>
- Fortin, C. & Rousseau, R. (2011). *Psychologie cognitive: Une approche de traitement de l'information*. Presses de l'Université du Québec <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=O1wnDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT14&dq=th%C3%A9orie+traitement+de+%27+information+psychologie&ots=Ebww1QgVSn&sig=k2IqryHagADSjkg2rE82XXo1M38#v=onepage&q&f=false>
- Mercadier, C. (février 2008). Le travail émotionnel des soignants, la face cachée du soin. *Soins cadre de santé*, n°65, 19-22
- Cahour, B. et Lancry, A. (2011). Émotions et activités professionnelles et quotidiennes. *Le travail humain*, n°74, 97-106
- Kaddouri, M. (2012). Écarts épistémiques et écarts identitaires de l'alternance. *Éducation permanente*, 193, 203-218
- Constant, N. & Verheye, J.-C. (2021). La dimension humaine, un levier dans l'approche de la qualité par les soignants. *Soins*, 853, 10-14
- Rothier Bautzer, E. (2019). Évolution de la relation dans les soins. *La revue de l'infirmière*, 254, 16-18
- Acker, F. (2019). Travail de soins, travail de relations. *La revue de l'infirmière*, 254, 19-21
- Neulat, P. (2006). Accompagner le processus de professionnalisation. *Objectif soins*, 142, 18-21
- Tricot, A. (1998). Charge cognitive et apprentissage, une présentation des travaux de John Sweller. *Revue de Psychologie de l'Éducation*, 1, 37-64 [https://www.researchgate.net/profile/Andre-Tricot/publication/36380930\\_Charge\\_cognitive\\_et\\_apprentissage\\_Une\\_presentation\\_des\\_travaux\\_de\\_John\\_Sweller/links/53e528b60cf21cc29fcc09c4/Charge-cognitive-et-apprentissage-Une-presentation-des-travaux-de-John-Sweller.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Andre-Tricot/publication/36380930_Charge_cognitive_et_apprentissage_Une_presentation_des_travaux_de_John_Sweller/links/53e528b60cf21cc29fcc09c4/Charge-cognitive-et-apprentissage-Une-presentation-des-travaux-de-John-Sweller.pdf)
- Ehrlich, M.-F. & Delafoy, M. (1990). La mémoire de travail : structure, fonctionnement, capacité. *L'année psychologique*, 90, 403-427 [https://www.persee.fr/doc/psy\\_0003-5033\\_1990\\_num\\_90\\_3\\_29415](https://www.persee.fr/doc/psy_0003-5033_1990_num_90_3_29415)

- Hesbeen, W. (1999). Le caring est-il prendre soin ?. *Perspective soignante*, 4, 1-20  
<http://comjyeh.free.fr/0/Le%20Caring%20-%20Walter%20Hasbeen.pdf>
- Picard, D. (1992). De la communication à l'interaction : l'évolution des modèles. *Communication et langages*, 93, 69-83 [https://www.persee.fr/doc/colan\\_0336-1500\\_1992\\_num\\_93\\_1\\_2380](https://www.persee.fr/doc/colan_0336-1500_1992_num_93_1_2380)
- Théorie de la charge cognitive. (2020, 23 octobre). Dans *Edutechwiki*.  
[http://edutechwiki.unige.ch/fr/Th%C3%A9orie\\_de\\_la\\_charge\\_cognitive](http://edutechwiki.unige.ch/fr/Th%C3%A9orie_de_la_charge_cognitive)
- Barouillet, P. (s.d.). *Baddeley Alain David*. Universalis <https://www.universalis.fr/encyclopedie/alan-david-baddeley/>
- Pitte, M. (2019, 3 août). *La communication verbale*. Espace soignant  
<https://www.espacesoignant.com/soignant/soins-relationnels/communication-verbale>



## **Annexe I : Situation d'appel**

M<sup>me</sup> M est entrée dans le service le 14 septembre 2020 pour de multiples AVC ischémiques d'âges et de territoires différents. Elle a été adressée aux urgences par son médecin traitant qui a constaté une aphasie et un manque du mot à 11h15. Lors de son arrivée dans le service madame conservait un léger déficit du membre supérieur droit, ainsi qu'un manque du mot. Dans la nuit elle s'est aggravée avec constatation d'une paralysie faciale droite (PFD) avec dysarthrie, une parésie du membre supérieur droit (parésie du MSD) avec chute au barré, ataxie, aphasie sévère, hémioropsie latérale homonyme (HLH) droite, puis hémiparésie droite et négligence droite. De plus, la patiente était nauséuse, il a donc été décidé de lui faire passer une IRM en urgence qui a montré une constitution d'un AVC ischémique sylvien gauche ainsi qu'une crise partielle avec déficit post-critique. Suite à cette constitution la patiente est revenue dans le service avec une surveillance renforcée de ses troubles neurologiques.

M<sup>me</sup> M est restée très déficitaire suite à ce deuxième AVC, avec conservation des troubles neurologiques présents avant l'IRM (PFD, HLH droite, hémiparésie droite et négligence). De plus, la patiente urinait très peu. Plusieurs bladder scan ont été réalisés, montrant une vessie pleine (entre 200 et 500cc d'urines). Les médecins du service donnent pour consigne d'éviter de sonder en dessous de 500cc au bladder. On nous informe lors des transmissions que madame M avait été sondée en aller-retour à 3 reprises la veille (une fois en fin de matinée, une fois dans l'après-midi et une fois dans la nuit). Avec l'infirmière nous décidons donc d'attendre de voir comment la matinée se passe sur le plan urinaire avant de poser une sonde à demeure à madame.

Durant cette journée, j'étais avec une infirmière avec qui je n'avais pas encore travaillé. En début de matinée elle m'avait informé que, comme nous n'avions jamais travaillé ensemble, elle voulait que je la suive lors de la journée et que je ne prendrais pas de patients en autonomie comme je le faisais habituellement. J'ai donc suivi cette infirmière qui ne m'a laissé faire aucun soins de la matinée. En fin de matinée, madame M n'avait toujours pas uriné, l'infirmière a donc réalisé un nouveau bladder qui montrait 540cc d'urines dans la vessie. Après avoir demandé la confirmation de l'interne, elle m'informe que nous allons poser une sonde à demeure à la patiente.

Elle me demande donc si j'ai déjà posé une sonde, je lui répond que j'ai vu une pose de sonde à demeure chez une femme lors de mon stage de S2 et que j'ai vu la théorie en cours en S4, mais que je n'ai jamais pratiqué. Pensant donc qu'elle allait me montrer le soin puisque je n'avais pas fait de soin de la journée, je l'aide à préparer le matériel pour la pose de sonde. En arrivant devant la porte de la chambre, l'infirmière me dit que je vais poser la sonde moi-même. Sur-ce elle ouvre la porte et informe la patiente sur le soin que nous allons réaliser. Je me charge donc de débarrasser au mieux l'adaptable de la dame afin de poser mon matériel.

Alors que je réfléchis à mon soin afin de savoir ce que j'ouvre en premier pour rester stérile et m'organiser au mieux, l'infirmière me presse et me pose plein de questions sur le matériel et sur la façon

dont j'allais m'y prendre pour réaliser mon soin. Toutes ces questions m'ont totalement perdue dans mon raisonnement et ma réflexion sur le soin que j'allais réaliser car je n'avais pas le temps d'y réfléchir ni de repenser à mon soin avant de donner ma réponse. En effet l'infirmière me pressait en me disant que nous n'avions pas beaucoup de temps et toutes ses questions s'enchaînaient sans que je n'ai le temps de visualiser les étapes. Au bout d'environ une minute de questions, l'infirmière me dit d'ouvrir les emballages, d'ouvrir le champ stérile et de préparer tout mon matériel. Étant encore perdue dans la réflexion de mon soin à cause de toutes ces questions, je ne savais même plus quel matériel devait être ouvert en premier, ni ce qui devait être mis sur le champ stérile. Voyant que j'étais perdue, l'infirmière est venue ouvrir les emballages avec moi, tout en me disant de me dépêcher et en me donnant plusieurs instructions à la fois sur ce que je devais faire avec tel ou tel objet.

Une fois le matériel prêt et mes gants stériles mis, l'infirmière me dit qu'elle va m'aider à faire la pose de sonde. J'ai donc réalisé la petite toilette au Dakin de la dame (elle venait de sortir de la douche, donc la petite toilette au savon avait déjà été réalisée il y a peu), puis l'infirmière m'a dit qu'elle allait tenir les lèvres de la patiente afin que je reste totalement stérile et que ce soit plus simple pour moi d'insérer la sonde. Cependant, je n'avais jamais manipulé de sonde vésicale, j'ai donc eu beaucoup de mal à trouver la bonne façon de la prendre dans ma main afin qu'elle reste stérile, mais que je puisse la manipuler assez facilement pour l'introduire chez la patiente. Une fois que j'ai réussi à trouver une façon ergonomique de tenir la sonde, je me suis penchée sur le vagin de la dame afin de trouver son méat urinaire. Alors que je commençais à peine à regarder, l'infirmière m'a tout de suite indiqué le méat et m'a dit qu'il fallait désormais que je me dépêche à introduire la sonde car nous avions déjà perdu beaucoup de temps. Je m'exécute donc et rentre la sonde. Je continue donc d'introduire ma sonde pendant que l'infirmière me dit de me dépêcher et que, maintenant que j'étais dedans il fallait y aller. Une fois la sonde en place, je prend ma seringue afin de remplir le ballonnet, puis l'infirmière tire sur la sonde jusqu'à sentir la résistance du ballonnet, après quoi elle me demande de ranger puis sors de la chambre.

Ce n'est qu'une fois que l'infirmière est sortie de la chambre que j'ai pensé à la patiente. Durant tout mon soin j'étais tellement stressée par la pression temporelle que je ne m'étais focalisée que sur l'aspect technique de mon soin pour être sûre de ne rien oublier et que l'infirmière ne me reprenne pas, que j'en ai oublié la patiente. Bien que celle-ci ne puisse pas s'exprimer et que nous avions un doute sur des troubles de la compréhension, j'ai pris le temps de lui réexpliquer le soin que nous avions réalisé et la raison pour laquelle nous l'avons fait.

Avant le soin, lorsque l'IDE m'a prévenu que j'allais faire un sondage à demeure, j'ai d'abord eu peur. D'une part car la façon de me l'annoncer ne m'a pas mise en confiance, mais aussi car il s'agit d'un soin très invasif. J'avais déjà vu des poses de sondes lors de mon stage de S2 en SSR, cependant, elles ne s'étaient jamais très bien déroulées. En effet, à chaque fois les patientes avaient été très douloureuses (les infirmières avaient du mal à trouver le méat urinaire, ce qui était très inconfortable pour les patientes), lors de l'introduction de la sonde elles bougeaient souvent, elles essayaient de se débattre et parfois criaient.

Suite à cela, j'ai toujours appréhendé ce soin car j'avais peur de faire mal aux patients. De plus, il s'agit d'un soin technique, réalisé en stérile, j'avais donc peur de me déstériliser et donc de devoir recommencer, notamment car, lors des poses auxquelles j'avais déjà assisté, les infirmières avaient souvent dû s'y reprendre à plusieurs fois, rendant le soin encore plus long et plus désagréable pour les patientes. De plus, avec la pression temporelle exercée par l'infirmière avec qui je réalisais le soin, la peur de rater mon soin était encore plus grande, car cela aurait fait perdre du temps à l'infirmière qui me disait déjà que je mettais trop de temps et qu'il fallait que nous nous dépêchions.

Après le soin, j'ai ressenti deux émotions différentes et pourtant liées :

Tout d'abord j'étais en colère. En colère car je n'ai pas réalisé le soin dans des conditions optimales. En dehors du fait que je n'ai pas communiqué avec la patiente, j'ai surtout cédé à la pression temporelle instaurée et je me suis dépêchée à faire un soin que je ne maîtrisais pas du tout. J'étais énervée contre moi-même car j'aurais dû prendre du temps pour réfléchir à mon soin et à l'ordre dans lequel je devais l'effectuer au lieu de tout faire d'un coup, sans vraiment d'ordre chronologique, en étant perdue dans mon soin et sans réellement savoir ce que j'allais faire. J'étais aussi en colère car j'aurais dû dire à l'infirmière qu'il me fallait du temps pour réaliser le soin, pour préparer mon matériel et pour réfléchir au soin.

Ensuite, cette colère s'est transformée en honte. J'avais honte d'avoir réalisé un soin aussi invasif sans même l'avoir préparé, sans avoir dit à l'infirmière que j'appréhendais beaucoup la pose de sonde et qu'il me fallait du temps pour préparer mon matériel et réfléchir à la manière dont j'allais procéder pour poser ma sonde tout en sachant qu'il fallait que je garde au moins une de mes mains en stérile. J'avais honte aussi de ne pas avoir communiqué avec la patiente. Bien que celle-ci soit très aphasique et qu'elle ait des troubles de la compréhension, j'aurais aimé lui parler, lui expliquer ce que je faisais. J'ai eu l'impression de lui imposer un soin extrêmement invasif et de ne pas l'avoir prise en compte du tout dans cet acte.

## **Annexe II : Guide d'entretien**

Objectifs :

- Connaître la population interrogée
- Connaître et comprendre les stratégies d'adaptation des jeunes IDE pour communiquer avec le patient face à un soin qu'ils ne maîtrisent pas
  - Connaître les stratégies d'adaptation relationnelles pour instaurer une communication avec le patient
  - Connaître les stratégies de mise en oeuvre techniques pour la réalisation du soin
- Connaître les stratégies d'adaptation pour instaurer une relation de confiance avec un patient lorsque celui-ci ne connaît pas le soignant

**Questions :**

### **1) Connaître la population interrogée**

- Quel âge avez-vous ?
- Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?
- Durée d'exercice dans le service ?

### **2) Connaître les stratégies d'adaptation relationnelles pour instaurer une communication avec le patient**

- Pouvez-vous me décrire votre communication relationnelle avec un patient lors d'un nouveau soin technique complexe ?
- Qu'avez-vous mis en place pour instaurer une communication avec le patient dans ce contexte ?

### **3) Connaître les stratégies de mise en oeuvre techniques pour la réalisation du soin**

- Comment appréhendez vous ces situations et que mettez-vous en place pour conjuguer soin relationnel et soin technique complexe ?
- Comment réussissez-vous à allier la dimension relationnelle du soin à la dimension technique, sans que cela n'ait d'impact sur la qualité de la dernière ?
- De manière générale, comment vous sentez-vous après le soin ?

### **4) Connaître les stratégies d'adaptation pour instaurer une relation de confiance avec un patient lorsque celui-ci ne connaît pas le soignant**

- Que mettez-vous en place (action, ou dimension relationnelle) pour que le patient ait confiance en vos capacités de réalisation du soin alors qu'il ne vous connaît pas ?
- De manière générale, comment réagissent les patients ?
- Et s'il s'agit d'un soin que vous ne maîtrisez pas, quelle stratégie adoptez-vous ?

## Annexe III : Entretien 1

EIDE

IDE 1

- Pour commencer j'aimerais connaître ton âge et savoir depuis quand tu es diplômé
- Je vais avoir 25 ans cette année, je suis diplômé depuis 2019, donc ça va bientôt faire 2 ans. En ce moment je travaille à l'HAD 35.
- D'accord, depuis combien de temps ?
- Ça fait 1 mois et demi que je travaille à l'HAD 35
- Du coup je ne sais pas si tu as eu des explications sur le sujet de mon mémoire ?
- Un petit peu
- D'accord, donc pour t'expliquer, il va traiter de la relation soignant-soigné et surtout de la communication avec le patient dans les soins qu'on ne maîtrise pas. Du coup j'aurai voulu savoir comment toi tu définirais ta relation avec le patient quand tu fais un soin technique complexe que tu ne maîtrises pas forcément
- Un soin que je ne maîtrise pas forcément ? J'évite de me retrouver face à un soin que je ne connais pas et si c'est le cas, j'essaye de faire un topo avec mes collègues. Ce qui est bien avec l'HAD 35 c'est qu'on connaît nos tournées avant, donc on sait quels soins on va avoir. Après on peut toujours avoir des surprises. Si je ne connais pas le soin je vais essayer de voir avec mes collègues si on peut échanger ou s'il n'y a pas d'autre solution. On va revoir ensemble le protocole et je vais éviter d'arriver chez le patient sans savoir comment faire ce que j'ai à faire.
- D'accord, et si tu te retrouves face à un soin, ce n'est pas obligatoirement un soin que tu ne connais pas du tout, mais ce peut être un soin que tu ne maîtrise pas spécialement, que tu n'as pas l'habitude de faire, comment fais-tu pour pouvoir intégrer le patient au soin et communiquer avec lui pendant le soin ?
- Sur un soin que je ne connais pas, en générale je vais demander au patient par quoi il veut commencer. Ça lui permet d'être actif et d'être acteur lors du soin, ça ne le met pas à l'écart. Toujours dans la communication, par exemple si je dois faire un nettoyage eau et savon pour un pansement, je cherche à savoir si l'eau est assez chaude. Autrement, ne jamais dire « je ne sais pas ». J'évite aussi de dire que c'est la première fois que je vais faire ce type de soin. J'essaye de ne jamais montrer à un patient que je ne suis pas à l'aise, parce qu'il va le sentir et donc il ne va pas avoir confiance en moi et ce sera une grosse problématique car il ne sera pas serein pendant le soin, il ne va pas être à l'aise. Déjà si le soin est anxiogène, ce n'est pas forcément évident, mais si en face le soignant ne connaît pas trop son soin, il ne va pas apprécier. Ça va nous mettre en difficulté lui et moi.

- Comment est-ce que tu appréhendes ces situations complexes ? Quand tu sais que tu vas avoir un soin technique, comment est-ce que tu appréhendes les soins avant de voir le patient ? C'est à dire, comment tu te sens avant le soin, et qu'est-ce que tu te dis pour que ton soin se passe bien et pour réussir à le faire ?
- Dans ma tête j'essaie de me dire que le patient va être acteur. Je reviens encore la-dessus, mais je me dis qu'il faut qu'il soit acteur et qu'il puisse m'aider en quelque sorte, mais sans lui dire que je ne sais pas. De toute façon ça n'arrive quasiment jamais de ne pas savoir. Quand je sais que je vais avoir un soin complexe pour moi, je fais le nécessaire auprès de mes collègues ou des protocoles et des documents pour voir comment ça se passe. En tout cas, j'imagine et j'espère que le patient va pouvoir m'aider. Si ce n'est pas le cas, c'est tout de suite plus compliqué, mais on arrive à se débrouiller quand même. Dans tous les cas j'évite d'y aller en me disant que ça va être compliqué ou que je ne vais jamais y arriver parce que sinon on n'est pas sorti.
- Une fois que tu es devant le soin, que tu vas le réaliser, comment fais-tu pour conserver une relation avec le patient, lui parler, tout en étant focalisé sur ton soin ? Comment fais-tu pour avoir une relation soignant-soigné en réfléchissant et en te concentrant sur ton soin ?
- Je pense que ça vient avec le temps et l'expérience : répéter les mêmes gestes, les protocoles de soin. Peu importe le soin, on peut parler de pansement, d'injection, d'une prise de sang, même les soins plus bateau, qu'on rencontre le plus souvent. Où je veux en venir c'est que j'essaie d'échanger, de discuter de tout et de rien. Si le soin est anxiogène j'essaie de dériver sur autre chose, de voir ce qui lui plaît. Comme on va au domicile du patient, on peut voir ce qu'il y a dans la chambre etc, ce qui nous permet de déterminer les goûts de certains patients. En observant les posters, les photos... on peut essayer de déduire de ses goûts et essayer de l'emmener vers certains sujets. C'est aussi comme ça que fonctionne l'hypnose, pour vulgariser la chose, c'est de la distraction et du coup cela permet pour le patient que le soin soit plus facile.
- Tout à l'heure tu parlais de la confiance du patient envers le soignant en disant que si le patient sait que tu n'as jamais réalisé le soin il ne sera pas confiant. À propos de ça, comment fais-tu pour que le patient ait confiance en ton soin alors que toi-même tu ne l'es pas forcément ?
- Déjà j'essaie de ne jamais le montrer. Jamais jamais, parce que si le patient voit ça, c'est fichu, la relation est fichue. Même si au fond de lui-même il essaie de te faire confiance ça ne marchera pas, il n'aura pas pleinement confiance en tes gestes, il ne sera pas à l'aise. Je reviens encore la-dessus, mais ça va être anxiogène pour lui et nous on va le ressentir, donc c'est un soin qui ne va pas bien se passer. Je pense qu'il ne faut jamais le montrer, après c'est mon avis, mais j'essaie de ne jamais le montrer.
- Et du coup par rapport à tout cela, les soins se sont toujours bien passés ? Est-ce que tu as eu des patients qui ont refusé un soin ?

- Si ça m'est arrivé lors de ma première prise de poste. Un jour, par exemple un lundi matin, j'avais une bio à faire à une patiente et le soin ne s'est pas bien déroulé parce que ça arrive qu'on n'arrive pas à ponctionner et je n'ai pas réussi à remplir mes tubes. Forcément le soin a été un peu long, douloureux par moment, donc j'ai demandé le relais à une collègue, je lui ai fait un de ses soins pendant qu'elle me faisait le mien. Le soin s'est bien passé avec ma collègue. Le lendemain pareil, j'avais un autre bilan sanguin à lui faire, mais du coup elle n'a pas voulu. Ce que je peux comprendre et que j'ai tout de suite entendu, donc j'ai tout de suite dit à ma collègue d'y aller en lui disant qu'hier ça s'était mal passé, que je n'avais pas réussi. Pour la dame ça n'allait pas le faire, déjà elle m'a dit qu'elle ne voulait pas, donc si en plus j'y vais de force la relation est fichue. Après ça, on se sent un peu démuni, moi ça m'a fait un peu mal quand même, je l'ai un peu mal pris qu'elle n'ait pas confiance en moi et quelle ne veuille pas que je fasse le soin. Mais il faut comprendre aussi, j'ai mis un peu de temps à comprendre, mais ça n'allait pas le faire, ni pour elle ni pour moi, si elle acceptait que je fasse le soin. Elle n'avait pas confiance, à tort ou à raison, elle s'est dit que ça n'allait pas fonctionner, donc je pense que dans ces cas-là, si c'est possible, il faut demander un relais à quelqu'un.
- [D'accord, et bien merci beaucoup, tu as répondu à toutes mes questions.](#)
- D'accord, super, il n'y a pas de soucis.

## Annexe IV : Entretien 2

EIDE

IDE 2

- Est-ce que tu sais un peu de quoi parle le mémoire ?
- Un petit peu, mais je veux bien que tu me fasses un petit rappel s'il te plaît.
- Pas de soucis. C'est sur la relation soignant-soigné et surtout les interactions avec le patient dans les soins techniques que nous ne maîtrisons pas spécialement ou que nous n'avons pas l'habitude de faire.
- D'accord.
- Pour commencer je vais te demander ton âge et depuis quand tu es diplômé.
- J'ai 23 ans, je suis diplômé depuis juillet 2020. Est-ce que tu veux que j'aie un peu plus dans les détails, te dire où j'exerce ?
- Oui je veux bien s'il te plaît.
- Donc je suis diplômé de juillet 2020, j'ai pris mon post le même mois en soins intensifs de neurochirurgie, j'ai passé tout mon été là-bas. Après, je suis allé dans différents services, notamment en médecine physique et réadaptative pour enfants, puis après sur le service de remplacement du pôle ASUR (anesthésie-samu-urgence-réanimation) où j'ai fait essentiellement des urgences. Et depuis mi-octobre, j'ai intégré la réanimation chirurgicale où j'exerce actuellement sur un poste fixe.
- D'accord, merci. Est-ce que tu pourrais me décrire ta communication avec le patient quand tu fais face à un nouveau soin technique ou un soin technique complexe ?
- Alors dans le service où j'exerce actuellement je peux être confronté à des patients qui sont dans le coma, donc la communication est un peu différente qu'avec un patient qu'on pourrait trouver dans les soins généraux. Mais pour avoir un exemple global, puisque finalement ça ne change pas tant que ça, la communication est centrale dans la prise en charge et l'interaction qu'on a avec le patient.

Du coup, dans un premier temps je me prépare à réaliser le soin, je sais qu'il va me demander un certain effort de concentration et de mise en pratique, que ce soit un soin que je n'ai pas l'habitude de faire, ou un soin où il faut suivre un protocole de A à Z. Dans un second temps, le patient peut être au courant parce qu'il a l'habitude d'avoir un soignant qui effectue ce soin, ou alors il n'en a pas l'habitude et auquel cas on peut l'informer que le soin peut être long, qu'il peut nécessiter pas mal de concentration. Ensuite, en fonction de notre aisance, on peut plus facilement communiquer avec lui, d'une manière un peu plus longue, ou juste lui dire qu'on pourra discuter, mais que, à un temps donné, on va être focalisé sur notre soin, donc s'excuser par avance et lui dire que dans les cinq



prochaines minutes qui vont suivre, on va avoir besoin de se concentrer, donc on ne va pas beaucoup parler par exemple.

- D'accord, est-ce que tu as déjà mis des choses en place, prévenir le patient comme tu viens de le dire, pour qu'il soit à l'aise dans le soin et que la communication se fasse assez naturellement ?
- Eh bien j'ai envie de dire que pour que la communication se passe, il faut communiquer tout simplement. Je pense que le patient n'a pas du tout de soucis sur le fait qu'on puisse lui dire qu'on va avoir besoin d'un peu de concentration et de temps et que, par conséquent on ne va pas être très bavard. Je pense que le patient n'a aucune difficulté à l'entendre, au contraire, je pense qu'il se sent peut-être plus rassuré par un professionnel de santé qui dit qu'il prend un peu de temps pour lui, pour bien réaliser le soin plutôt que l'inverse. Donc le fait de le dire au patient et aussi se préparer soi-même. Le fait qu'on aille vers un soin qu'on a pas l'habitude de faire ce n'est pas anodin donc on ne part pas à l'aventure sans savoir ce qu'on va faire, donc il faut se préparer et avoir conscience qu'effectivement, on ne sera pas forcément très présent avec le patient dans une communication active, mais ce n'est pas pour autant que la prise en charge est moins bien.
- D'accord, et par rapport à ça, comment tu appréhendes ces soins qui allient du relationnel et de la technique, car ce sont des soins complexes ?
- Personnellement, je suis au clair sur le fait que je ne sais pas tout, que ce soit en dehors des soins techniques aussi, il y a pleins de traitements, de dispositifs que je ne connais pas. En partant de ce principe que je n'ai pas la science infuse, je vais forcément être confronté à des soins dont je n'ai pas l'habitude et, de ce simple fait, je suis un peu décomplexé à ce sujet là ce qui fait que, lorsque je vais être confronté à un soin que je ne connais pas, je ne vais pas tomber de haut. Ensuite, pour répondre à ta question, le simple fait d'en avoir conscience est déjà un bon point et ensuite, tout dépend le soin car c'est du cas par cas, mais je peux m'appuyer sur des collègues qui eux ont déjà réalisé le soin, ou sur des protocoles et de la documentation, et selon le cas, le patient peut aussi être un support pour nous aider à réaliser un soin.
- Une fois que tu a réalisé le soin, de manière générale, comment tu te sens au niveau de la relation et de la communication ?
- Si le soin est réussi je suis content, mais personnellement, comme j'ai dit tout à l'heure, quand je sais que je vais avoir besoin d'être concentré pendant un certain temps, je préviens le patient et une fois que j'ai moins besoin de concentration, ce qui ne veut pas dire que le soin est terminé, je peux de nouveau avertir le patient pour que nous puissions reprendre une conversation sans soucis. Pour moi, même si on ne s'adresse pas au patient pendant un certain temps, cela n'entache en rien la relation qu'on peut avoir avec lui.
- Par rapport à cette relation justement, il peut arriver que certains patients soient réticents à la réalisation du soin lorsqu'ils ne connaissent pas l'infirmier ou que ce sont des jeunes infirmiers.

- Comment fais-tu dans ces cas là et que mets-tu en place pour que le patient accepte le soin et qu'il ne soit pas trop méfiant vis-à-vis du soin ?
- Quand le patient a une certaine appréhension par rapport au soin, encore une fois c'est du cas par cas, mais il faut aller vers lui, lui demander s'il est inquiet et pourquoi il l'est. En fonction de ses réponses, il faut essayer de trouver ce qui pose problème à l'instant T. À la suite de cela, tout dépend de l'inquiétude et de la hauteur du refus, mais il faut partir du patient. Si il a l'habitude de telle infirmière car elle fait le soin d'une certaine manière, il faut lui expliquer qu'aujourd'hui ce ne sera pas cette infirmière là, et que nous ferons au mieux pour que le soin se réalise de la meilleure des manières, que ce soit le moins douloureux possible ou le plus rapide possible afin qu'il soit tranquille par la suite. En fait il faut essayer de trouver un point d'entente entre le professionnel et le patient pour aller dans la même direction car au fond, en tout cas de mon point de vue, nous sommes dans la même équipe et nous allons dans la même direction, donc il est important de trouver un point d'entente pour pouvoir avancer à deux.
- Et quand tu fais cela, comment réagissent les patients ? Est-ce que cela les rassure ? Est-ce qu'ils acceptent le soin en général ?
- Oui, car, dans la mesure où les patients sont hospitalisés et qu'ils ont des soins, ils ont besoin de ces soins, sinon on ne les ferait pas. En partant de ce point là, on fait les soins pour eux et pour leur bien, donc quand on arrive à leur faire comprendre cela et à passer au delà de leur anxiété, car souvent ça part d'une anxiété que le soin soit mal fait ou d'une peur de ne pas connaître le soignant, d'avoir mal ou d'autres choses, lorsque l'on passe ce cap, le patient arrive plus facilement à accepter.
- Pour revenir au soin, si il s'agit d'un soin que tu n'as jamais réalisé ou que tu ne maîtrise pas du tout, est-ce que tu adoptes d'autres stratégies que celles que tu m'as expliquées ?
- Ça dépend du soin, si il s'agit d'un soin que le patient a l'habitude de recevoir mais dont moi je n'ai pas du tout l'habitude, je vais partir de lui, lui demander comment font mes collègues habituellement. En fait je vais vraiment m'appuyer sur lui pour qu'il me guide à réaliser le soin pour ce qui est de la taille du matériel par exemple. À l'inverse, si c'est un soin que le patient n'a pas l'habitude de recevoir et que je n'ai pas non plus l'habitude de réaliser, je ne vais en aucun cas mettre sciemment le patient de côté en disant « ne m'adresser pas la parole pendant que je fais mon soin ». Il est hors de question de cela, car je trouve que dans ces cas là, le soin en lui-même n'a plus de sens. Du coup dans ce cas là, je pense qu'on peut dire les choses et être honnête, il n'y a aucun mal à ne pas savoir les choses, donc on peut dire que c'est un soin qu'on a pas l'habitude de pratiquer, donc qui va nécessiter de la concentration, qu'on ne va pas être très bavard et qu'on va peut-être avoir besoin de réfléchir. Après tout dépend de chacun, pour ma part, je connais des collègues qui, quand ils sont dans le doute, se parle à eux-même, donc on peut avertir le patient qu'on peut se parler tout seul. Si le soin risque d'être un peu long et que cela ne dérange pas le

- soignant, on peut proposer que le patient puisse regarder la télé pendant le soin, à défaut de lui parler il pourra continuer l'activité qu'il avait auparavant. Pour bien réussir le soin, il faut que le soignant se mette dans les meilleures dispositions possibles, mais cela n'empêche pas de mettre également le patient dans de bonnes dispositions pour qu'il puisse recevoir le soin. Donc à défaut d'avoir une communication active, on peut trouver d'autres alternatives pour que le patient soit occupé à autre chose et qu'il ne subisse pas le soin.
- Si je comprend bien, tu utilise des techniques de distraction du patient pendant que tu réalise ton soin ?
- Oui c'est cela, d'ailleurs en soi, je pense que la communication active est aussi une forme de distraction : au delà de renforcer l'alliance thérapeutique, on est aussi là pour occuper le temps du patient car il ne faut pas que ce soit juste un soin. Je pense que ça c'est vrai pour tout soin, pour une prise de sang, si on vient, on fait notre prise de sang et on s'en va, certes il s'agit juste d'une prise de sang et ça n'a pas coûté grand chose au patient. En revanche, si on discute, même très brièvement, on peut déjà éviter de lui faire penser au fait qu'il subisse une prise de sang et en plus on fait passer le temps.
- Merci beaucoup d'avoir répondu à mes questions.  
De rien j'espère que cela va t'aider.

## Index V : Analyse des entretiens

**Sujet de recherche :** La relation soignant-soigné lors de la réalisation d'un soin technique

**Question de départ :** Comment les infirmiers débutants conjuguent-ils la charge cognitive d'un soin complexe avec la relation au patient ?

**Thème de la question :** Définir le parcours des soignants

**Objectif de l'analyse :** Définir la population interrogée

| Thème                      | Sous-thèmes                      | Items   |   |
|----------------------------|----------------------------------|---|---|
|                            |                                  | Infirmier 1   | Infirmier 2   |
| Le parcours des infirmiers | Âge                              | « Je vais avoir 25 ans cette année »                            | « J'ai 23 ans »   |
|                            | Durée de diplomation             | « je suis diplômé depuis 2019, donc ça va bientôt faire 2 ans » | « je suis diplômé depuis juillet 2020 »   |
|                            | Durée d'exercice dans le service | « Ça fait 1 mois et demi que je travaille à l'HAD »             | « depuis mi-octobre, j'ai intégré la réanimation chirurgicale où j'exerce actuellement sur un poste fixe. » |

**Thème de la question :** Adaptation du relationnel face à un soin technique

**Objectif d'analyse :** Mettre en évidence les stratégies d'adaptation relationnelles pour instaurer une communication avec le patient

| Thème                   | Sous-thèmes                      | Items   |  |
|-------------------------|----------------------------------|---|--|
|                         |                                  | Infirmier 1   | Infirmier 2  |
| Stratégies d'adaptation | Stratégies d'adaptation verbales | « demander au patient par quoi il veut commencer. » | « la communication est centrale dans la prise en charge et l'interaction qu'on a avec le patient » |

|                |                                      |  |   |
|----------------|--------------------------------------|--|---|
| relationnelles |                                      | <p>« j'essaye d'échanger »</p> <p>« discuter de tout et de rien »</p> <p>« j'essaie de dériver sur autre chose »</p> <p>« essayer de l'emmener vers certains sujets »</p> <p>« c'est de la distraction »</p> | <p>« on peut l'informer que le soin peut être long »</p> <p>« qu'il peut nécessiter pas mal de concentration »</p> <p>« on peut plus facilement communiquer avec lui, d'une manière un peu plus longue »</p> <p>« juste lui dire qu'on pourra discuter »</p> <p>« lui dire que »</p> <p>« on ne va pas beaucoup parler par exemple. »</p> <p>« je préviens le patient »</p> <p>« je peux de nouveau avertir le patient »</p> <p>« que nous puissions reprendre une conversation sans soucis »</p> <p>« je ne vais en aucun cas mettre sciemment le patient de côté en disant « ne m'adresser pas la parole pendant que je fais mon soin » »</p> <p>« on peut proposer »</p> <p>« on peut dire que c'est un soin qu'on a pas l'habitude de pratiquer »</p> |
|                | Stratégies d'adaptation non verbales | <p>« j'essaie de ne jamais le montrer. »</p> <p>« Jamais jamais »</p>  | <p>« On va avoir besoin de se concentrer »</p> <p>« il faut que le soignant se mette dans les meilleures dispositions possibles »</p> <p>« mettre également le patient dans de bonnes dispositions pour qu'il puisse recevoir le soin »</p> <p>« on peut trouver d'autres alternatives pour que le patient soit occupé à autre chose »</p>  |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  |   |  | <p>« qu'il ne subisse pas le soin. »</p> <p>« on ne va pas être très bavard »</p> <p>« on va peut-être avoir besoin de réfléchir. »</p>  |
|  | Stratégies d'adaptation du soignant pour qu'il se sente à l'aise de faire le soin | <p>« ne jamais dire « je ne sais pas ».</p> <p>« J'évite aussi de dire que c'est la première fois que je vais faire ce type de soin »</p> <p>« si le soin est anxiogène, ce n'est pas forcément évident, mais si en face le soignant ne connaît pas trop son soin, il ne va pas apprécier. Ça va nous mettre en difficulté lui et moi. »</p> |  |
|  | Ressenti du soignant sur la relation de confiance instaurée                       | <p>« J'essaye de ne jamais montrer à un patient que je ne suis pas à l'aise, parce qu'il va le sentir et donc il ne va pas avoir confiance en moi »</p>  | <p>« Je pense que le patient n'a pas du tout de soucis sur le fait qu'on puisse lui dire qu'on va avoir besoin d'un peu de concentration et de temps et que, par conséquent on ne va pas être très bavard »</p> <p>« je pense qu'il se sent peut-être plus rassuré par un professionnel de santé qui dit qu'il prend un peu de temps pour lui, pour bien réaliser le soin plutôt que l'inverse »</p> <p>« je pense qu'on peut dire les choses et être honnête »</p> <p>« il n'y a aucun mal à ne pas savoir les choses »</p> |

Thème de la question : Adaptation et appréhension d'un soin technique

Objectif d'analyse : Mettre en évidence les stratégies de mise en œuvre techniques pour la réalisation du soin

| Thème                             | Sous-thèmes              | Items  |  |
|-----------------------------------|--------------------------|--|--|
|                                   |                          | Infirmier 1  | Infirmier 2  |
| Stratégies de préparation au soin | Les ressources formelles | <p>« revoir ensemble le protocole »<br/>                     « je fais le nécessaire auprès (...) des protocoles et des documents »</p>  | <p>« sur des protocoles et de la documentation »</p>   |
|                                   | Les personnes ressources | <p>« Ça lui permet d'être actif et d'être acteur lors du soin »<br/>                     « ça ne le met pas à l'écart »<br/>                     « le patient va être acteur »<br/>                     « qu'il puisse m'aider en quelque sorte »<br/>                     « j'imagine et j'espère que le patient va pouvoir m'aider »<br/>                     « je fais le nécessaire auprès de mes collègues »</p>  | <p>« m'appuyer sur des collègues qui eux ont déjà réalisé le soin »<br/>                     « le patient peut aussi être un support »<br/>                     « partir de lui »<br/>                     « demander comment font mes collègues habituellement. »<br/>                     « m'appuyer sur lui »<br/>                     « qu'il me guide à réaliser le soin »</p> |
|                                   | Faire face au soin       | <p>« éviter d'arriver chez le patient sans savoir comment faire ce que j'ai à faire »<br/>                     « J'évite de me retrouver face à un soin que je ne connais »<br/>                     « j'essaie de faire un topo avec mes collègues. »<br/>                     « on connaît nos tournées avant »<br/>                     « on sait quels soins on va avoir »<br/>                     « voir avec mes collègues si on peut échanger »<br/>                     « s'il n'y a pas d'autre solution »</p> | <p>« je me prépare à réaliser le soin »</p>  |

Thème de la question : La relation avec un patient réticent à l'idée qu'on réalise un soin technique

Objectif d'analyse : Mettre en évidence les stratégies d'adaptation pour instaurer une relation de confiance avec un patient lorsque celui-ci ne connaît pas le soignant

| Thème                                    | Sous-thèmes                                    | Items  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | Infirmier 1  | Infirmier 2  |
| Instauration d'une relation de confiance | Faire face à un patient refusant un soin       | <p>« le soin a été un peu long, douloureux par moment »</p> <p>« j'ai demandé le relais à une collègue »</p> <p>« Ce que je peux comprendre et que j'ai tout de suite entendu »</p> <p>« donc j'ai tout de suite dit à ma collègue d'y aller »</p> <p>« Elle n'avait pas confiance, à tort ou à raison »</p> <p>« elle s'est dit que ça n'allait pas fonctionner »</p> <p>« si c'est possible, il faut demander un relais à quelqu'un. »</p> | <p>« essayer de trouver ce qui pose problème à l'instant T. »</p> <p>« tout dépend de l'inquiétude et de la hauteur du refus »</p> <p>« il faut partir du patient »</p> <p>« essayer de trouver un point d'entente entre le professionnel et le patient »</p> <p>« aller dans la même direction »</p> <p>« nous sommes dans la même équipe et nous allons dans la même direction »</p> |
|  | Communication avec le patient refusant le soin | <p>« Pour la dame ça n'allait pas le faire »</p> <p>« elle m'a dit qu'elle ne voulait pas »</p> <p>« si en plus j'y vais de force la relation est fichue »</p>   | <p>« c'est du cas par cas »</p> <p>« il faut aller vers lui »</p> <p>« lui demander s'il est inquiet et pourquoi il l'est »</p> <p>« lui expliquer qu'aujourd'hui ce ne sera pas cette infirmière là »</p> <p>« nous ferons au mieux pour que le soin se réalise »</p>   |



|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
|  |   |   | <p>de la meilleure des manières »</p> <p>« que ce soit le moins douloureux possible ou le plus rapide possible afin qu'il soit tranquille par la suite »</p> <p>« on fait les soins pour eux et pour leur bien »</p> <p>« on arrive à leur faire comprendre cela et à passer au delà de leur anxiété »</p> <p>« le patient arrive plus facilement à accepter. »</p> |
|  | <p>Ressenti lorsque le patient refuse le soin</p> | <p>« on se sent un peu démuni »</p> <p>« ça m'a fait un peu mal »</p> <p>« je l'ai un peu mal pris »</p> <p>« il faut comprendre aussi »</p> <p>« j'ai mis un peu de temps à comprendre »</p> |   |

NOM : MÉNAGER

PRÉNOM : GWLADYS

TITRE DU MÉMOIRE : COMMENT LES INFIRMIERS DÉBUTANTS CONJUGUENT-ILS LA CHARGE COGNITIVE D'UN SOIN TECHNIQUE AVEC LA RELATION AU PATIENT ?

Abstract : There is a lot of paramedical cares and, sometimes, nurses don't know about ones. Consequently, they need to overcome this lack while involving the patient. This represents a cognitive load, especially for the freshly graduated nurses who may not always be confident about their skills. The purpose of this work is to understand how those paramedics combine the cognitive load with patient-focused care. That's why we have asked two young graduates about the way they do the task required without forgetting the patient. Those answers, but also the written works allowed us to get the elements to answer the beginning question back. Even though they have the same goals of maintaining the patient-focused care and putting the patient at the heart of care, the two nurses have two completely different methods to do it. Finally we have dealt with the adaptation facing to an hesitating patient.

Résumé : Les professionnels du paramédical ne maîtrisent pas toujours les soins présents sur leur plan de soins de la journée. De ce fait ils doivent pallier ce manque de maîtrise, en conservant la relation soignant-soigné. Cette charge cognitive peut être importante pour les infirmiers, notamment pour les plus jeunes diplômés qui peuvent ne pas toujours se sentir à l'aise, même dans les soins qu'ils maîtrisent. Pour savoir comment ces derniers réussissent à conjuguer cette charge cognitive avec la relation soignant-soigné nous avons interrogé deux jeunes soignants qui nous ont donné leurs méthodes d'adaptation pour ne pas laisser le patient de côté au profit de la technique. Les données de ces entretiens ont été couplées aux textes théoriques sur la relation de soin et la charge cognitive afin d'en comprendre toutes les composantes. Grâce à cela nous avons pu déterminer deux méthodes d'adaptations différentes pour des soignants dont le but reste le même : conserver une relation de confiance avec le patient et l'intégrer dans le soin pour qu'il ne le subisse pas.

KEY WORDS : PATIENT-FOCUSED CARE, COMMUNICATION, CARE RELATIONSHIP, COGNITIVE LOAD, ADAPTABILITY

MOTS CLÉS : PRENDRE SOIN, COMMUNICATION, RELATION DE SOIN, CHARGE COGNITIVE, ADAPTABILITÉ

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.  
2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2021