



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

« La place du toucher dans le prendre soin d'un patient anxieux lors d'un geste invasif »



Formateur référent mémoire : BOR Sophie

POULIZAC Jennifer
Formation infirmière
Promotion 2019-2022

Date : 02 Mai 2022



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat d'Infirmier

Travaux de fin d'études :

***La place du toucher dans le prendre soin
d'un patient anxieux lors d'un geste invasif***

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 d'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 2 mai 2022

Identité et signature de l'étudiant : POULIZAC Jennifer

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^{er} : 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.

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier mon mari, mon pilier, qui m'a soutenue et encouragée chaque jour, sans jamais douter. Merci mon Chacha d'amour.

Merci à mes enfants, Erwan, Malo et Nell qui ont accepté d'avoir une maman moins disponible pendant trois ans, qui m'ont fait réviser avant les partiels, ce qui a d'ailleurs suscité des vocations. Merci mes zaz.

Merci à mes beaux-parents Michèle et Roland qui m'ont accompagné dans la gestion du quotidien pour me laisser du temps au travail.

Merci à celles qui sont devenues mes amies : Lucie, Stéphanie, Adeline et tout le groupe des Super IDE ! Avec vous c'était plus doux.

Et merci à tous les formateurs : plus spécialement à Séverine Ducloyer pour ses mots justes lors des moments difficiles, à Sophie Bor pour son accompagnement à la rédaction de ce mémoire et j'ai une pensée pour Béatrice Chérel qui m'a encouragé la première année de formation.

Sommaire

I. Introduction	1
1. Depuis quand et pourquoi	1
2. Pourquoi aujourd'hui présenter ce thème avec ce mémoire	1
3. Le plan de ce mémoire	2
II. Le cheminement vers la question de départ	3
1. Mes situations d'appel	3
1.1 En unité Alzheimer	3
1.2 En chirurgie ambulatoire	4
2. Le questionnement	5
3. Ma question de départ	6
III. Le cadre conceptuel	7
1. Le prendre soin et la place du geste invasif	7
1.1 Qu'est-ce que le prendre soin ?	7
1.2 L'infirmier et les soins invasifs	7
1.3 La vulnérabilité	9
1.4 La posture professionnelle de par les attitudes soignantes	9
1.4.1 La sollicitude	11
1.4.2 L'intelligence émotionnelle	11
1.4.3 Le pouvoir du soignant ?	11
2. Le patient anxieux à l'hôpital	12
2.1 Qu'est-ce que l'anxiété ?	12
2.2 Le prendre soin d'un patient anxieux : l'alliance thérapeutique, un prérequis	12
2.3 Les émotions du patient, des vecteurs d'anxiété	13
3. Le toucher dans les soins infirmiers	13
3.1 Le toucher : définition et place dans les soins infirmiers	13
3.1.1 Définition	13
3.1.2 Le toucher technique	14
3.1.3 Le toucher relationnel	14
3.1.4 Le toucher : un mode de communication	15
3.1.5 La place du toucher dans les soins	15
3.2 Les compétences relationnelles du soignant	16
3.2.1 La relation soignant-soigné	16
3.2.2 L'authenticité et la connaissance de soi-même	17
3.2.3 L'empathie	17
3.2.4 L'écoute active	17
3.3 La proxémie et la confiance nécessaires au toucher	18
3.3.1 La proxémie dans les soins inévitables lors du toucher	18
3.3.2 La confiance nécessaire à cette proxémie	18
3.3.3 Le consentement aux soins et donc à la proxémie	19
IV. Le dispositif méthodologique du recueil de données	21
1. Les objectifs du guide d'entretien	21
2. Présentation des professionnelles	21
3. L'organisation mise en place pour la réalisation des interviews	22
4. Mes points forts et mes limites	22

V. L'analyse descriptive des entretiens	23
1. Le prendre soin d'un patient anxieux	23
1.1 Définition	23
1.2 Les attitudes soignantes	23
1.2.1 Les valeurs	23
1.2.2 L'adaptation	23
1.3 La prise en soin globale	24
1.3.1 L'entourage et les familles	24
1.3.2 Les 3 dimensions	24
1.3.3 La prise en considération du vécu de la personne	25
1.3.4 Le travail en équipe	25
2. Les particularités de la douleur lors du prendre soin	25
2.1 La prise en considération de la douleur	25
2.2 La prise en charge de douleur intégrée dans les soins	26
2.2.1 La prise en charge médicamenteuse	26
2.2.2 La prise en charge non médicamenteuse	26
3. Le geste invasif intégré dans la prise en soin	27
3.1 La définition du geste invasif	27
3.2 L'intégration du geste invasif dans la pratique soignante	27
4. La place du toucher dans les soins	28
4.1 La place du toucher dans la pratique soignante	28
4.1.1 Les types de toucher	28
4.1.2 L'importance du toucher	28
4.2 Les intentions soignantes lors du toucher	28
4.3 Le respect et le consentement	28
4.4 La proxémie lors du toucher	29
VI. L'analyse interprétative	30
1. Le prendre soin d'un patient anxieux	30
1.1 Le prendre soin en globalité	30
1.2 La sollicitude : une réponse personnelle	31
2. L'anxiété lors d'un geste invasif	31
2.1 Le geste invasif : une réflexion pour favoriser l'alliance thérapeutique	32
2.2 Le travail en équipe	32
3. La place du toucher dans les soins	33
3.1 Un toucher soignant respectueux et avec des intentions positives	33
3.2 La proxémie lors du toucher : une évidence soignante consentie	33
4. La douleur : une composante essentielle à intégrer dans le prendre soin	34
4.1 La considération de la douleur par le soignant	34
4.2 Un éclairage pour le prendre soin d'un patient anxieux lors d'un geste invasif	35
VII. Conclusion	36

VIII Bibliographie

Annexes I : grille d'entretien

Annexe II : entretien infirmière 1

Annexe III : entretien infirmière 2

Annexe IV : entretien infirmière 3

I. Introduction

1. Depuis toujours

Noël 1986. Ce Noël-là est bien différent des autres. J'ai 6 ans et je suis hospitalisée en pédiatrie pendant 10 jours pour une péritonite. Le père Noël m'a apporté des rollers que je ne suis pas prête de chausser.

Ce vécu est le départ de ma vocation de soignante. L'atmosphère douce (malgré le fait que nous soyons 8 dans la chambre), la gentillesse des soignants, sentir l'infirmière près de moi pour m'endormir le soir après le départ de mon papa, qui me raconte une histoire en me prenant dans ses bras... Des souvenirs empreints de douceur et de bienveillance. Je me souviens du retrait des agrafes, de ma peur d'avoir mal mais je sais que je n'ai pas eu mal car je tenais la main de l'aide-soignante, ce qui me rassurais. Je me sentais bien, rassurée, baignée dans une atmosphère douce et apaisante. C'est mon premier souvenir en milieu hospitalier et je peux encore ressentir ces émotions : la sécurité, la sérénité et la douceur.

2. Mes motivations personnelles et professionnelles

En réfléchissant au thème que je voulais explorer pour mon mémoire de fin d'études en soins infirmiers, j'ai réfléchi aux diverses expériences vécues au cours de mes stages. Ces expériences se sont confrontées à d'autres vécues auparavant en qualité d'auxiliaire de puériculture en milieu hospitalier. Les émotions les plus fortes ainsi que les souvenirs marquants se sont rapportées à un sens : le toucher. La main, cet outil de soin qui sert à la fois à rassurer et apaiser, à explorer à la recherche d'éruption cutanée ou d'altération de l'état cutané ou encore à la réalisation de soins plus invasifs tels que les prises de sang, la pose de sonde urinaire, etc... Toutes ces actions infirmières passent par le toucher. Lors des soins infirmiers, le toucher est un des sens les plus mis à profit : pendant le soin en lui-même mais aussi pour entrer en communication. En septembre, lors d'un soin en Unité de Soins Continus Post Opératoire, une patiente m'a dit que j'étais douce, que c'était agréable. Elle n'a pas été surprise lorsque je lui ai dit que je travaillais auparavant auprès des enfants. Nous avons pu échanger sur la transférabilité de cette douceur dans les soins auprès du patient adulte, qu'elle-même a apprécié.

Voilà pourquoi il me tient à cœur de vous présenter mon travail de fin d'études sur ce concept, qui est de plus au cœur des soins infirmiers.

3. Le plan de ce mémoire

Après vous avoir expliqué le cheminement vers ma question de départ aidée de deux situations d'appel, je vous présenterai le cadre théorique rédigé autour des notions clés de ma question de départ que j'ai élaboré grâce à diverses lectures. Dans un troisième temps, après la réalisation d'entretiens auprès de professionnelles pratiquant des gestes invasifs au quotidien, j'analyserai leurs réponses aux questions posées. Ensuite, je vous exposerai mon travail effectué autour de la confrontation des données recueillies pour le cadre théorique et l'analyse des professionnelles. Enfin je conclurai ce travail en résumant l'entièreté de ce mémoire.

II. Le cheminement vers la question de départ

Après avoir brièvement exposé le choix de mon thème de mémoire dans l'introduction, je vais décrire les situations qui m'ont conforté dans ce choix.

1. Mes situations d'appel

1.1 En unité Alzheimer

Je suis en unité Alzheimer en stage de semestre deux. Dès le début de mon stage, je suis interpellée par le fait que les soignants donnent la main aux résidents lors des déplacements ou sur simple demande. Étant auparavant soignante en pédiatrie, ce geste était pour moi, dans mes représentations, réservé aux enfants.

Avant de commencer ce stage, je me rappelle avoir vu un reportage lors d'un cours à l'IFSI qui montrait des soignants donnant la main aux résidents d'un EHPAD. Cela m'avait alors paru inapproprié et m'avait même choqué, ce que j'avais pu verbaliser avec le formateur présent. Je pensais que les soignants infantilisaient les patients. Mes représentations en cette première année de formation étaient bien ancrées dans mon moi soignant d'auxiliaire de puériculture...

Je suis à mon troisième jour de stage et après un accompagnement à la toilette, je me dirige avec une résidente vers la salle à manger afin de lui proposer son petit déjeuner. Tout naturellement, elle me prend la main. Je suis mal à l'aise mais je la laisse faire car je connais très peu cette résidente et ne sais quel pourrait être son comportement en cas de refus de ma part. Je l'aide à s'installer et je lui apporte son petit déjeuner.

Cette situation s'est reproduite quotidiennement avec presque tous les résidents (à partir du moment où c'était une demande de leur part). Certains prenaient ma main pour la mettre sur leur visage, d'autres la voulaient dans la leur, ou parfois me caressaient la main. Parfois d'autres me tapaient la main lorsque je leur tendais la mienne lors d'une chute sur un matelas de chute par exemple.

Petit à petit, j'ai apprécié ce contact passant par la main, ressentir les émotions que les résidents dégageaient (la sérénité, la joie, le calme) et les sourires qu'ils affichaient. Et puis j'ai moi-même souhaité leur proposer ma main, leur tendre ou caresser la leur tout en étant respectueuse et à la recherche de leur accord. J'ai régulièrement proposé des massages de mains aux résidents qui le souhaitaient.

En approfondissant mes recherches sur la maladie d'Alzheimer, j'ai compris l'intérêt et l'importance du toucher. Ce contact se veut rassurant car l'anxiété est récurrente chez les personnes atteintes d'Alzheimer. Mais il peut également être source d'angoisse si le résident n'est pas disposé à recevoir ce geste.

1.2 En chirurgie ambulatoire

Je suis en stage de semestre quatre en chirurgie ambulatoire. J'accueille ce jour-là (septième semaine de stage) une patiente qui a environ 35 ans et qui vient pour subir une conisation (retrait puis analyse d'une petite partie du col utérin, suite à des résultats de frottis). Je me présente auprès de la patiente comme étant étudiante infirmière et je la rassure en lui disant que l'infirmière du service viendra également la voir.

Je suis autonome pour l'accueil et les soins d'entrée en cette fin de stage.

Je la laisse se mettre en tenue de bloc opératoire et je reviens quelques minutes plus tard.

J'entre avec mon chariot de soins et je lui explique que je vais lui poser une perfusion si elle est d'accord. Je constate qu'elle blêmit et je réajuste de suite en lui disant que si elle préfère, l'infirmière viendra la perfuser. Elle me répond que « non, ça ne changera rien » et me donne son accord pour réaliser le soin.

Je discute avec elle en tentant la diversion au maximum mais elle ne regarde que mes gestes lors de la préparation du matériel, a le regard fixé sur le chariot de soin. Je lui précise que je vais lui expliquer chaque geste que je vais effectuer sur elle et qu'elle peut ne pas regarder, ceci dans un but rassurant. Je lui demande si elle souhaite que je la prévienne avant d'introduire le cathéter dans sa veine et elle me répond « non, surtout pas ». Je commence alors la désinfection en 4 temps, et je sens son bras crispé. Je lui propose à nouveau d'aller chercher l'infirmière car je pensais qu'elle avait peur du soin mais aussi de mon statut d'étudiante. Elle m'assure que « ça n'est pas la peine, que ça ne changera rien, qu'elle a horreur des piqûres et que ça lui fait très peur ».

Je lui demande alors de tourner la tête, et malgré la crispation que je ressens dans son bras, je me sens capable de poser ce cathéter. Au moment où je m'apprête à entrer le cathéter dans son bras, elle m'attrape la main tenant le cathéter et me crie « non ! ». Le cathéter tombe au sol et elle tient encore ma main. Je pose alors mon autre main sur nos deux mains et je lui dis "d'accord, j'arrête". Elle tient encore quelques secondes (qui me paraissent interminables) mais elle finit par retirer sa main et s'excuse platement, confuse. Je l'assure de ma compréhension et lui propose de poser cette perfusion lorsqu'elle sera au bloc opératoire. Je lui demande également si elle souhaite une prémédication (qui n'est pas prescrite). Elle me répond qu'elle en a bien besoin, pas pour l'intervention mais pour la pose de perfusion.

Je ressors de sa chambre et explique à l'infirmière ce qui s'est passé. J'appelle par la suite l'anesthésiste qui prescrit rapidement un anxiolytique léger. La perfusion sera finalement posée au bloc opératoire.

2. Le questionnement

Au travers de ces 2 situations, on peut constater que le fait de toucher un patient ne laisse pas la personne touchée neutre. Des sentiments se manifestent autant pour le soignant que pour le patient. Le toucher est un des sens le plus utilisé dans les soins infirmiers et si je touche, l'autre me touche. Le toucher engage donc une réelle proximité qui est inhabituelle lorsque deux personnes qui ne se connaissent pas se rencontrent.

La prise en soin des personnes âgées était à l'opposé de mes habitudes professionnelles. C'était une totale découverte pour moi et j'étais pleine de représentations qui ont influencé ma perception de l'utilité de prendre la main à une personne âgée. La notion d'autonomie me revenait régulièrement en mémoire et j'ai fait un raccourci entre autonomie et "laisser faire seul". Je pensais également que le fait de prendre la main était irrespectueux avec cette image de la personne âgée ancrée dans mon esprit. Finalement, en mesurant l'impact de ce simple geste sur la personne âgée atteinte d'Alzheimer, avec tout ce que cela implique (l'anxiété, la tristesse, les pleurs, le découragement), j'ai apprécié et j'en ai même ressenti le besoin, le besoin de soigner différemment qu'avec des médicaments. J'ai compris à ce moment-là de ma formation que le soin avait de multiples visages et qu'un accompagnement n'empêchait en rien l'autonomie et pouvait apaiser la personne soignée anxieuse. Beaucoup de questions se sont alors imposées : En quoi le fait de donner la main à un patient âgé était-il un problème pour moi en ce début de formation ? Leurs âges avancés ainsi que leurs histoires de vie m'impressionnaient-ils ? Avais-je le sentiment d'être irrespectueuse ?

Après avoir compris que ce geste apaisait l'anxiété des patients Alzheimer, qu'est ce qui a fait que le toucher m'ait été plus appréciable ? voir agréable ? Que je l'ai même apprécié ? Le fait que ce geste soit un soin m'a-t-il permis d'effacer mes représentations ?

Lors de ma deuxième situation, j'ai pu constater que malgré toute la bonne volonté dont j'ai pu faire preuve, chaque personne est unique et demande une adaptation. Lorsque l'on manque d'expérience, on se concentre plus facilement sur la technicité (qui est en cours d'acquisition lorsque l'on est étudiante), il devient facile de déshumaniser les soins et la main devient alors un simple objet de soin. De ce fait, la main sera perçue comme une agression si les intentions ne sont pas les bonnes, s'il n'y a pas d'interactions patient/soignant, si je ne suis pas authentique dans ma relation de soin, si je ne m'implique pas personnellement dans cette relation. Lorsque toutes les intentions sont perçues par le patient, cette même main qui pouvait être perçue comme ennemie lors des soins invasifs peut alors être réclamée lors de ces mêmes soins. Je me mets en question concernant cette situation et à distance, je me questionne sur la façon dont j'aurais pu anticiper cela afin que mon toucher soit

rassurant et me permette de créer une relation de confiance. La réaction de la patiente m'a interrogée sur mes capacités à être en relation avec l'autre, à créer un lien de confiance et à sécuriser la personne. Plusieurs questionnements se sont manifestés : est-ce que je n'ai pas utilisé ma main seulement comme un objet de soin ? En quoi a-t-elle été une agression pour la patiente ? Aurais-je pu faire autrement ?

Communément aux deux situations, je me suis demandée : en quoi la main lors des soins infirmiers peut faire naître des sentiments contradictoires à tous les âges de la vie ? Comment gérer ses émotions contradictoires en gardant une posture soignante adaptée ? Comment toucher un patient anxieux lors de soins invasifs ? Y a-t-il un bon geste ?

Au-delà des réactions des patients, j'ai vite mesuré l'impact que leurs réactions pouvaient avoir sur moi. En effet, ce sont toutes mes valeurs personnelles et professionnelles qui sont remises en cause lorsque dans la relation de soin, le toucher n'a pas eu l'effet escompté. Les compétences que je pensais avoir acquises sont alors devenues instables, j'étais en équilibre. Le toucher peut faire mal, peut apaiser, peut rassurer, peut effrayer mais je dois être en alerte sur les effets qu'il va susciter.

3. Ma question de départ

Lors de ma première situation d'appel, par le fait de donner la main à cette résidente, j'ai tenté de gérer son anxiété. Alors que durant la deuxième situation, j'ai fait face à l'anxiété de la patiente lors d'un geste invasif. J'ai fait le choix d'explorer plus précisément le toucher lors d'un geste invasif auprès d'un patient anxieux. La question de départ de mon travail est donc :

« Quelle est la place du toucher dans le prendre soin d'un patient anxieux lors d'un geste invasif ? »

III. Le cadre conceptuel

1. Le prendre soin et la place du geste invasif

1.1 Qu'est-ce que le prendre soin ?

En premier lieu, j'ai souhaité effectuer des recherches sur le prendre soin.

Selon W. Hesbeen (1997), dans *Prendre soin à l'hôpital*, "prendre soin, c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation particulière c'est à dire unique", c'est "un art, l'art du thérapeute qui réussit à combiner les éléments de connaissance, d'habileté, de savoir être, d'intuition qui vont permettre de venir en aide à quelqu'un, dans sa situation singulière". Walter Hesbeen pose le concept comme étant une valeur, valeur qui permettra de considérer le patient comme une personne à part entière ayant une histoire et non comme un objet de soin.

Dans l'article "*Prendre soin et formation infirmière*" (2011), le prendre soin est expliqué à partir de la notion de soin. Les notions de "caring" et de "care" sont détaillées afin de mieux expliciter les points de vue des auteurs. Le terme anglais *caring* renvoie à une action dirigée vers quelque chose ou quelqu'un dans une attitude de sollicitude et d'attention. La traduction la plus usitée en français est « *prendre soin.* » (Vigil-Ripoche, 2009, 96-99). Le Care est désigné comme étant l'ensemble des « soins qui permettent le bien-être physique, mental et social ».

Virginia Henderson (1966) dans *La nature des soins infirmiers*, ne définit pas le prendre soin clairement, elle définit l'infirmière comme actrice principale du "care". Le but est alors de "compenser les besoins" de la personne ayant perdu son autonomie. Elle écrit que la fonction élémentaire de l'infirmière est "d'assister l'individu, malade ou bien portant", dans la réalisation des actes qui "contribuent au maintien ou à la restauration de la santé" s'il était en capacité de le faire. Cette définition évoque le rôle propre de l'infirmière.

L'infirmière agit également sur prescription médicale, ce qui l'amène à réaliser des soins plus techniques, souvent invasifs.

1.2 L'infirmier et les soins invasifs

Le terme geste invasif est définie dans le *Larousse* comme "un soin nécessitant une lésion de l'organisme".

Le soin invasif est réglementé par le *code de santé publique* relatif aux actes professionnels qui détermine les actes autorisés à l'infirmière de par son rôle propre et son rôle prescrit. Les soins tels que les perfusions, prélèvements, sondages urinaires ou encore pose de sonde gastrique sont décrits par les articles R.4311-7 et R.4311-9.

Le *code de déontologie* infirmier insiste sur le rôle de la prescription médicale :

“Pour tous les actes relevant du rôle prescrit de l’infirmier (R.4311-7 et R.4311-9 du code de la santé publique), l’infirmier est tenu non seulement d’agir en application d’une prescription médicale déjà formulée mais aussi de suivre scrupuleusement la prescription médicale en question.”.

Selon les *lois de bioéthique* du 29 juillet 1994 renforcées par l’Art. 16-3 :

“ Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne.”

Cet article insiste sur le recueil du consentement sauf si l’état de santé du patient “rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n’est pas à même de consentir ne le permet pas ”

Dans les soins infirmiers, le geste invasif est quotidien et régi par la prescription.

Le but d’un soin est qu’une personne malade ou en santé maintienne, améliore ou rétablisse son état de santé. Certains soins sont considérés comme invasifs et d’autres comme non invasifs. Il est possible de parler de soin invasif lorsqu’il provoque une lésion de la peau ou des muqueuses. Mais un soin qui semble invasif pour le patient ne l’est pas forcément pour le soignant car il le réalise régulièrement dans sa pratique professionnelle. Cependant, un soin peut sembler invasif aux yeux du patient alors que ce n’est pas forcément le cas pour le soignant qui a l’habitude de le réaliser, lors d’un sondage urinaire par exemple. Le terme invasif “dépend donc du soignant, du patient et de la situation clinique” (Cohen-Bittan, Ray, Boddaert, 2011, p. 295). »

Il est donc possible de dire que le prélèvement sanguin, la pose de cathéter, la ponction lombaire, le sondage urinaire ou l’injection intramusculaire sont des soins invasifs. D’autre part, tous les soins qui ne causent pas de destruction des tissus comme la toilette, les soins de bouche sont considérés comme non invasifs. Cependant, *l’étude de Johnston et al. (2012)* définit le soin invasif comme étant “un soin provoquant une lésion des tissus, un soin nécessitant un accès par un orifice et n’induisant donc pas de lésion ou encore un soin engendrant de la douleur (p. 145).”

Si nous partons du principe que ce que le soignant ne considère pas comme invasif, l’est peut-être pour le patient, il est important de comprendre ce qui peut amener le patient à ce constat.

1.3 La vulnérabilité du patient... et du soignant

En 2012, Marie Liendle dans son article « *Vulnérabilité* » précise que « le terme vulnérabilité vient du latin *vulnerare*, blesser, *vulnu*, la blessure et encore *vulnerabilis* qui signifie être blessé et qui blesse ». Voici ce qui peut décrire le ressenti du patient hospitalisé. Les causes de la vulnérabilité sont nombreuses et dépendent souvent des circonstances de la vie, de la condition de la vie : perte affective, décès, accident, maladies, stress, précarité. Le corps, le psychisme peuvent être vulnérables. De ce fait, le patient qui est déraciné de son milieu de vie, qui perd ses repères et ses habitudes de vie devient vulnérable. Il est alors aisé de faire le lien avec le fait que la notion de geste invasif sera différente d'un patient à un autre, d'un soignant à un autre.

Dans le comportement du soignant, cette vulnérabilité est à intégrer dans la prise en soins.

Agata Zielinski (2011) dans "*La vulnérabilité dans la relation de soin*" expose le fait que le patient est la personne vulnérable car il est exposé à la souffrance et est dans la souffrance, à première vue. Elle ajoute que le soignant est lui exposé à la souffrance de l'autre : "Passée l'évidence de la fragilité du malade, se révèle donc la vulnérabilité du soignant ou de l'accompagnant."

Dans l'article "Vulnérabilités et humanité du soin, l'éthique comme boussole" paru dans la revue Soins en avril 2018, Marie Claude Vallejo écrit que "le soin est un lieu où s'expriment les vulnérabilités" du patient et du soignant.

Par la présentation de la vulnérabilité d'Agata Zielinski et de Marie Claude Vallejo, le soin rassemble la vulnérabilité du patient et celle du soignant. Dans ce cas, le soignant développe des attitudes, une posture et sa propre vulnérabilité fait partie de ses attitudes.

1.4 La posture professionnelle à travers les attitudes soignantes

Lors de notre formation infirmière, nous apprenons les bases des soins techniques et relationnels. Nous pouvons alors découvrir une certaine appétence pour un domaine plus que l'autre. Mais notre posture professionnelle s'acquiert au fil des stages et même après la diplomation.

En effet, lors de nos apprentissages et notamment en stage, nous avons pu observer les professionnels et parfois calquer leurs attitudes lors de nos propres prises en soins. Il s'agit alors d'imitations qui se veulent rassurantes le temps d'un stage, alors que nous connaissons peu le service, l'équipe voire l'établissement. Nous nous conformons aux demandes et attentes des professionnels de proximité le plus souvent et il est parfois difficile de s'affirmer car nous ne nous sentons pas légitime.

La posture professionnelle est définie dans le *“Dictionnaire des concepts en soins infirmiers”* de Christine Paillard (2015) comme étant :

“La place que l’on veut occuper dans la vie professionnelle, dans une situation donnée. Ce terme englobe un ensemble de connaissances mises en actions (savoir-faire et savoir-être) pour assurer son désir d’efficacité mais aussi pour favoriser un soin basé sur une relation professionnelle avec les individus.”

Selon la définition, le savoir-faire et le savoir-être sont bien les notions clés de la posture professionnelle.

La posture professionnelle englobe également les attitudes soignantes. Une attitude est définie sur *Wikipédia* comme un « état d'esprit » d'un sujet ou d'un groupe vis-à-vis d'un objet, d'une action, d'un autre individu ou groupe. Elle ressort du savoir-être de quelqu'un. C'est une prédisposition mentale à agir de telle ou telle façon. Elle désigne surtout une intention et n'est donc pas directement observable.”

L’attitude n’est donc pas visible en tant que telle mais est devinée par le langage corporel, et dans le langage courant, seul le corps met en avant une attitude.

Mais les attitudes peuvent aussi laisser penser que le soignant sait et impose...Le terme de pouvoir est définie dans le Larousse comme “la puissance particulière de quelqu’un ou de quelque chose” mais également “l’ascendant de quelqu’un ou de quelque chose sur quelqu’un”.

Dans les soins infirmiers, de par la station (debout pour le soignant et très souvent assise ou allongée pour le patient), le soignant peut paraître supérieur. De plus, les injonctions comme “ne bougez pas”, “écoutez-moi” peuvent être vécues comme humiliantes car le patient est alors réduit à l’état de sujet et non plus de Personne. Pendant de nombreuses années, les patients s’en remettaient entièrement au corps médical. Aujourd’hui, les patients à l’hôpital sont appelés usagers. Ils sont informés de leurs droits et nous recherchons leurs consentements pour chaque soin. Nous les informons sur leurs droits et nous devons les respecter. La charte du patient hospitalisé est souvent exposée dans les services afin de communiquer aux patients leurs droits.

En repensant à ma première situation d’appel, j’ai souhaité faire le lien avec une attitude bien spécifique : la sollicitude.

1.4.1 La sollicitude

La sollicitude est un concept qui me semble indéniable pour une prise en soin qualitative.

Le terme de sollicitude est employé dans la philosophie de Paul Ricoeur (1990). La sollicitude est : « spontanéité bienveillante, soucieuse de l'altérité des personnes, intimement liée à l'estime de soi au sein de la visée bonne »

Cynthia Fleury (2018), professeur associé à l'école des Mines de Paris, évoque la sollicitude comme étant "un soin, une attention portée à autrui, emprunte d'empressement et teintée d'une inquiétude légère, comme s'il s'agissait de prévenir, d'anticiper les maux de la personne, ou plus simplement le type d'aide dont elle pourrait avoir besoin" dans l'article « *Prudence et sollicitude dans le soin* »

Pour que ce soin, cette attention, ait l'effet voulu sur le patient, le soignant doit pouvoir gérer, intégrer, comprendre ses propres émotions et cela s'apprend et devient : l'intelligence émotionnelle.

1.4.2 L'intelligence émotionnelle

Dans *le Dictionnaire des concepts en soins infirmiers* (2015), les émotions sont l'expression verbale ou physique réactive, involontaire ou non, de personne affectée par une des 6 émotions de base : la peur, la colère, la tristesse, le dégoût, la surprise et la joie. L'émotion est une réaction soudaine de tout notre organisme avec des composantes physiologiques, cognitives et comportementales. Ces émotions ressenties permettent de s'adapter aux situations vécues en utilisant ce qu'elles procurent. Les émotions permettent alors des apprentissages.

Salovey & Mayer donnent une première définition de l'intelligence émotionnelle dans leur article de 1990, qu'ils préciseront dans une publication de 1997 : « l'habileté à percevoir et à exprimer les émotions, à les intégrer pour faciliter la pensée, à comprendre et à raisonner avec les émotions, ainsi qu'à réguler les émotions chez soi et chez les autres ».

Ils proposent alors trois étapes : premièrement, se laisser l'accès aux émotions pour mieux les comprendre et se questionner sur le sens de ces dernières, puis essayer de répondre à notre ressenti pour le comprendre et enfin faire en sorte que cette compréhension se transforme en compétence dans un but personnel mais aussi pour autrui.

De cette intelligence émotionnelle découlent alors plusieurs qualités : l'écoute, la présence toute entière à ce que l'on fait, l'empathie, la confiance etc...autant de qualités nécessaires lors de prises en soins. Ces qualités seront des atouts notamment lors de situations particulières comme peuvent l'être les prises en soins de patients anxieux.

2. Le patient anxieux à l'hôpital

Le fait d'arriver dans un lieu inconnu, soigné par des inconnus, avec un vocabulaire qui est également parfois inconnu amène certains patients à manifester de l'anxiété, qui sera verbalisée ou non. Dans le cas où l'anxiété n'est pas exprimée, comment la repérer ?

2.1 Qu'est-ce que l'anxiété ?

L'anxiété est définie par l'HAS (2008) comme étant des "sensations de peur, des inquiétudes, des craintes, des signes de stress avec une angoisse prédominante qui peuvent être excessifs par rapport aux dangers réels ou supposés."

Le Larousse définit l'anxiété comme une "inquiétude pénible, une tension nerveuse causée par l'incertitude" ainsi qu'un "trouble émotionnel se traduisant par un sentiment indéfinissable d'insécurité".

Ces 2 définitions montrent bien l'inconfort émotionnel du patient et la place que l'anxiété peut occuper dans la prise en charge globale.

Mais si l'on montre au patient que nous sommes présents pour et avec lui de par nos attitudes, nous pourrions créer une relation de confiance et ainsi créer une alliance thérapeutique.

2.2 Le prendre soin d'un patient anxieux : l'alliance thérapeutique, un prérequis

Antoine Bioy et Maximilien Bachelart proposent une définition de l'alliance thérapeutique dans le magazine "perspectives psy" en 2010 : "collaboration mutuelle, partenariat entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés."

Margot Phaneuf en 2016 dans l'article "*l'alliance thérapeutique comme instrument de soin*" décrit l'alliance thérapeutique en ces termes : "C'est la création d'une relation de confiance entre l'infirmière et son patient par laquelle ils s'entendent pour travailler ensemble à son engagement dans un processus de changement et sa progression vers un mieux-être."

Cette alliance implique donc une main tendue de chaque côté, soignant et soigné. Le patient doit se sentir en confiance et nos attitudes, notre communication, notre posture doivent amener à cette rencontre dans un but commun : le maintien de la santé.

2.3 Les émotions du patient, des vecteurs d'anxiété

Lorsqu'une personne devient patiente, c'est qu'elle a besoin de soins. Selon la pathologie, son histoire de vie, sa relation avec les soins médicaux et infirmiers, les émotions qu'elle ressent seront diverses : peur, angoisse, confiance, sérénité. Mais dans tous les cas, les émotions seront à prendre en compte afin que le patient nous accorde sa confiance.

Selon Margot Phaneuf en 2010 révisé en 2013, dans l'article « *Les intelligences émotionnelles et sociales de outils pour la relation* » l'émotion est "la manifestation vive d'un trouble subit, d'une agitation passagère en réaction à nos perceptions internes ou externes (...), peut donner des symptômes physiques. Des émotions naissent nos sentiments (état affectif plus durable provoqué par une émotion)"

Les émotions naissent donc d'un évènement qui a raisonné en nous et le toucher dans les soins peut susciter des émotions que nous devons identifier afin de parfaire notre prise en soin.

3. Le toucher dans les soins infirmiers

Le toucher est quotidien dans les soins. Il est impossible de soigner sans utiliser nos mains et donc toucher l'autre. Mais comment être sûr de toucher sans heurter l'autre ? Quelles sont les règles à respecter ? Après avoir défini le toucher et les différents types de toucher, je montrerai la place du toucher dans les soins, ce formidable outil de communication.

3.1 Définition du toucher dans les soins infirmiers, la place du toucher dans les soins infirmiers

3.1.1 Définition du toucher dans les soins infirmiers

Le Larousse définit le toucher : « Mettre sa main, ses doigts au contact de quelque chose, de quelqu'un, en particulier pour apprécier, par les sensations tactiles, sa consistance, sa chaleur, etc...ou encore « être en contact physique avec quelque chose, de quelqu'un ».

France Bonneton-Tabariès et Anne Lambert-Libert dans « *La toucher dans la relation soignant – soigné* » précisent que :

« C'est un des 5 sens dont est doté l'humain. L'organe actif lors du toucher est la peau. La peau recouvre l'ensemble du corps humain et est très riche en récepteurs. Le toucher a besoin de ces récepteurs qui permettent de percevoir le chaud, le froid, la douleur mais aussi de s'ancrer dans la réalité. De ce fait, le contact est immédiat et souvent intime. »

Le toucher doit de ce fait être utilisé à bon escient et requiert l'acceptation de l'autre.

Dans le soin, le toucher est une composante essentielle. Il est utilisé par les soignants comme vecteur de détente, de mieux être et de prévention de la douleur chez le patient. Il est mis en œuvre en s'assurant de l'accord de la personne soignée et du respect de son intimité. Cette définition regroupe l'essentiel du toucher dans les soins.

Les 2 auteurs ajoutent que "dans le cadre du toucher dans les soins, le soignant doit veiller à la qualité de la prise de contact, aux effets de l'interaction sur le patient". Le toucher engage donc bien plus que le fait de toucher et demande une réflexion sur l'effet créé sur le patient.

Le toucher est universel et nécessaire au développement physique et mental de l'être humain. Ce sens comprend 5 éléments : la pression, le contact, la chaleur, le froid et la douceur. Ces 5 éléments n'auront pas toujours l'effet recherché d'où l'intérêt de connaître son patient, son ressenti face au toucher. Il est important de s'assurer de l'adhésion au toucher de notre patient.

Il y a plusieurs manières de toucher un patient : selon le but du toucher, l'intention ne sera pas la même.

3.1.2 le toucher technique

C'est le toucher qui "caractérise les soins usuels et que l'on apprend lors de notre formation : prises de constantes, pansements, prélèvements sanguins..." nous précisent F.Bonneton-Tabariès et A.Lambert-Libert. Elles ajoutent que ce type de toucher demande une certaine habileté qui "s'acquiert au fil du temps de la formation et de nos stages" et demande une certaine organisation : installation du patient et du soignant, organisation du matériel à portée de main.

Ce type de toucher à un but technique et pratique mais il peut / doit être accompagné d'intentions pour que notre patient se sente en confiance dans la relation.

3.1.3 le toucher relationnel

Le toucher relationnel est le toucher qui en plus du toucher technique demande une implication de la part du soignant, de part "notre toucher et notre attitude" dans la relation avec le patient. A.Lambert-Libert et F.Bonneton-Tabariès expliquent le toucher relationnel avec la toilette en exemple. Elle peut être vécue comme difficile car involontaire et subie par le patient car celui-ci est dénudé "en position de faiblesse", vulnérable. Si le toucher est rassurant et enveloppant, si les gestes sont doux et attentionnés, le patient pourra se sentir reconnu comme un être à part entière et ainsi

être considéré. De plus, la composante de la douleur est non négligeable dans le toucher relationnel et dans le soin de la toilette. Un patient douloureux à qui l'on impose la toilette ne le supportera pas si les gestes ne sont pas adaptés à son état général et si l'implication requise par le toucher relationnel n'est pas ressentie.

Il est alors possible de calquer ce toucher rassurant et enveloppant à tous les soins dits invasifs.

3.1.4 Le toucher : un mode de communication

Pour établir une relation, il faut communiquer. Le plus souvent, nous communiquons par la parole. La communication verbale comprend les mots mais aussi le ton, les intonations de la voix, le rythme, etc... La communication non verbale comprend les gestes, les sourires, le regard, les mouvements du corps. Le non verbal compte pour 55% dans la communication dans la relation.

Le toucher est un mode de communication non verbal qui comporte 6 composantes selon Weiss (1979): la durée du toucher, les parties du corps touchées, la progression des mouvements qui créent le toucher, l'intensité, la fréquence et enfin la perception que l'autre aura de ce toucher.

Il implique, comme lors de l'utilisation de la parole, deux protagonistes : la personne qui touche et la personne touchée. Et s'il est possible de faire semblant d'écouter, d'écouter sans entendre, regarder en étant ailleurs, il n'est pas possible de toucher sans être en contact, sans ressentir la chaleur ou l'humidité de la peau de l'autre. Quelle sera alors sa place dans les soins ?

3.1.5 La place du toucher dans les soins

Dans la vie quotidienne, le toucher est principalement utilisé dans le cadre intime. On ne touche pas un inconnu ou alors seulement pour le saluer, lors d'une poignée de main par exemple, et encore de moins en moins depuis la crise sanitaire. Et chaque individu utilise ou non le toucher pour communiquer. Cette communication est en lien avec l'éducation reçue, notre milieu social et culturel et notre histoire de vie personnelle.

Il peut alors être compliqué de toucher dans les soins et d'être touché. C'est pourquoi le consentement doit toujours être recherché auprès du patient et ne pas banaliser l'action de toucher l'autre.

Dans l'article "recherche en soins infirmiers n°97 de juin 2009" p 27, F.Hentz rappelle que "le toucher dans les soins est une pratique professionnelle qui nécessite l'application de la démarche de soin et intègre le concept de prendre soin" et pour cela le soignant doit "se mettre en capacité d'écoute et se rendre disponible, analyser la situation pour repérer les besoins de la personne soignée et apporter un

réponse personnalisée”. Ces compétences citées juste avant peuvent être apprises au cours de la formation mais sans authenticité elles n’auront pas l’impact nécessaire à une prise en soin optimale.

Dans la revue “Soins” n°727 en 2008, une étude est publiée et s’interroge sur la place du toucher dans les soins. Elle avait pour but la création d’un guide pour la pratique, la formation et l’évaluation en soins infirmiers. L’auteur explique qu’il n’est pas simple pour tout le monde de toucher malgré l’utilisation quotidienne du toucher. Encore faut-il “s’autoriser à toucher et apprendre à poser les mains consciemment sur le corps d’une personne dépendante” alors que celle-ci cherche à “être entre de bonnes mains” pour bénéficier de soins requis par son état de santé. Cette étude a permis la création d’un guide permettant de se questionner sur les pratiques soignantes, le ressenti et les effets du toucher sur le patient.

En conclusion de leur article, Juliette Gabay et Brigitte Hérisson (revue Soins, le toucher “relationnel” dans les soins ? p 46-47), disent que notre toucher soignant “peut traduire un état, des émotions, conscientes ou inconscientes” et que l’impression donnée par le soignant à une incidence directe sur la relation mais que “la perspective est de contribuer à restaurer et/ou préserver l’identité de chacun et le sentiment d’être avant tout reconnu en tant que personne”.

3.2 Les compétences relationnelles du soignant

3.2.1 La relation soignant soigné

La relation soignant/soigné est définie dans le *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers* comme “une activité d’échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant dans le cadre d’une communication verbale ou non verbale”

Alexandre Manoukian dans “la relation soignant-soigné” en 2008 dit que “c’est la rencontre entre deux personnes, c’est à dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires” Il ajoute que cette relation nécessite 3 attitudes que je regrouperai en 2 attitudes primordiales à la relation et à l’acceptation du toucher dans les soins : l’authenticité et l’empathie.

Afin que la relation soignant-soigné soit la plus adaptée, les compétences relationnelles telles que le savoir être, le savoir-faire, les connaissances théoriques ainsi que l’expérience sont “en interaction les unes avec les autres”. Ces attitudes relèvent à la fois de “l’inné et de l’acquis” et se développent lors de notre formation mais aussi auprès de nos pairs tout au long de notre carrière.

3.2.2 L'authenticité du soignant

L'authenticité est un concept clé et prévalent dans la relation de soin. C'est le fait de rester soi-même dans les échanges. Cela implique de se connaître, de connaître ses propres limites. En utilisant le "je", notre personne toute entière est impliquée dans la relation, et pas seulement notre tenue professionnelle.

Lors d'une relation soignant-soigné authentique, notre personnalité se manifeste au travers de nos émotions, nos gestes, notre ton de voix. Nos émotions en lien avec notre propre histoire viennent se mêler à celles de notre patient. Le soignant, "pour prendre soin de l'autre, doit accepter que ses émotions fassent partie intégrante de sa personnalité et doit les légitimer". Être authentique c'est aussi faire appel à l'intelligence émotionnelle.

3.2.3 L'empathie du soignant

Carl Rogers (2004) décrit l'empathie comme : "la qualité d'être empathique consiste à percevoir avec précision le cadre de référence interne de l'autre, les composantes émotionnelles et les significations qui s'y attachent, comme si l'on était la personne elle-même mais sans jamais perdre de vue le "comme si".

En d'autres termes, je soigne le patient comme si c'était un membre de ma famille, comme j'aimerais être soigné mais de par ma posture professionnelle et la juste distance je m'implique sans capter les émotions du patient qui ne me permettraient pas de le prendre en soin correctement.

Soigner implique la considération du patient, le respect et tout cela passe par l'écoute.

3.2.3 L'écoute active

La Haute Autorité de Santé (2011) propose un outil qui définit l'écoute active et en permet la pratique.

"L'objectif de l'écoute active [...] est de créer un climat propice à l'expression du patient afin de l'aider à faire émerger et à exprimer au mieux son ressenti et ses questions à propos de l'événement indésirable et de son dévoilement. Elle propose alors au soignant de se questionner sur lui-même et d'ainsi repérer ses fragilités et ses ressources. »

Selon la théorie de Porter, "les attitudes regroupent des comportements traduisant notre système de valeurs. Elles se classent sur un axe partant de l'intérêt pour mon point de vue pour aller vers l'intérêt

pour le point de vue de l'autre". Porter a dénombré 6 attitudes qui sont à remettre dans un contexte d'écoute : les attitudes dites positives (le jugement et l'interprétation), les attitudes neutres (le soutien et le conseil) et les attitudes positives (la compréhension et l'enquête) IFSI Rennes 2021. Il faut ajouter à ces attitudes le respect des silences, rester neutre et bienveillant, être attentifs aux mots employés ainsi qu'aux gestes, reformuler pour clarifier un propos ou bien pour s'assurer de sa compréhension et pour finir, il est important de synthétiser ce qui s'est dit et d'annoncer la suite à cet entretien.

3.3 La proxémie engendrée par le toucher et la confiance nécessaire au toucher

3.3.1 La proxémie dans les soins lors du toucher

Le terme de proxémie a été créé pour décrire et comprendre les variations de distances existant dans les relations interpersonnelles, par E. T. Hall (1963). Il décrit alors 4 catégories de distances : la distance intime (évaluée à 45 cm), la distance personnelle (de 45 cm à 120 cm), la distance sociale (de 120 à 360 cm) et la distance publique (supérieure à 360 cm). "Connaître ces 4 distances et savoir les repérer contribuent à établir une relation de confiance authentique avec le patient, et ainsi favorise la communication lors du soin, tout en intégrant la notion de juste distance. Ces informations sont reprises par F.Michon dans l'article « les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance » pour la revue Soins.

Le toucher réduit inévitablement la distance sociale et implique la conscience des 2 partenaires lors des interactions. Le patient doit se sentir suffisamment en confiance pour accepter sereinement d'être touché.

3.3.2 La confiance nécessaire à cette proxémie

Dans le Larousse, la confiance est définie comme "le sentiment d'une personne qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre", ce qui signifie également que nous remettons à un tiers quelque chose qui nous est précieux. Patrick Sureau (2018) dans l'article " De la confiance dans la relation de soin" évoque que le fait de faire confiance implique une part de risque mais que celui-ci est inférieur au bénéfice attendu. "J'ai quelque chose de précieux (ma santé) dont je ne peux m'occuper seul, alors je vous la confie. Bien sûr, il y a un risque que vous n'y arriviez pas, mais vous avez tout de même plus de chance que moi de réussir".

Faire confiance, c'est également se retrouver en situation de dépendance, ne plus être maître de toutes ses propres décisions. Mais ce n'est pas se soumettre, c'est -à -dire accepter tout ce qu'on nous

dit où nous propose. Le patient ainsi que le soignant restent libres. La confiance suppose une réciprocité. Pour étayer ce fait, l'auteur représente "la relation entre un patient et un soignant comme un élastique dont chacun tient une extrémité". Ainsi, selon la distance séparant les 2 détenteurs d'une extrémité de l'élastique, la relation se créera : pas assez proche et le patient ne s'investira pas dans la relation et finira par lâcher l'élastique. Et si le soignant lâche l'élastique, le patient constatera qu'il a eu tort de faire confiance. Pour maintenir la confiance réciproque, "chacun doit montrer à l'autre qu'il n'a pas l'intention de lâcher".

Dans le cadre des soins infirmiers, le patient n'a pas choisi d'accorder cette confiance, et Patrick Thominet dans l'article paru dans la revue « soins » en octobre 2013 précise que "la confiance accordée à une autre relève de la communication et suppose une bonne connaissance de cet autre au point de s'en remettre totalement à lui, avec l'espoir de ne pas être déçu ou trahi".

3.3.3 Le consentement à la proxémie

La recherche du consentement aux soins est indispensable à la réalisation des soins infirmiers ou médicaux. Il doit être libre (obtenu sans que le patient soit sous contrainte) et éclairé (obtenu après avoir informé le patient des risques et des conséquences éventuelles de ce soin/ ce traitement).

Dans le code de déontologie infirmier l'article 16 explique :

- "Conformément à l'article L. 1111-4, toute personne prend, avec l'infirmier et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.
- L'infirmier doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Il doit, en toutes circonstances, encourager le patient à solliciter ou à accepter les soins pertinents.
- Aucun acte infirmier ne peut être pratiqué sans le consentement libre et informé de la personne. Ce consentement peut être retiré à tout instant.
- Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucun acte ne peut être réalisé, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111- 6, la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Le consentement, à partir du moment où il est recueilli, implique tout ce qui entoure le soin. La proxémie dans le cadre d'un geste invasif en fait partie intégrante.

En 2017, dans l'article « *Corps, autonomie et responsabilité de la personne* », F.Bastiani écrit que "La recherche du consentement est le moyen formel de tendre à chacun sa responsabilité et son

autonomie sur son propre corps”, les professionnels ne sont pas seulement protégés dans le cadre de leur activité mais le patient est impliqué et responsable de lui-même, pour lui-même.

III. Le dispositif méthodologique du recueil de données

1. Les objectifs du guide d'entretien

Afin de comparer mes recherches théoriques aux réalités du terrain, j'ai élaboré un guide d'entretien (annexe 1). À travers les questions préparées, j'avais plusieurs objectifs.

Mon premier objectif était de faire connaissance avec les soignantes et d'instaurer un climat de confiance afin de m'assurer de la faisabilité de mes entretiens. Je m'étais présentée au préalable lors de mes demandes d'entretien.

Ensuite, je souhaitais mettre en évidence la conception de chaque professionnelle du prendre soin.

Il me paraissait également important d'obtenir une définition soignante du geste invasif ainsi qu'une réflexion sur la pratique de ce même geste.

Puis j'ai exploré la notion de l'anxiété et j'ambitionnais d'identifier, au travers de leurs dires, les compétences soignantes nécessaires à la prise en soin du patient anxieux.

Enfin, j'ai voulu dans un premier temps comprendre les pratiques soignantes du toucher et sa mise en application et dans un deuxième temps apprécier la place du toucher dans les soins selon les différents lieux d'exercice des personnes interrogées. Dans un dernier temps, je les ai interrogées sur la place des compétences émotionnelles notamment lors de la proxémie que les gestes invasifs requièrent.

2. Présentation des professionnelles interrogées

J'ai interrogé 3 infirmières qui travaillent dans des services différents : l'infirmière 1 travaille en dialyse, l'infirmière 2 travaille aux urgences pédiatriques et l'infirmière 3 travaille en hospitalisation à domicile. Il m'a paru important de choisir des professionnelles qui pratiquaient régulièrement des gestes invasifs, mais avec des prises en soins différentes : en dialyse, l'infirmière 1 réalise des soins de pathologie chronique, l'infirmière 2 en pédiatrie, réalise des gestes invasifs le plus souvent sur des pathologies aiguës et l'infirmière 3 en hospitalisation à domicile réalise des soins sur des pathologies aiguës et chroniques.

L'infirmière 1 exerce le métier depuis vingt-cinq ans et est dans le service de dialyse depuis seize ans.

L'infirmière 2 est diplômée depuis dix-sept ans et exerce aux urgences pédiatriques depuis neuf ans.

L'infirmière 3 est diplômée depuis moins d'un an et travaille en hospitalisation à domicile depuis sa diplomation.

Les infirmières 1 et 2 ont exercé dans différents services (du libéral pour l'infirmière 1 pendant trois ans, de la réanimation pédiatrique pendant huit ans pour l'infirmière 2) avant celui qu'elles occupent actuellement. Elles sont en poste dans ces services depuis plusieurs années.

3. L'organisation mise en place pour la réalisation des interviews

Les trois entretiens ont été effectués sur deux jours et ils ont été enregistrés avec l'accord des professionnelles.

J'ai réalisé l'entretien avec l'infirmière 1 à son domicile selon sa volonté, lors d'un de ses jours de repos, dans un lieu calme. Il a duré quinze minutes.

Le deuxième entretien avec l'infirmière 2 a eu lieu en visioconférence pour des raisons de distances géographiques importantes et de disponibilités (entretien réalisé en fin d'après-midi car elle travaillait le matin). Nous avons convenu de cet entretien la veille mais nous avons pu le réaliser au calme chacune de notre côté, pendant trente-cinq minutes.

Le dernier entretien avec l'infirmière 3 a été réalisé à l'institut de formation, dans une petite salle prêtée par l'institut, au calme également (l'infirmière travaillait de nuit cette semaine et je l'ai laissé choisir l'heure et le jour qui lui convenait, en m'adaptant à ses disponibilités). Il a duré vingt-cinq minutes.

Les infirmières 2 et 3 ont accepté la veille pour le lendemain de se prêter au jeu des entretiens car deux des trois infirmières avec lesquelles j'étais en contact n'ont pu se rendre disponibles aux dates et heures convenues. Il a alors fallu que je rebondisse rapidement. Grâce au réseau de mes collègues étudiants, j'ai été mise en contact avec l'infirmière 3 qui a gentiment accepté l'entretien malgré le fait qu'elle soit jeune diplômée. Elle était assez inquiète et avait peur de répondre "à côté". J'ai de mon côté lancé un appel auprès de mes anciennes collègues et l'infirmière 2 a répondu rapidement à ma demande.

4. Mes points forts et mes limites

Je me suis très vite rendu compte que l'exercice n'était pas aisé !! Même si je prends la parole sans difficultés habituellement, je n'ai pas osé lors du premier entretien faire préciser les dires de l'infirmière, j'étais sur la retenue. J'ai pu rectifier cela avec la 2ème professionnelle et ainsi creuser ses propos afin d'obtenir des réponses plus précises. Je me suis sentie à l'aise avec la 3ème infirmière et mes questions étaient plus affinées. Lors du premier entretien je me suis laissée guidée par mon guide d'entretien et ne suis pas sortie du cadre fixé par le guide. C'était donc une simple interview. Les 2 entretiens suivants étaient des échanges, des discussions. Je suis plus facilement sortie du cadre imposé par le guide établi.

Malgré le fait de n'avoir plus qu'une professionnelle sur 3 à interviewer au dernier moment, je me suis adaptée sans perdre mes moyens et ai pu rester concentrée sur mes entretiens.

J'aurai pu interroger un professionnel exerçant en psychiatrie mais l'idée ne m'a pas traversé. Il aurait cependant été intéressant d'avoir le point de vue d'un professionnel de psychiatrie sur ce sujet

IV. L'analyse descriptive des entretiens

Suite à la réalisation de mes trois entretiens pour mon mémoire, je les ai retranscrits et j'ai construit un tableau (annexe I) afin d'analyser le contenu. J'ai mis les réponses en lien avec les objectifs de départ. Je vais présenter l'analyse comparative de mes trois entretiens en faisant émerger les points convergents et les points divergents sur chaque thème identifié dans le tableau d'analyse.

Lors de la rédaction de l'analyse, j'ai dû modifier l'ordre de mes parties en lien avec le guide d'entretien. L'objectif était d'obtenir une analyse claire et cohérente.

J'ai également décidé d'identifier les infirmières dans l'ordre dans lequel j'ai fait les entretiens. De ce fait, l'infirmière de dialyse est l'infirmière 1 (annexe II), l'infirmière des urgences pédiatriques est l'infirmière 2 (annexe III) et l'infirmière qui travaille en hospitalisation à domicile est la numéro 3 (annexe IV).

1. Le prendre soin d'un patient anxieux

1.1 Définition

Tout d'abord, j'ai souhaité savoir quelle était la conception des infirmières du prendre soin. L'infirmière 1 et l'infirmière 3 ont évoqué la temporalité du prendre soin : L'infirmière 1 explique que "face à un patient anxieux", elle prendra plus son temps et ajoute que le fait d'être à 2 soignantes permet également de prendre son temps dans la prise en soin. L'infirmière 3 a plutôt parlé de récurrence en abordant le fait de "prendre soin au quotidien". Ces 2 mêmes infirmières ont cité les protagonistes concernés : L'infirmière 1 parle de l'attention qu'elle porte à l'environnement alors que l'infirmière 3 précise le fait de prendre soin "d'une personne malade ou ayant des difficultés" et mentionne également l'entourage.

Puis j'ai cherché à identifier les attitudes soignantes pour la prise en soin du patient anxieux.

1.2 Les attitudes soignantes

1.2.1 Les valeurs

La description du prendre soin passait pour l'infirmière 1 et 3 par des valeurs : l'attention, la bienveillance, le bien-être de la personne ainsi que la recherche "qu'elle soit bien".

1.2.2 L'adaptation

Puis les infirmières 2 et 3, on fait plus souvent référence à l'adaptation nécessaire au prendre soin. L'infirmière 2 réajuste au fur et à mesure, s'adapte et l'infirmière 3 s'adapte, prend le temps. L'infirmière 3 va également expliquer de quelle manière elle s'adapte : si le soin est douloureux pour le patient, elle va s'adapter afin de le rendre supportable même si elle doit l'alléger. Elle ajoute

cependant que l'asepsie sera toujours respectée. Elle précise que l'adaptation est une des qualités de l'infirmière en détaillant le fait de s'adapter à chaque personne, au moment et qu'on ne peut pas généraliser les prises en soins.

L'infirmière 3 a fait un focus sur l'adaptation de l'environnement du patient et a fait le lien avec sa posture physique lors du prendre soin. Elle détaille le fait, lors d'un soin avec un patient alité par exemple, d'adapter le lit du patient, en le montant pour se retrouver au même niveau physique que son patient "pour ne pas être en position dominante", et ajoute qu'elle souhaite montrer au patient "qu'elle est à leur niveau et à leur côté, pour eux et qu'on est pas supérieur à eux".

L'infirmière 3 utilise la parole en s'adaptant à l'âge de l'enfant, à ce "qu'il est capable de comprendre". Elle utilise les mots pour expliquer sa pratique dans le prendre soin dans le but d'acquérir la confiance de l'enfant. De plus, elle recherche à verbaliser l'enfant sur ses peurs en le laissant s'exprimer afin de s'adapter et "du coup essayer de revenir sur ce qui peut le gêner".

1.3 La prise en soin globale

Les infirmières 2 et 3 ont parlé de prise en soin globale d'un patient, d'une personne. L'infirmière 3 a ajouté qu'aujourd'hui, "on ne pouvait pas prendre en soin les gens sans les prendre dans la globalité".

1.3.1 L'entourage et les familles

Ces 2 infirmières ont intégré l'entourage et les familles dans le prendre soin. L'infirmière 2 intègre en pédiatrie le parent ou l'accompagnant car il connaît particulièrement l'enfant. L'infirmière 3 va faire attention à l'environnement familial et elle complète qu'il est important de savoir si le patient a des aidants naturels, des passages soignants. Elle porte également une grande importance à l'espace de vie du patient dans le but de s'assurer qu'il ait tout "ce qui lui est nécessaire... pour s'alimenter, se récréer" en faisant référence aux besoins fondamentaux de Virginia Henderson.

1.3.2 Les 3 dimensions

Le terme prise en soin globale est détaillé par ces 2 infirmières en parlant de 3 dimensions : le physique, le psychique et le psychologique. Ces termes sont inclus dans leur définition du prendre soin. L'infirmière 3 affine ses propos en disant qu'il faut que le patient soit "confortable et serein sinon ça ne peut pas bien fonctionner". Elle ajoute qu'elle cherche à "connaître l'état d'esprit de ses patients" lors des prises en soins et qu'elle "prend le temps de parler avec ce patient". De ce fait, si le patient est anxieux elle cherchera à savoir si "l'anxiété vient de facteurs extérieurs, problèmes familiaux qui peuvent jouer sur sa santé".

1.3.3 La prise en considération du vécu de la personne

L'infirmière 1 détaille le prendre soin en incluant le vécu de la personne. L'appréhension des patients diminue à mesure que leurs prises en soin avancent. Ils sont souvent stressés en début de traitement, ou lorsqu'ils sont difficiles à piquer mais "une fois que les 2 cathlons sont posés et bien positionnés, le patient est plus détendu".

L'infirmière 2 prend en considération le vécu du patient lors du prendre soin en le questionnant sur son vécu et elle cherche à voir "comment cette blessure est considérée", avant le soin.

L'infirmière 3 va "prendre la mesure" après le soin, cherche à savoir "comment il l'a vécu".

1.3.4 Le travail en équipe

Pendant les trois entretiens, les trois soignantes ont cité la pluri professionnalité.

L'infirmière 1 explique qu'elle travaille avec une collègue infirmière lors des premières ponctions pour les nouveaux patients qui débutent un traitement par dialyse. Elle ajoute que cela sert à "limiter le stress ou lorsque le patient appréhende les ponctions".

L'infirmière 2 évoque le travail en binôme, avec l'auxiliaire de puériculture ou une étudiante lors des soins. Elle parle aussi du médecin et des parents. Elle précise que c'est un "vrai travail d'équipe" !

L'infirmière 3 travaille au domicile des patients, seule lors de ses interventions. Mais elle est cependant entourée d'une équipe : elle peut alors appeler le médecin, explique le rôle de l'infirmière coordinatrice dans la prise en charge de la douleur.

La prise en compte de la douleur est un point important auquel les trois professionnelles interrogées ont fait référence à plusieurs reprises.

2. Les particularités de la douleur lors du prendre soin

Voici un gros point évoqué par les 3 infirmières concernant le prendre soin. La douleur est mise en avant dans leurs réponses à mes questions sur le prendre soin.

2.1 La prise en considération de la douleur

Dans les définitions du prendre soin que les infirmières 1 et 3 m'ont donné, la douleur est citée. Pour l'infirmière 1, "prendre soin c'est...savoir si elle est bien, pas douloureuse" et elle accentue en disant que "quand ils nous disent qu'ils n'ont pas mal, c'est chouette !". En ce qui concerne l'infirmière 3 "prendre soin consiste à ce qu'elle soit bien" et ajoute que la douleur "doit être prioritaire avant de faire quoi que ce soit... car on ne peut pas faire un bon soin si le patient a mal". Elle précise cela 2 fois lors de l'entretien. Elle explique de plus qu'elle "évalue la douleur avant, pendant

et après le soin” et énonce le terme “échelle”. Elle ajoute que c’est une des premières choses qu’elle fait en arrivant chez le patient ce qui démontre l’importance qu’elle accorde à la douleur dans son prendre soin.

2.2 La prise en charge de la douleur intégrée dans le prendre soin

2.2.1 La prise en charge médicamenteuse de la douleur

La prise en charge médicamenteuse de la douleur et de l’anxiété lors du prendre soin est très présente dans les entretiens avec les infirmières. L’infirmière 1 cite les patchs de Lidocaïne (Emla), lors du premier contact avec le patient qui débute un traitement en dialyse. Elle précise que le patch sert à endormir au niveau cutané, et que le repérage est fait pour positionner les patchs lors du premier contact. L’infirmière 2 aborde la prise en charge de la douleur en même temps que l’anticipation. Elle anticipe la douleur “en donnant les antalgiques les plus adaptés possibles par rapport aux délais d’action”, elle réévalue la douleur et redonne un antalgique si besoin, elle parle aussi des patchs anesthésiants. Pour l’anxiété, elle cite l’Atarax (anxiolytique) et l’Entonox (médicament qui s’inhalé et permet l’analgésie de courte durée) afin d’apaiser l’enfant et ainsi de faciliter la prise en soin. L’infirmière 3 nomme les PCA (analgésie contrôlée par le patient) et les bolus au moment du soin, les anxiolytiques et le Meopa. Elles citent ces traitements pour la prise en charge de douleur et elles les associent au prendre soin.

2.2.2 La prise en charge non médicamenteuse de la douleur

Les 3 infirmières mentionnent aussi la prise en charge de la douleur et de l’anxiété non médicamenteuse. L’infirmière 1 va rechercher le confort du patient en vérifiant son installation. Elle raconte par ailleurs que les soignants du service utilisent depuis peu une tablette qui permet la relaxation avec des musiques douces. L’infirmière 2 utilise la distraction et le jeu. Elle utilise alors des petites fiches de jeu genre “ou est Charly ?” ou cherche à connaître les centres d’intérêt de l’enfant. Elle peut aussi proposer à l’enfant d’utiliser le téléphone parental pour regarder un dessin animé ou des photos de sa famille. L’objectif est de sécuriser l’enfant et ainsi parfaire la prise en soin. En cas d’échec, elle peut différer le soin et attendre que l’enfant s’apaise. L’infirmière 3 cite l’utilisation de l’hypnose conversationnelle et la parole qu’elle utilise beaucoup.

3. Le geste invasif intégré dans la prise en soin

Il m’a paru important d’obtenir une définition soignante du geste invasif afin de recueillir une réflexion sur cette pratique.

3.1 La définition du geste invasif

L'infirmière 1 définit le geste invasif " à partir du moment où il va y avoir une pénétration cutané" et elle détaille en ajoutant le type de gestes invasifs qu'elle effectue : " les ponctions pour installer les cathlons pour pouvoir dialyser le patient"

L'infirmière 2 présente le geste invasif en le liant à l'hygiène et ajoute " il faut faire attention à ne pas faire entrer une bactérie, la notion de sécurité et d'hygiène sont importantes". Elle caractérise alors le geste invasif : aux urgences pédiatriques elle pose des cathéters, fait des prises de sang et des sondages urinaires.

L'infirmière 3 rejoint la définition de l'infirmière 1 en partie. Elle donne une définition qui lui est propre " c'est une effraction cutanée" mais elle complète en donnant une définition plus personnelle " ça va au-delà de ça, à partir du moment où on fait mal au patient, on fait un geste invasif, quand le patient est douloureux, on entre dans un geste invasif". Elle associe clairement la douleur au geste invasif.

3.2 L'intégration du geste invasif dans la pratique soignante

L'infirmière 1 déclare qu'elle réfléchit à chaque fois, qu'elle ne peut pas réaliser de geste invasif sans réfléchir. Elle n'imagine pas "piquer car il faut le piquer".

Afin d'intégrer au mieux le geste invasif dans la pratique soignante, l'infirmière 2 cite le fait de créer une relation avec l'enfant et elle explique que pour créer une relation, elle s'assoit, se met à côté de l'enfant.

L'infirmière 3 qui aime parler, explique tout le soin au patient en détaillant ce qu'elle fait au moment où elle le fait, car il participe " à son parcours de soin". Pour elle, le fait d'expliquer sert à l'impliquer, à lui faire comprendre. Elle souhaite aussi créer une relation de confiance et recevoir l'adhésion dont elle a besoin. Sans cette adhésion, elle pense ne pas pouvoir faire de bons soins. Elle commente le fait d'acquérir cette confiance par le fait qu'il faille lui montrer "qu'on n'est pas là pour lui faire mal".

4. La place du toucher dans les soins

4.1 La place du toucher dans la pratique soignante

En réponse à cette question, les infirmières ont nommé différents touchers et ont aussi qualifié la place du toucher dans le prendre soin. Mon objectif était de comprendre les pratiques soignantes et la mise en application du toucher dans les soins.

4.1.1 Les types de touchers

L'infirmière 1 détaille le toucher en 2 différents types de toucher : d'abord le toucher pour "palper le vaisseau" qui servira à repérer où elle va piquer puis le toucher "plus réconfortant"

L'infirmière 2 évoque la douceur du toucher, qu'elle réalise "de la façon la plus délicate possible". Elle explique cette douceur dans un but positif, afin "de mettre des billes de son côté pour un soin" et elle dit que si le toucher n'est pas doux, "on attire que du négatif". Elle détaille l'importance du toucher massage dans un "moment particulièrement désagréable pour l'enfant".

4.1.2 L'importance du toucher

L'infirmière 1 dit que le toucher à une place primordiale, la "place number one".

L'infirmière 2 explique que le toucher à une place importante en faisant référence au fait que les enfants sont "de vraies éponges" car "c'est un moment particulièrement désagréable pour l'enfant". Elle complète ses propos en précisant que pour elle, le toucher "est complémentaire, que c'est quelque chose que l'on met en plus de tout le reste pour faire en sorte que ça se passe bien".

L'infirmière 3 illustre la "grosse importance" qu'elle accorde au toucher dans les soins en la reliant au "degré de relation" qu'accorde le patient au soignant.

4.2 Les intentions soignantes lors du toucher

Au travers cette question, j'ai cherché à connaître les intentions des soignantes lors du toucher afin de tenter de définir la place des compétences émotionnelles lors du prendre soin.

L'infirmière 1 argumente ses intentions lors du toucher avec l'apaisement et la réassurance.

L'infirmière 3 parle également d'apaisement mais cherche à montrer à son patient qu'elle est à l'écoute. Elle "centre ses gestes sur la personne".

4.3 Le respect et le consentement

Les 3 infirmières ont spontanément évoqué la recherche du consentement, de l'acceptation pour le toucher lors des soins infirmiers.

L'infirmière 2 s'exprime sur le fait que "quand ils ont l'âge, il faut leur demander s'ils sont d'accord" car "ça reste leur corps, il y a aussi la pudeur qu'il faut respecter". Mais elle précise que tous les enfants n'ont pas le même rapport aux soignants et que certains d'entre eux "ont besoin d'avoir une certaine distance avec le soignant". De la même manière, l'infirmière 1 affirme que certaines personnes "n'aiment pas être touché !". Et l'infirmière 3 évoque également le fait que "tous n'aiment pas " être touché.

L'infirmière 3 appuie le fait qu'elle recherche verbalement l'accord, l'acceptation du patient en "sondant" ses réactions "sur son visage". Elle questionne ses patients afin de recueillir leurs accords. Elle a besoin de l'accord du patient par crainte d'entrer "par effraction dans leur bulle intime". Elle en

déduit aussi que si le patient se laisse toucher par le soignant, c'est qu'il est en accord avec les soins prodigués.

4.4 La proxémie lors du toucher

Il m'a semblé intéressant de savoir comment les professionnelles interrogées concevaient la proximité physique imposée par les soins infirmiers.

L'infirmière 1 ne pense pas à cette proximité. Elle précise qu'elle "prend en charge tout le monde", peu importe son histoire de vie, sans jugement.

L'infirmière 2 déclare que la proxémie fait partie du soin et qu'elle ne conçoit pas de faire un soin " en étant loin de l'enfant", que même lorsqu'elle porte un regard sur l'enfant, elle s'approche de lui. Aucun enfant ne lui a jamais fait part de la gêne que pourrait occasionner la proxémie, par la parole ou par les gestes, elle n'a "jamais été repoussée".

L'infirmière 3 demande si le patient est dérangé lorsqu'elle s'approche, ou bien si elle peut s'asseoir afin de réaliser son soin.

VI. L'analyse interprétative

Dans cette partie l'objectif visé est de mettre en relation l'analyse de mes entretiens avec le cadre théorique élaboré au-dessus. Mon objectif est de mettre en relation les résultats d'analyse avec ma question de départ. Cela va me permettre de faire émerger de nouvelles idées qui m'amèneront vers une nouvelle réflexion.

1. Le prendre soin d'un patient anxieux

1.1 Le prendre soin en globalité

Alors que mes recherches débutaient, c'est le premier concept que j'ai cherché à définir.

Walter Hesbeen dit que "prendre soin, c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation particulière c'est à dire unique". Les infirmières de pédiatrie et de l'HAD ont cité la prise en soin globale lors de ma demande sur la conception qu'elles avaient du prendre soin : elles intègrent les familles, l'environnement, le vécu de la personne soignée.

Elles nomment également les 3 dimensions à intégrer selon elles dans la prise en soin : le physique, le mental et le psychologique. Le terme globalité signifie bien intégral, tout. Personnellement je ne pourrai donc pas me réduire à prendre soin d'une personne seulement sur une des trois dimensions. Je devrais y associer ce qui définit cette personne dans sa globalité et sa singularité, sur ce qui fait qu'elle est ce qu'elle est. Cela implique donc pour moi d'adopter une posture de chercheur dans ma pratique professionnelle au quotidien.

Les infirmières 1 et 3 ont évoqué la temporalité en expliquant l'importance de prendre son temps lors du prendre soin d'un patient anxieux. Pour apporter une attention particulière aux patients anxieux, le critère temps est indispensable pour apaiser, rassurer le patient puis adapter nos actions. A titre personnel, j'ai pu constater en stage que les professionnels sont limités par le temps et ne peuvent à ce titre répondre de la manière qui leur semble la plus adaptée à chacun. Le temps est parfois une entrave dans la prise en soin. Je souhaite, une fois diplômée, exercer en pédiatrie où le nombre de patients par secteur est moindre que chez les adultes. J'espère, grâce à une organisation adaptée, pouvoir prendre le temps avec chacun de mes patients afin de leur laisser le moins mauvais souvenir possible de leur hospitalisation.

De plus, la posture professionnelle participera au vécu de la prise en soin. Christine Paillard décrit la posture dans le dictionnaire des concepts en soins infirmiers comme étant " la place que l'on veut occuper dans la vie professionnelle, dans une situation donnée". L'infirmière travaillant en HAD veille à se mettre au même niveau physique que ses patients afin qu'ils ne ressentent pas de supériorité. Le

soignant n'a pas de pouvoir sur le patient mais seulement un savoir qu'il se doit de partager selon moi avec le patient, et encore plus quand ce dernier présente des signes d'anxiété.

Les infirmières 2 et 3 ont beaucoup insisté sur l'adaptation nécessaire pour prendre soin. Nous avons appris lors de nos différents stages à nous adapter. J'ai dû m'adapter à communiquer professionnellement avec des patients de tous âges, moi qui n'avait travaillé auparavant qu'en pédiatrie. Chaque situation de soin est unique, chaque personne est unique, chaque plaie est unique et chaque professionnel est unique. Chaque protocole utilisé sera adapté au patient en face de nous et de nombreux paramètres seront pris en compte : le soin, l'âge du patient, son état d'esprit face à cette prise en soin, son vécu, son ressenti, son histoire, etc.... L'adaptation nécessaire s'inscrit pour ma part naturellement dans chaque prise en soin, sans effort, avec empathie et bienveillance.

1.2 La sollicitude : une réponse personnelle

Au travers leurs réponses, les infirmières ont évoqué une valeur chère à mes yeux : la sollicitude. Elles ont cité la bienveillance, l'attention, le bien-être de la personne, ce qui qualifie pleinement le concept de sollicitude. Cynthia Fleury apporte une définition de la sollicitude comme étant "un soin, une attention portée à autrui, emprunte d'empressement et teintée d'une inquiétude légère, comme s'il s'agissait de prévenir, d'anticiper les maux de la personne, ou plus simplement le type d'aide dont elle pourrait avoir besoin". Personnellement, le côté naturel de la sollicitude est selon moi associable à la spontanéité et est guidé par nos valeurs. Ce sont donc nos valeurs personnelles qui entrent en première ligne et nous permettent de l'appliquer avec nos patients. Avec mes recherches et les réponses des infirmières, je pense pouvoir répondre à une question que je me suis posée : pourquoi avais-je aimé le contact avec les mains des patients en unité Alzheimer ? Pourquoi avais-je proposé ma main aux résidents par la suite ? J'ai découvert que la sollicitude s'imposait à moi de façon naturelle, je continuerai à ancrer cette valeur auprès des patients qui me seront confiés.

2. L'anxiété lors d'un geste invasif

Les infirmières de dialyse et d'HAD ont définie aisément le geste invasif : "à partir du moment où il y a une pénétration cutanée", " une effraction cutanée". L'infirmière de pédiatrie à ajouter la notion d'hygiène lors d'un geste invasif. L'infirmière d'HAD l'a précisée en y intégrant la notion de douleur et cette notion a résonné en moi et m'a poussé à la réflexion : le terme en lui-même de geste invasif est effectivement un acte. Mais dans la réalisation, il n'est pas concevable de réaliser ce geste sans analyser la situation de soin notamment lorsque le patient est anxieux.

Avec les définitions des professionnelles, j'ai pu constater que certaines étaient concentrées sur le geste à accomplir bien qu'elles aient expliqué ce geste en amont. L'infirmière qui travaille à domicile a plutôt évoqué les conséquences du geste invasif, la douleur à laquelle elle est très attentive.

En cela, je pense que l'infirmière 3 a exprimé le recherche l'alliance thérapeutique alors que les infirmières 1 et 2 ont associé le geste invasif sur le patient anxieux avec l'équipe de travail.

2.1 le geste invasif : une réflexion pour favoriser l'alliance thérapeutique

Margot Phaneuf écrit en 2016 que l'alliance thérapeutique est "la création d'une relation de confiance entre l'infirmière et son patient par laquelle ils s'entendent pour travailler ensemble à son engagement dans un processus de changement et sa progression vers un mieux-être." De par le fait que l'infirmière travaillant à domicile pratique seule au quotidien (même si l'équipe médicale et soignante est joignable par téléphone), elle s'attache à vraiment créer cette alliance. De plus, elle entre dans le quotidien des patients en pratiquant à leur domicile. Elle s'immisce alors dans la vie de ses patients et doit de ce fait créer d'autant plus cette relation de confiance. Cette même professionnelle intègre le patient à son "parcours de soin" en lui expliquant, pour qu'il comprenne les soins qui lui sont prodigués. Les autres soignantes, qui travaillent à l'hôpital, expliquent également les soins invasifs qu'elles vont pratiquer dans un but d'apaisement pour le patient anxieux, ce qui permettra cette relation de confiance également.

A titre personnel, la relation de confiance dans les soins est un lien entre les deux protagonistes. Elle permet au soignant de réaliser son soin sereinement et au patient d'accepter ce que sa santé lui impose. C'est un travail d'équipe (patient et soignant) qui nécessite parfois l'intégration de nouveaux soignants pour assurer et rassurer.

2.2 Le travail en équipe

Les infirmières 1 et 2 ont cité leurs collègues de travail dans la prise en soin du patient anxieux lors d'un geste invasif. L'infirmière 1 travaille en binôme infirmier lorsqu'un nouveau patient commence un traitement en dialyse. L'infirmière 2 travaille avec l'auxiliaire de puériculture lors de la réalisation de gestes invasifs. Et ce point est très important à mon sens.

Le fait de travailler en équipe est rassurant pour la professionnelle que je souhaite devenir. Si un geste invasif n'est pas réussi par un soignant, un autre soignant pourra essayer à son tour. Le fait de pouvoir "passer la main" en cas d'échec est sécurisant pour le soignant et le patient. De plus, lors de certaines situations de soins, un binôme est indispensable car deux mains ne sont pas suffisantes à la réalisation du soin. En pédiatrie l'infirmière décrit parfaitement la distraction exercée par l'auxiliaire de puériculture ce qui limite considérablement le stress de l'enfant et de sa famille. J'ai moi-même réalisé

un prélèvement de gaz du sang sur une patiente atteinte de troubles cognitifs et mnésiques et si l'infirmière qui m'encadrerait ce jour-là n'avait pas été auprès de moi, j'aurais été dans l'incapacité de concrétiser le prélèvement. C'est un exemple de soin à quatre mains. Elle rassurait la patiente en se tenant face à elle, en lui massant les genoux.

3. La place du toucher dans les soins

L'infirmière 1 a évoqué les différents types de toucher : le toucher technique "pour palper les vaisseaux" et le toucher "plus réconfortant". Il y a donc plusieurs façons de toucher. L'infirmière 2 parle de douceur dans le toucher afin de "mettre des billes de son côté" car si le toucher n'est pas doux" on attire que du négatif".

3.1 Un toucher soignant respectueux et avec des intentions positives

Les intentions soignantes sont décrites par les infirmières interrogées en termes de douceur, d'apaisement de réassurance.

L'infirmière 3 centre ses gestes sur la personne. Le but lors des soins est toujours de permettre au patient de recouvrer la santé. Et cela passe souvent par la réalisation de gestes invasifs. Lors du toucher, le patient doit sentir l'intention positive, la finalité de soigner. Ces intentions seront ressenties par la pression (adaptée au type de soin), le contact, la chaleur, le froid et la douceur. Ces cinq éléments forment le toucher. Lors de mon stage en unité Alzheimer, j'ai aimé toucher car les résidents étaient en demande de ce toucher apaisant et rassurant. Dans le cadre d'un geste invasif, il est à mon sens possible d'intégrer la douceur, une pression adaptée au soin. En préparant le patient avec un massage du membre à prélever par exemple, j'entre en contact avec douceur et communique toute la bienveillance et mon envie d'apaiser à mon patient. Je suis maintenant convaincue que le toucher est un formidable outil de soin. Mais en tant que soignant, il est important de se connaître pour pouvoir toucher, d'être authentique, de s'impliquer entièrement dans la relation car nos gestes seront empreints de ce que nous sommes.

En tant qu'infirmière, je ne pourrais pas être autrement que celle que je suis et je souhaite mettre à profit mes découvertes sur le toucher auprès des personnes qui le souhaitent.

3.2 La proxémie lors du toucher : une évidence consentie

Lors des soins, la proxémie est inévitable comme l'a souligné l'infirmière de pédiatrie. Il n'est effectivement pas possible de réaliser un bilan sanguin sans tenir le bras ou la main du patient. Selon moi, si l'on prend le temps de détailler le soin au préalable, le toucher sera moins agressif pour le patient car il comprendra le but. De ce fait, il laissera entrer le soignant dans sa sphère intime et ne

sera pas heurté par les sensations du toucher. La confiance pourra s'installer entre les deux "partenaires de soins". Pour gagner cette confiance, les professionnelles recherchent le consentement des patients. Le consentement aux soins est indispensable, il se doit d'être libre et éclairé. Je pense que si le patient consent à la réalisation du soin, il accepte les gestes invasifs et il accepte le toucher. Cependant, la mise en pratique du geste sera différente selon la volonté des patients car certains n'aiment pas être touchés. Je ne masserai pas le bras avant le soin afin de respecter le souhait, les envies et le ressenti du patient. Si je connais un peu l'histoire de vie de mon patient, je comprendrai plus facilement et serai alors en mesure de respecter sa volonté. Sans l'accord explicite du patient, il me sera compliqué de concrétiser le soin. Hors durant mon stage en SSR pédiatrique, j'ai réalisé un bilan sanguin auprès d'un enfant de six ans polyhandicapé qui ne communiquait pas. Il avait un patch anesthésiant en place depuis une heure. Afin d'obtenir un accord au soin de sa part, j'ai ancré mon regard au sien et lui ai caressé la tête dans le but de créer la confiance nécessaire à la réalisation du geste, tout en lui expliquant ce que j'allais faire. J'ai réussi le bilan sans mouvement de sa part. En connaissant le passé de ce petit patient, j'ai ainsi pu prendre en compte ses craintes et communiquer de manière à ce qu'il me comprenne. La douleur était prévue en amont avec la pose du patch.

4. La douleur : une composante essentielle à intégrer dans le prendre soin d'un patient anxieux

Cette dernière partie est la plus surprenante me concernant. Pourquoi n'ai-je pas fait le lien entre toutes mes notions avec la douleur ? Il m'est apparu très clairement lors des entretiens que la douleur était très certainement le facteur principal de l'anxiété chez les patients, notamment lors d'un soin invasif. Et cette crainte de la douleur induite est bien légitime ! Comment ne pas craindre un sondage urinaire quand nous n'avons jamais subi le soin ? Comment un patient avec une jambe cassée ne va pas craindre les mobilisations nécessaires à la toilette ? Ces craintes ou ces douleurs avérées ne sont pas à négliger, elles sont même primordiales !!

4.1 La considération de la douleur par le soignant

L'infirmière exerçant en hospitalisation à domicile a évoqué la douleur dès lors que je lui ai demandé une définition du geste invasif. L'infirmière de pédiatrie a évoqué les traitements tels que le Meopa, les patchs anesthésiants tout comme l'infirmière de dialyse. La douleur est donc considérée dès lors qu'un geste invasif est prévu. La prise en charge de la douleur par l'infirmier se décline en plusieurs étapes : la prévention (ce qui est réalisé par les soignantes interviewées), l'évaluation qui est décrite par l'infirmière 3 et le traitement qui n'est pas abordé. En pratique, si j'avais creusé la situation de ma patiente en chirurgie ambulatoire, j'aurais pu savoir si la douleur était responsable de son stress.

Peut-être qu'un patch anesthésiant aurait pu la soulager, ou simplement le fait de prendre en considération son anxiété en lui proposant cette solution aurait pu être apaisant et ainsi permettre le soin. L'idée qu'elle puisse avoir mal ne m'a pas effleuré une seule seconde...Lorsque je travaillais en pédiatrie, la douleur était systématiquement prise en compte. Une des premières phrases que l'on m'a dit à mon arrivée aux urgences pédiatriques était : "un enfant ne doit pas avoir mal". Je l'ai rapidement assimilée pour les enfants, il m'aura fallu la rédaction d'un mémoire pour l'appliquer chez les adultes. Voici donc un point important que je vais retenir : échanger, creuser pour comprendre et ainsi adapter la prise en soin, chez les petits et chez les grands....

4.2 Un éclairage pour le prendre soin d'un patient anxieux lors d'un geste invasif

Après réflexion, j'obtiens une piste qui m'amène à comprendre pourquoi je n'avais pas lié les notions de ma question de départ avec la douleur : dans ma première situation d'appel, l'anxiété de la résidente était liée à sa pathologie, Alzheimer. La douleur n'était pas en cause. Pour ma seconde situation, je n'ai pas pris le temps ou oser questionner la patiente afin de connaître les raisons de sa réaction : j'étais en chirurgie ambulatoire ou tout va vite, très/trop concentrée sur le soin à réaliser et je n'ai pas creuser son anxiété alors qu'il aurait été intéressant de noter les raisons dans le dossier patient pour une future prise en soin.

Ce que je retiens, c'est que la douleur peut être une réponse à l'anxiété de certains patients lors de gestes invasifs. Le toucher peut alors être une clé qui permettrait de faire s'ouvrir le patient : en tant que mode de communication pour s'exprimer sur son ressenti face à la réalisation d'un geste invasif, en tant que réducteur de l'anxiété dans ce même cadre.

Je comprends mieux à présent ce qui peut faire que cet outil de soin qu'est la main peut être à la fois voulu pour apaiser l'anxiété ou rejeté car signe d'anxiété. Comme je l'ai noté plus haut, chaque personne est unique et dans le prendre soin, tout peut s'exprimer de part cette vulnérabilité liée au rôle de patient.

En tant que future infirmière, je m'appliquerai à présenter le toucher comme un allié supplémentaire dans la réalisation d'un geste invasif, et je prendrai le temps de comprendre les causes provoquant l'anxiété chez mon patient.

Si je dois tenter de répondre à ma question de départ, je dirai : le toucher à la place que le patient a choisi de lui accorder à partir du moment où les intentions soignantes sont en accord avec ses attentes

VII Conclusion

J'ai commencé ce travail avec de multiples questions en lien avec des situations vécues en stage. De ses différentes questions est née ma question de départ à mes recherches. Mon but était d'essayer de comprendre quelle était la place du toucher dans les soins et plus particulièrement auprès des patients anxieux lors des gestes invasifs afin de me projeter dans ma future pratique professionnelle.

Après différentes lectures, j'ai élaboré un cadre conceptuel en lien avec les mots clés de ma question de départ à savoir : le prendre soin, le geste invasif, l'anxiété et le toucher. Suite à la rédaction du cadre conceptuel, j'ai créé un guide d'entretien afin de questionner trois professionnelles sur ces notions. J'ai voulu comprendre, grâce à leur expérience professionnelle, quelle était leur conception du prendre soin, ce qu'était pour elles un geste invasif et comment elles le concevaient dans leur pratique, face à un patient anxieux quelle était leur réaction et enfin apprécier la place du toucher dans leurs différents lieux d'exercices.

Les résultats de mes recherches comparés aux réponses des professionnelles interrogées m'ont éclairé sur beaucoup de points. Au début de ma formation, j'étais pleine de représentations et de retenues qui m'empêchaient de m'autoriser à être authentique avec les patients. De ce fait, il m'était compliqué de toucher une personne inconnue, mon questionnement et ma réflexion sur certaines situations étaient quasi nuls, je n'étais pas une chercheuse. Avec mes trois années de formation, je me suis rendue compte que mes conceptions étaient erronées, mes représentations n'avaient pas lieu d'être. J'ai cherché au fond de moi même des réponses à ces représentations. Et le manque de connaissances a été une réponse. Ces trois années de formation m'ont permis de combler ces manques.

Le fait de me mettre dans la posture d'une chercheuse a suscité ma curiosité si bien qu'il m'a été compliqué de savoir où m'arrêter pour trouver des éléments en lien avec ma question de départ, tout est lié ! Et pourtant, les professionnelles interviewées ont mis en avant une notion à laquelle je n'avais pas pensé : la douleur. La prise en charge de la douleur est pourtant centrale dans notre formation. Cela m'amène à penser que je vais apprendre tous les jours, aurais de nouveaux éclairages quotidiennement. Et maintenant je suis armée pour les repérer et rebondir !

En tant qu'étudiante, ma vision du soin était rétrécie puis s'est ouverte au fil des années de formation. J'étais au départ capable de réaliser un soin technique sans prendre le patient dans sa globalité. A chacun de mes stages, j'ai remis en question ma pratique soignante, le sens de mes actes et de mes paroles, la qualité de mes soins. Aujourd'hui, malgré le manque d'expérience, je pense pouvoir mettre en lien tout ce qui me permettra de réussir mes prises en soins, en mettant mes connaissances au profit de mes futurs patients. Grâce à mon mémoire, je serai en capacité de réfléchir sur le sens de mon toucher et veillerai à ce qu'il crée chez mes patients. Je n'hésiterai plus à entrer en relation avec

mes patients, j'ai les outils pour le faire et le toucher en ai un. La recherche du consentement au toucher sera primordiale et je m'appliquerai à expliquer au mieux en quoi le toucher est nécessaire, ce qu'il peut apporter lors d'un soin. Cela passera par la connaissance de mon patient et l'installation d'une relation de confiance.

Bibliographie

Articles

Favetta, V. & Feuillebois-Martinez, B. (2011). « Prendre soin et formation infirmière ». *Recherche en soins infirmiers*, 107, 60-75.

Vigil-Ripoche, M. (2012). Prendre soin, care et caring. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières : 2ème édition* (pp. 244-249). Toulouse : Association de Recherche en Soins Infirmiers.

Zielinski, A. (2011). La vulnérabilité dans la relation de soin : « Fonds commun d'humanité ». *Cahiers philosophiques*, 125, 89-106.

<https://www.ifpssnc.nc/MyKomunote/php/DOCS/SEQUENCES/NH03958879/Vulnerabilitesethumanitedusoin,lethiquecommeboussole.pdf>

<https://chaire-philu.fr/wp-content/uploads/2018/04/SOIN1306-1.pdf> Soins n° 824, Avril 2018

Bioy, A. & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, 49, 317-326.

<http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2016/03/Lalliance-therapeutique-comme-instrument-de-soins.pdf>

<http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2014/05/Intelligence-emotionnelle.pdf>

Marie-Christine Fedor, Sylvie Grousset, Claire Leyssene-Ouvrard, Évelyne Malaquin-Pavan (2008) Le toucher au cœur des soins. *Soins*, n° 727, p.19-22

Evelyne Malaquin Pavan (2009), Le toucher dans les soins : dossier., revue *Soins* n° 737, p. 29 – 56

Hentz, F., Mulliez, A., Belgacem, B., Noirfalise, C., Barrier, H., Gorrard, J. & Gerbaud, L. (2009). Évaluation de l'impact du toucher dans les soins infirmiers – résultats statistiques d'une étude multicentrique, prospective et randomisée : (Suite de la recherche précédente). *Recherche en soins infirmiers*, 97, 92-97.

Juliette Gabay et Brigitte Hérrisson. (2013), Le toucher « relationnel » dans les soins ? *revus Soins* p.46-47

Florence Michon (2013), les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance, revue *Soins* n°773, p. 32 à 34

Patrick Sureau (2018), De la confiance dans la relation de soin, revue *Soins* n° 824, p.44 à 46

Patrick Thominet (2013), Ethique et relation de confiance, *Soins* n°779, p.28-29,

Cohen-Bittan,Ray,Boddaert,2011,p.295) :

https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Gestes_invasifs_chez_le_patient_age_utiles_ou_futiles.pdf

Johnston, C. C., Rennick, J. E., Fillion, F., Campbell-Yeo, M., Goulet, C., Bell, L., Tucci, M. & Ranger, M. (2012). Maternal Touch and Talk for Invasive Procedures in Infants and Toddlers in the Pediatric Intensive Care Unit. *Journal of Pediatric Nursing*, 27,144-153.

Simon, E. (2009). Processus de conceptualisation d'« empathie ». *Recherche en soins infirmiers*, 98, 28-31.

F.Bastiani (2017). Corps, autonomie et responsabilité de la personne. Soins p.15

Ouvrages

Paul Ricoeur (1990), Soi-même, p. 222

France Bonneton- Tabariès et Anne Lambert-Libert (2013), Le toucher dans la relation soignant-soigné p.75, p.81, p.40, p.27

MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBEUF, Anne. (2008) La relation soignant-Soigné 3e édition. Lamarre. France : (Soigner et accompagner).

Définitions

Christine Paillard (2015) Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, p. 441, p.154, p.328,

Définition Larousse en ligne de geste invasif:

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/invasif/44072#:~:text=1.,et%20envahit%20les%20tissus%20voisins.>

Définition Larousse en ligne Pouvoir :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pouvoir/63206#:~:text=1.,un%20remarquable%20pouvoir%20d'adaptation.>

Définition de la vulnérabilité : Liendle, M. (2012). Vulnérabilité. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition* (pp. 304-306). Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0304>"

Définition intelligence émotionnelle, webmagazine Eve par marie Donzel :

<https://www.eveprogramme.com/37485/intelligence-emotionnelle/#:~:text=Salovey%20%26%20Mayer%20donnent%20une%20premi%C3%A8re,ainsi%20qu'%C3%A0%20r%C3%A9guler%20les>

Définition HAS de l'anxiété : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-06/08-091_tag.pdf

Définition Larousse en ligne Anxiété :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/anxi%C3%A9t%C3%A9/4369#:~:text=Inqui%C3%A9tude%20p%C3%A9nible%2C%20tension%20nerveuse%2C%20caus%C3%A9e,Son%20regard%20trahissait%20son%20anxi%C3%A9t%C3%A9.&text=2.,un%20sentiment%20ind%C3%A9finissable%20d'ins%C3%A9curit%C3%A9.>

Définition attitude, Wikipédia : [https://fr.wikipedia.org/wiki/Attitude_\(psychologie\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Attitude_(psychologie))

Définition de l'empathie, Afdem : <https://afdem.org/empathie/>

Définition HAS de l'écoute active : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/outil_12_ecoute_active.pdf

Définition Larousse en ligne de confiance :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/confiance/18082#:~:text=1.,face%20aux%20difficult%C3%A9s%20avec%20confiance.&text=2.,fond%C3%A9%20sur%20une%20confiance%20r%C3%A9ciproque>.

Les textes de lois

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033479578#:~:text=%C2%AB%20Art.-,R.,il%20estime%20%C3%AAtre%20insuffisamment%20%C3%A9clair%C3%A9>.

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000549619#:~:text=16%2D3.,pas%20%C3%A0%20m%C3%Aame%20de%20consentir>.

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033479578#:~:text=%2DLe%20consentement%20libre%20et%20%C3%A9clair%C3%A9,son%20accord%2C%20le%20m%C3%A9decin%20prescripteur>.

Cours IFSI Rennes

Les attitudes de Porter, UE 4.4 Soins Relationnels

Grille d'entretien

Quelle est la place du toucher dans le prendre soin d'un patient anxieux lors d'un geste invasif ?

<i>Présentation</i>	<i>Objectifs</i>	<i>Questions</i>	<i>Questions de relance</i>
	Instaurer un climat de confiance Faire connaissance avec la/le professionnelle interrogée	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dans quels services avez-vous travaillé auparavant ? ➤ Quel est votre parcours professionnel ? lieux d'exercices? 	
Concepts			
le prendre soin et le geste invasif	mettre en évidence la conception du prendre soin	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pour vous, prendre soin d'une personne c'est quoi ? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A quoi êtes-vous vigilant ?
	Définition soignante du geste invasif	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dans votre pratique au quotidien, vous réalisez des gestes invasifs, pouvez-vous m'en parler ? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pouvez-vous me les définir ou m'en nommer ➤ C'est quoi un geste invasif pour vous ? ➤ Ce sont des soins que vous pratiquez souvent ? si oui comment les intégrer vous dans votre prendre soin ? A quoi êtes-vous vigilant lors de la réalisation de ces gestes invasifs ?

	Obtenir une réflexion sur la pratique de soins invasifs	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Est-ce que vous pouvez me parler de la dernière réalisation de geste invasif que vous avez réalisé? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comment vous y prenez-vous, comment le préparez-vous avec le patient ?
L'anxiété	Identifier les compétences soignantes pour la prise en soins du patient anxieux	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Qu'en est-il du vécu du patient ? Pouvez-vous me raconter comment cela s'est passé du point de vue du patient ? ➤ Face à un patient anxieux, comment vous y prenez-vous ? Sur quoi vous appuyez-vous ? ➤ Avez-vous des besoins pour réaliser un soin invasif auprès d'un patient anxieux ? Qu'est-ce qu'il vous manque ? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Abordez-vous le thème des émotions ou du rapport au geste invasif avec le patient ? ➤ Qu'est ce qui est difficile? qu'est ce qui est aidant?
Le toucher	<p>Comprendre les pratiques soignantes du toucher, la mise en application</p> <p>Apprécier la place du toucher dans les soins dans les différents lieux d'exercices des infirmières interrogées</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Quelle place accordez-vous au toucher dans votre pratique soignante ? (Toucher massage, relationnel) ➤ Selon vous, quelle est la place du toucher dans les soins ? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dans le cadre des gestes invasifs, quelle place accordez-vous au toucher ? ➤ Quand vous utilisez le toucher, quelles sont vos intentions ?

	Définir la place des compétences émotionnelles lors du toucher dans les soins	<ul style="list-style-type: none"> ➤ lors de soins invasifs auprès d'un patient, vous vous retrouvez en proximité physique avec le patient, comment cela se passe? pour vous et pour la personne soignée? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Est-ce facile ? Avec tous les patients?
Conclusion		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avez-vous quelque chose à ajouter ? 	

1 Entretien Infirmière 1

2 **Etudiante** : tu es bien d'accord pour que j'enregistre cet entretien ?

3 **IDE** : pas de problème !

4 **Etudiante** : OK ! Alors est ce que tu peux me donner ton parcours professionnel, tes lieux
5 d'exercices ?

6 **IDE** : J'ai commencé à travailler en 1997, je suis partie en Guadeloupe travailler en clinique, c'était de
7 la chirurgie essentiellement, urologie et vasculaire, Ensuite j'ai fait du libéral, je suis revenue en
8 France, donc en Bretagne, pendant 3 ans et après j'ai intégré l'hôpital de Vannes, dans différents
9 services, j'ai bougé un peu partout, personnes âgées, chirurgie, beaucoup de chirurgie digestive et
10 orthopédique. Après je suis arrivée en dialyse en 2006 et depuis j'y suis toujours.

11 **Etudiante** : d'accord. Est-ce que tu peux me dire ce que signifie pour toi prendre soin d'une
12 personne ?

13 **IDE** : Alors prendre soin, c'est avoir de l'attention pour cette personne, c'est être bienveillant,
14 attentionné, penser plutôt au bien-être de la personne avant tout, savoir si elle est bien, pas
15 douloureuse, faire attention à son environnement

16 **Etudiante** : ok, dans ta pratique au quotidien est ce que tu réalises des gestes invasifs ? Si oui, est ce
17 que tu peux m'en parler ?

18 **IDE** : Oui beaucoup ! Surtout en hémodialyse car je suis dans un secteur où on fait de l'hémodialyse
19 et de la dialyse péritonéale. On fait beaucoup de formation aussi, on forme le patient à prendre en
20 charge son traitement. Les gestes invasifs ça va être les ponctions pour installer des cathlons, pour
21 pouvoir dialyser le patient et mettre en route un circuit extracorporel. C'est le geste invasif que l'on
22 va avoir le plus car une fois que le patient est ponctionné, il n'y a plus de geste autre que sur le
23 circuit.

24 **Etudiante** : Pour toi, c'est quoi un geste invasif ?

25 **IDE** : Un geste invasif c'est à partir du moment où il va y avoir une pénétration cutanée, c'est tout ce
26 qui est aiguille, ponction

27 **Etudiante** : et ce sont des gestes que tu pratiques souvent ?

28 **IDE** : Oui, les patients viennent 3 fois par semaine donc on pratique tous les jours

29 **Etudiante** : et ces gestes invasifs, comment arrivent tu à les intégrer dans ta prise en soin ?

30 **IDE** : Forcément on doit les faire pour la santé du patient mais on réfléchit à chaque fois . je crois que
31 depuis le nombre d'année que je fais ça, ça va être au cas par cas, selon le patient qu'on a en face,
32 selon l'appréhension du patient et chaque prise en charge sera différente. On ne peut pas le faire
33 sans réfléchir et se dire « il faut le piquer car il faut le piquer »

34 **Etudiante** : est-ce que tu peux me parler de la dernière fois que tu as réalisé un geste invasif ?

35 **IDE** : Ben hier. Le geste était de ponctionner des fistules, c'est de ponctionner à 2 endroits différents
36 pour pouvoir mettre en route le circuit extracorporel. C'est des cathlons qui ne sont pas la taille de
37 cathlons de perfusion, l'aiguille est importante, beaucoup plus grosse. Elles sont plus grosses qu'au
38 CTS. C'est vrai que ça peut être impressionnant pour le patient

39 **Etudiante** : et pour ton patient hier, comment ça s'est passé ?

40 **IDE** : Ça s'est bien passé car c'est des patients qui sont là depuis quelques semaines. Hier je n'ai pas
41 eu de patient qui a débuté. Donc l'appréhension du patient est moindre sauf qu'il y a eu un échec
42 auparavant parce que ça peut arriver aussi. Il peut aussi y avoir des patients difficiles à ponctionner
43 donc là, il y a un peu plus de stress pour tout le monde, et même pour nous mais il ne faut pas le
44 montrer.

45 **Etudiante** : Quand tu accueilles un patient et que tu vas réaliser ce type de soin, est-ce que tu
46 prépares le patient notamment s'il vient depuis peu en dialyse, as-tu besoin de lui réexpliquer la
47 démarche à chaque fois ?

48 **IDE** : Pas à chaque fois mais le premier contact servira à situer et faire un marquage sur la fistule pour
49 positionner les patchs d'EMLA, ils ont quelquefois même des patchs de Lidocaïne pour endormir au niveau
50 cutané

51 **Etudiante** : à chaque fois ?

52 **IDE** : A chaque fois ! parfois des patients refusent, ils n'en veulent pas mais c'est leur choix mais
53 sinon c'est systématique.

54 **Etudiante** : ça c'est chouette ! est-ce que tu as des retours du vécu des patients lors de ces gestes-là ?

55 **IDE** : Les retours qu'on peut avoir, c'est quand ils nous disent qu'ils n'ont pas mal, c'est chouette !
56 quand il n'y a pas de douleurs, après les seuls où ils peuvent avoir mal c'est quand on n'est pas dans
57 le vaisseau et qu'il y a un échec de ponction

58 **Etudiante** : est-ce que tu arrives à parler des émotions avec le patient, ce qu'il ressent, est-ce que tu
59 abordes facilement ce thème ?

60 **IDE** : Le patient ne va pas forcément parler de la ponction en elle-même, du geste invasif. Ça va être
61 plus du traitement, le fait de rester 4 h sur un lit mais il ne se focalise pas sur la ponction. Peut-être
62 au début mais ça ne va pas durer longtemps. Une fois que les 2 cathéters sont posés et qu'il sait qu'ils
63 sont bien positionnés, le patient est plus détendu

64 **Etudiante** : D'accord ! et face à un patient qui serait anxieux comment tu t'y prends ?

65 **IDE** : Alors la démarche va être différente, on va prendre plus son temps, plus dans la préparation :
66 on va voir s'il est bien positionné dans le lit, s'il est confortable. Peut-être plus penser à son confort
67 et on est souvent à 2 quand on ponctionne les premières fois. On peut mettre un système de
68 musique, on a une tablette depuis pas très longtemps et on met des musiques douces en fait, de
69 relaxation. On demande au patient de se focaliser sur un instrument, ou nous dire quel instrument il
70 entend sur la musique. Il y a aussi l'autre personne qui lui tient la main, donc on utilise le toucher et
71 la parole, lui parler de sa famille, d'où il vient, essayer de le connaître un peu et de focaliser son
72 attention sur autre chose

73 **Etudiante** : est-ce que tu as des besoins spécifiques pour réaliser un geste invasif auprès d'un patient
74 anxieux ? qu'est-ce qui va t'aider ? qu'est-ce qui va être difficile ? est-ce qu'il va te manquer quelque
75 chose ?

76 **IDE** : Actuellement on est dans un secteur, on n'est pas dans un centre lourd où il y a une grande
77 salle d'hémodialyse. On est dans un centre de formation, on a que 4 postes d'hémodialyse, donc
78 c'est assez confortable au niveau prise en charge de nouveau patient. On peut être à 2 et prendre

79 notre temps même si les patients sont branchés un peu plus tard. On prend notre temps et on est
80 souvent a 2 pour les 1ères ponctions pour limiter le stress ou qu'il appréhende les ponctions.

81 **Etudiante** : donc l'anxiété est prise en compte ?

82 **IDE** : Oui énormément !! c'est très confortable dans ces cas-là et je sais que ça n'est pas possibles
83 dans tous les centres. Et c'est un point important, on le fait instinctivement enter collègues, on est a
84 2 quand on ponctionne un nouveau patient, dans l'intérêt du patient mais aussi de la collègue

85 **Etudiante** : et du coup, tu en as parler un peu, quelle place tu accordes au toucher dans ta pratique
86 soignante ?

87 **IDE** : Elle est primordiale !! déjà je considère qu'il y a 2 touchers quand on prend en charge un
88 patient : d'abord le toucher pour palper le vaisseau comme pour une prise de sang pour repérer ou
89 on va piquer. Et ensuite il va y avoir le toucher plus réconfortant.

90 **Etudiante** : et du coup tu mets les 2 en place lors des prises en soins ?

91 **IDE** : A chaque fois !

92 **Etudiante** : et de quelle manière tu vas mettre en place le toucher relationnel ou détente/massage ?

93 **IDE** : Ça va être plus quand on est à 2 pour piquer. L'autre personne prend la main que l'on va
94 ponctionner ou l'autre main pour ne pas qu'il bouge ou pour le réconforter. On lui demande de serre
95 très fort la main, qu'il se concentre sur le serrage et il aura moins mal à la ponction. Et c'est en
96 fonction des patients.

97 **Etudiante** : et selon toi quelle est la place du toucher dans les soins ?

98 **IDE** : C'est la première place number one !

99 **Etudiante** : et est-ce que quand tu touches un patient, tu réfléchis aux intentions, a ce que tu veux y
100 mettre dans ce toucher en tant que soignante ?

101 **IDE** : Oui pour essayer de l'apaiser et de le rassurer, c'est ma première intention

102 **Etudiante** : je vais partir sur un peu autre chose mais qui set en lien, est ce que lors des soins invasifs
103 auprès des patients, tu te retrouves proche physiquement, à proximité du patient, comment ça se
104 passe pour toi, le fait d'être si proche de quelqu'un qu'on ne connaît pas au final ?

105 **IDE** : C'est vrai ! après je fais la part des choses en fait, j'y pense pas. On prend en charge tout le
106 monde peu importe qui il est et ce qu'il a pu faire. Il y a d'autre service ou il peut y avoir des
107 prisonniers ou des personnes comme j'ai pu avoir en chirurgie. Et on fait abstraction de tout ça et
108 lors du toucher on n'y pense pas. Mais c'est sûr qu'il y a des personnes qui n'aiment pas être
109 toucher ! et j'ai des collègues qui n'aiment pas le contact physique et qui touchent peut-être moins
110 mais elles peuvent compense par la parole ou autre chose qui prend le dessus

111 **Etudiante** : donc pour toi, quelque que soit le patient, tu arrives à toucher les patients

112 **IDE** : Oui il n'y a pas de différence !

113 **Etudiante** : merci beaucoup ! as-tu quelque chose à ajouter ?

114 **IDE** : Non c'est bon mais si tu as d'autres questions n'hésites pas a me recontacter

1 **Entretien Infirmière 2**

2 **Etudiante** : est-ce que tu es d'accord pour que j'enregistre cet entretien ?

3 **IDE** : Oui je suis d'accord.

4 **Etudiante** : Très bien ! alors est ce que tu peux m'expliquer ton parcours professionnel, dans quels
5 services tu as exercé et tu exerces aujourd'hui ?

6 **IDE** : Tout d'abord j'étais laborantine, j'ai travaillé 4 ans dans un laboratoire et je me suis vite
7 ennuyée donc après j'ai fait la formation d'infirmière à Paris, avec divers stages dont un stage à
8 Necker en pédiatrie qui m'avait beaucoup plu. Ensuite, je suis partie vivre à Rennes et j'ai intégré le
9 CHU de Rennes en 2005. J'ai tourné sur le pool de pédiatrie, j'ai fait beaucoup de néonatalogie pendant ces
10 6 mois là et après j'ai demandé à être formé en réanimation néonatalogie et pédiatrique et j'y suis resté
11 quasiment 8 ans. Au tout début les 2 réas étaient ensemble, nous étions à Pontchaillou et ensuite
12 en 2009, on a été délocalisé à l'hôpital sud et on nous avait demandé de choisir. J'ai donc choisi le
13 réa pédiatrique qui me semblait plus diversifiée que la réa néonatalogie et en plus très formateur pour un
14 début de carrière infirmière. Et ça jusqu'en 2011. Puis j'ai eu mes enfants et du coup ça a été plus
15 difficile avec les situations de fin de vie et en plus on alternait jour et nuit, 4 mois par an, donc c'était
16 compliqué avec un conjoint absent. Donc j'ai postulé aux urgences pédiatriques en octobre 2013. Et
17 là j'ai eu le concours de puéricultrice il y a 2 ans et j'espère rentrer à l'école en septembre.

18 **Etudiante** : je te le souhaite ! la première question que je veux te poser c'est : « pour toi, prendre
19 soin d'une personne, c'est quoi ? »

20 **IDE** : Prendre soin d'une personne c'est déjà englober le physique et psychique de la personne ? ce
21 n'est pas juste prendre soin d'une plaie par exemple, c'est aussi voir comment est considéré cette
22 blessure par la personne, prendre en globalité le soin, le physique et le mental

23 **Etudiante** : donc tu vas être vigilante à certaines choses quand tu vas réaliser un soin, t vas faire
24 attention aux paroles de ton patient

25 **IDE** : Oui ! prendre soin c'est aussi savoir comment le patient vit le soin, ça veut dire réajuster en tant
26 que soignant au fur et à mesure en fonction de la douleur, du ressenti, du stress, des peurs ou des
27 pleurs. C'est s'adapter !

28 **Etudiante** : d'accord. Dans ta pratique au quotidien, tu réalises des gestes invasifs, est ce que tu peux
29 m'en parler ?

30 **IDE** : Oui, alors en gestes invasifs aux urgences, il y a poser un cathéter, faire une prise de sang, faire
31 un sondage urinaire. J'essaie vraiment d'appréhender le soin au niveau douleur, j'essaie d'anticiper la
32 douleur en donnant les antalgiques le plus adaptés possible par rapport aux délais d'action. J'essaie
33 vraiment d'anticiper aussi l'appréhension du soin en expliquant ce qui va se passer donc autant à
34 l'enfant qu'aux parents et vraiment au moment du soin, j'essaie de créer une atmosphère plutôt
35 souvent tournée autour du jeu, de la distraction. On a beaucoup de petites fiches ou l'enfant doit
36 trouver par exemple dans un paysage de forêt 10 écureuils, genre « ou est Charly ? » et ça distrait
37 quand même pas mal l'enfant, en fonction de l'âge bien sûr. En tous cas, c'est vraiment essayer de
38 gérer la douleur, explications et m'adapter c'est-à-dire que si le soin me paraît être douloureux, je
39 ferai des pauses, j'attends, je redonne un antalgique et je revois avec le médecin si besoin.

40 **Etudiante** : donc pour toi, le geste invasif à un lien avec la douleur mais est-ce que tu as une
41 définition du geste invasif ?

42 **IDE :** Un geste invasif c'est tout ce qui tourne autour de l'hygiène, il fait faire attention à ne pas faire
43 entrer une bactérie ? ça c'est la notion de sécurité et d'hygiène qui sont importantes aussi à ce
44 moment-là, autant pour l'enfant que pour nous.

45 **Etudiante :** donc ce sont des gestes que tu pratiques souvent dans ton quotidien, comment tu arrives
46 à faire le lien entre ces gestes invasifs avec selon tes dires la notion de douleur qui s'apparente à ces
47 gestes-là, comment tu intègres ça dans ton prendre soin au quotidien ?

48 **IDE :** J'essaie de gérer au maximum la douleur, d'investir le parent ou l'accompagnant qui connaît
49 particulièrement l'enfant et qui va savoir aussi comment et quoi mettre en place pour le distraire au
50 mieux. Concrètement, c'est un parent qui peut aussi montrer un dessin animé sur son téléphone, à
51 ce moment la moi je m'en fiche que l'enfant regarde un écran. Ça peut être aussi la photo du papa
52 ou de la maman qui n'est pas là, ou bien chanter une petite comptine, qu'il aime bien, lui mettre son
53 petit doudou à côté de lui. Et il y a aussi le soignant avec qui on travaille souvent en binôme,
54 l'auxiliaire de puériculture ou une étudiante à faciliter la réalisation du soin. Avec le méopa, la
55 distraction, avec des petits massages des mains, du cou, de la tête, des pieds, ça peut être aussi des
56 petites choses comme ça. Le toucher massage est important dans un moment particulièrement
57 désagréable pour l'enfant

58 **Etudiante :** donc c'est un vrai travail d'équipe derrière un geste invasif, il y a toi l'infirmière qui va
59 réaliser ce geste mais il est facilité par l'autre soignant qui est avec toi, les parents, l'enfant en lui-
60 même bien sur. C'est une vrai travail d'équipe !

61 Est-ce que tu serais capable de me parler de ta dernière réalisation de geste invasif que tu as réalisé ?

62 **IDE :** Ben oui ! ce matin, j'ai posé un cathéter chez un enfant de 9 ans qui avait probablement le
63 Covid ou la grippe et qui était plutôt un peu stressé parce qu'il n'avait pas eu une très bonne
64 expérience en laboratoire. Il était patché et on a utilisé les petites cartes de distraction et j'étais
65 accompagné de l'auxiliaire de puériculture. La maman a pris les petites cartes et j'ai expliqué
66 comment allait se passer le jeu et ce que moi j'allais faire en parallèle. J'adapte toujours mon
67 discours selon l'âge de l'enfant et comme il y avait des petits papillons à chercher, j'ai dit que j'allais
68 mettre un petit papillon sur sa main et que j'allais attacher le petit papillon et qu'il allait le garder
69 jusqu'à ce qu'il sorte de l'hôpital. J'ai raté une première fois, voilà ça a claqué. Il a senti un tout petit
70 peu la douleur donc je lui ai fait sentir la main qui était un peu anesthésiée sous le patch. Moi je fais
71 vraiment ça maintenant et l'enfant se rend vraiment compte en touchant là où il y avait le patch et à
72 un autre endroit où il n'y avait pas patch qu'il y a une différence de sensation. Et je lui dis que la peau
73 dort et que c'est à cet endroit-là qu'on va travailler. Et il était patcher aussi sur l'autre main donc ça
74 tombait plutôt bien. De l'autre côté ça c'est bien passé alors il m'a dit qu'il avait senti un tout petit
75 peu mais que c'était vraiment très supportable. Donc c'est un soin qui c'est au final bien passé !

76 **Etudiante :** sur un enfant qui était au départ malgré tout anxieux et tout ce qui a été mis en place a
77 permis d'apaiser son anxiété et de réaliser le soin dans de bonnes conditions

78 **IDE :** Oui ! donc c'est vrai qu'il y avait l'auxiliaire et la maman qui l'aidait à chercher sur les cartes
79 donc c'est vrai que c'était un travail d'équipe. Moi j'étais plutôt concentrée sur mon soin. Le regard
80 aussi et j'insiste sur ce point. Lors d'un soin invasif, même si je peux paraître hyper concentrée sur ce
81 que je fais à l'enfant, j'ai toujours un regard sur les parents et sur l'enfant. Même si c'est très rapide,
82 pour me dire qu'il est concentré, qu'il est ailleurs, il est bien ou si je vois un faciès douloureux ou une
83 maman qui pleure à côté, je m'arrête et on discute.

84 **Etudiante :** tu fais « un état des lieux » en dehors de ton soin

85 **IDE :** Oui c'est rapide, c'est vraiment un coup d'œil mais ça me permet de valider, est ce que je
86 continu ou pas

87 **Etudiante :** D'accord ! tu m'as un peu parler du vécu du patient, il t'a expliquer son ressenti, que ça
88 c'était bien passé. Tu m'as parler de tout ce que tu mets en place, la distraction, tu fais sentir la peau
89 qui dort etc... mais est ce que toi personnellement tu as des choses que tu mets en place face à un
90 patient anxieux ?

91 **IDE :** En fonction de l'âge de l'enfant, ce qu'il est capable de comprendre, j'aime aussi leur dire qu'il
92 est dans un hôpital ou il n'y a que des enfants et que notre but à nous, c'est vraiment que tout se
93 passe de la façon la mieux possible pour eux et que tout le monde est là pour lui, que ça se passe
94 bien et qu'il faut qu'il ait la notion de confiance. Je le dis assez souvent. Et ce matin je l'ai dit
95 d'ailleurs à un petit garçon qui avait 6 ans parce que je voyais qu'il avançait tout doucement, qu'il
96 n'osait pas entrer dans le box et je lui ai dit : tu vois là il y a pleins de décorations, c'est l'hôpital des
97 enfants, on va tout faire tout doucement, tu n'as pas a avoir peur, la réassurance.

98 **Etudiante :** donc tu abordes facilement le thème des émotions avec les enfants ?

99 **IDE :** Oui, oui. C'est central. Et ce qui m'a aussi aidé c'est la formation « communication
100 thérapeutique ». Elle apporte des petites billes aussi. C'est essayé d'attirer l'attention sur les 5 sens
101 dans la pièce : l'odorat, ce qu'il voit, ce qu'il ressent, ce qu'il entend et le gout. Souvent, quand ils
102 sont plus grands, à partir de 8 ans, je demande à l'enfant ce qui attire son attention dans la pièce,
103 juste avant le soin quelques minutes avant de débiter le soin et lui demande de se concentrer sur
104 quelque chose dans la pièce et après au moment du soin on parle de ça. Qu'est-ce que ça fait ? est-ce
105 que c'est doux ? est-ce que c'est rêche ? pourquoi cette couleur t'a attiré ? qu'est-ce que ça
106 représente pour toi ? j'essaie de rentrer dans la tête de l'enfant pour le détacher du lieu où il se
107 trouve

108 **Etudiante :** et pour créer une relation de confiance aussi ? une alliance pour que la prise en soin
109 fonctionne ?

110 **IDE :** Oui et ça marche bien mais nos auxiliaires de puer ne sont pas formées et ça serait aidant de
111 faire à 2

112 **Etudiante :** oui je comprends, c'est compliqué pour toi de te concentrer sur ton soin technique et
113 parallèlement d'échanger avec l'enfant qui attend que tu sois entière dans cet échange. Je
114 comprends.

115 Est-ce que ça t'ai déjà arrivé de ne pas pouvoir réaliser de geste invasif auprès d'un patient anxieux ?

116 **IDE :** Surement mais je ne m'en souviens plus.... On peut ne pas y arriver parce qu'il y a un échec mais
117 oui ça a du m'arrive mais je t'avoue que je n'ai pas ce cas concret dans ma tête, mais ça a dû
118 m'arriver forcément. Un enfant qui n'est pas d'accord, qui ne comprend pas le but ou qui est
119 complètement envahit par l'anxiété

120 **Etudiante :** et tu fais quoi dans un cas comme ça ?

121 **IDE :** Ben déjà je vais voir le médecin pour voir si l'examen est indispensable. Si l'examen est
122 indispensable, est ce qu'on ne peut pas donner un petit Atarax ou quelque chose pour détendre
123 l'enfant, ou rajouter encore un autre antalgique type Entonox, quelque chose pour le distraire encore
124 plus. Je me souviens d'une fois où l'enfant pleurait beaucoup et la maman avait des origines turques
125 et elle bougeait beaucoup l'enfant au moment où je faisais le soin mais pour réussir à perfuser un
126 enfant quand sa mère le bouge beaucoup... c'était culturel en fait et elle était très stressée et je l'ai

127 faite sortir de la chambre pour pouvoir faire le soin et pour ne pas que je le transforme en gruyère !
128 elle était tellement stressée qu'elle stressait son enfant que je l'avais faite sortir. C'est rare !

129 **Etudiante** : c'est donc une des solutions face à l'anxiété d'un enfant mais ça n'est pas la plus usitée.

130 **IDE** : Non, non. Ce qui me viens en tête aussi et que j'utilise facilement c'est utiliser le doudou de
131 l'enfant ou la poupée et je mime le geste sur le doudou avant de le faire sur l'enfant. Quelque fois ça
132 leur amène un peu de confiance et du coup ils se disent : ah ben c'est pas si pire, je peux le faire. Et
133 sinon c'est aussi faire un soin dans les bras du parent. Au sein ou dans les bras, s'adapter à l'enfant.
134 Ça m'est déjà arrivé de perfuser un enfant au sein, c'est pas très facile mais je l'ai fait.

135 Revenir aussi sur les explications le plus possible mais à la fois un enfant s'il est très anxieux, il va se
136 bloquer et redonner des explications ça peut majorer son anxiété quelque fois ? ça peut aussi être
137 différer le soin, attendre un peu qu'il s'apaise, il fait un petit temps calme avec ses parents et on
138 revient un peu après ? ça me rassure parce que je me dis que finalement ça n'arrive pas si souvent
139 que ça donc ça veut dire qu'on fait les choses assez bien

140 **Etudiante** : ça montre en tout cas que vous mettez un maximum de choses en place pour qu'ils
141 adhèrent et vous avez plein de choses dans votre chapeau magique pour gérer cette anxiété qui est
142 là de manière bien légitime car c'est un peu angoissant l'hôpital pour une enfant et pour un adulte
143 aussi parfois. Mais c'est quelque chose qui est vraiment vraiment bien pris en compte dans la prise
144 en soin de l'enfant

145 **IDE** : Ce qui peut aider aussi c'est de faire exprimer l'enfant sur pour quoi ça fait peur, qu'est ce qui
146 fait peur exactement, détailler, le verbe verbaliser, le laisser s'exprimer et du coup et essayer de
147 revenir sur ce qui peut le gêner

148 **Etudiante** : et tu crois qu'il te dirait quoi ? pourquoi il est anxieux ?

149 **IDE** : Quelque fois ils ont peur, par exemple quand on fait des prises de sang, ils ont peur de la vue du
150 sang ? donc on peut le dire qu'il n'est pas du tout obligé de regarder. Ça peut aussi être la peur que
151 l'aiguille reste dans le bras. ça peut être une mauvaise expérience, les enfants qui ont fait des prises
152 de sang dans les laboratoires ou il n'y a ni patch ni Entonox ni rien du tout...ça peut laisser des traces.

153 **Etudiante** : je te remercie Christelle, je continue sur ma dernière thématique. Du coup, quelle place
154 toi tu accordes au toucher dans ta pratique soignante ?

155 **IDE** : Eh bien, une place importante parce que ce sont des enfants donc les enfants se sont des vraies
156 éponges. Si on leur fait part en les touchant, en les massant de la chaleur et de la douceur que ça
157 procure, c'est mettre des billes de son côté pour un soin. Ça peut être un atout ! j'ai fait une journée
158 de formation sur le toucher massage en pédiatrie, c'était surtout sur des bébés, c'était hyper bien !
159 c'est hyper agréable pour les bébés et pour nous !

160 **Etudiante** : quand je te vois en parler, tu as les yeux qui s'agrandissent, et il faut dire ce qui est, c'est
161 très bon pour les patients mais c'est aussi très bon pour les soignants, c'est un bon moment, c'est
162 agréable, c'est doux, c'est apaisant pour l'un et pour l'autre.

163 **IDE** : Oui tout à fait ! et le massage du cuir chevelu marche très bien chez les plus grands et ça m'ai
164 déjà arrivé de l'utiliser mais ce n'est pas moi qui faisait le soin, j'étais accompagnante mais c'est vrai
165 que, c'était après ma formation communication thérapeutique ou on avait aussi parlé de ça, les
166 enfants à partir de 6-7 ans ils adorent ça

167 **Etudiante** : et ça c'était aussi lors d'un geste invasif ?

168 **IDE :** Oui c'était lors d'une prise de sang, et ça marche bien ! mais il y a des enfants qui n'aiment pas
169 tu tout qu'on les touche ! d'ailleurs quand ils ont l'âge il faut leur demander si ils sont d'accord, ça
170 reste leur corps, il y a aussi la pudeur qu'il faut respecter, à partir d'un certain âge, je me vois mal
171 masser un petit jeune de 15 ans sans son accord. Mais chez les tous petits je trouve ça chouette. Ils
172 n'ont pas du tout d'apriori de quoi que ce soit, ils prennent ça juste comme de la douceur, c'est pas
173 une offense pour eux

174 **Etudiante :** et du coup selon toi, quelle est la place du toucher dans les soins ?

175 **IDE :** Pour moi le toucher est complémentaire. En pédiatrie, tout dépend de l'enfant et de l'âge mais
176 c'est quelque chose que l'on met en plus de tout le reste pour faire en sorte que ça se passe bien. Et
177 après c'est aussi pas que nous qui pouvons masser, c'est aussi la place de la maman, du papa, ça ne
178 vient pas forcément de nous et c'est forcément très réconfortant quand c'est aussi le parent qui le
179 fait

180 **Etudiante :** c'est quelque chose qui peut être associé au soin et qui du coup peut aussi en tout cas
181 faire baisser cette anxiété

182 **IDE :** Moi je dis que ça participe pleinement au soin ! soit on considère le petit massage avant ou
183 pendant le soin ou alors on considère que c'est vraiment le câlin de maman à côté qui caresse la tête,
184 la jambe, la main. Dans tous les cas, c'est purement bénéfique, ça détend l'enfant et ça provoque des
185 endorphines forcément plus que si on en faisait rien du tout. De toute façon, pendant le soin, on est
186 obligé de toucher l'enfant, donc on fait de la façon la plus délicate et douce possible. Même une
187 petite toilette intime avant un sondage, il faut que ce soit hyper doux, il ne faut pas récurer l'enfant
188 sinon on attire que du négatif

189 **Etudiante :** j'ai une dernière question Christelle, quand tu réalises des gestes invasifs auprès des
190 patients tu te retrouves à une proximité physique proche, tu es vraiment très proche du patient,
191 comment ça se passe pour toi ? le fait d'être tout proche d'un patient ? est-ce que c'est facile pour
192 toi ? est-ce que la proxémie fait partie du soin ?

193 **IDE :** Je ne conçois pas de faire un soin à un enfant en étant loin, oui elle fait partie du soin. Un enfant
194 si tu as vraiment qu'il t'écoute et de créer une relation, tu t'assoies, tu te mets à côté de lui en fait. Je
195 ne le regarde pas en étant loin. Mais il y a aussi certains enfants qui ont besoin d'avoir une certaine
196 distance avec le soignant ou avec ses parents mais avec des petits, être à côté d'eux et les câliner ça
197 fait partie du soin. A part ceux qui ont des poux !! je m'éloigne un peu !!

198 **Etudiante :** et est-ce que tu as déjà eu des patients que ça gênait que tu sois prêt d'eux ? qui te l'ont
199 fait savoir ?

200 **IDE :** Non, je n'ai pas de souvenirs de ça ! pas du tout en fait, que ce soit des plus grands sous Méopa
201 lors d'une suture par exemple, on tient le Méopa on est vraiment tout proche d'eux ! et ça les
202 dérange pas du tout après ils ont l'effet du Méopa qui altère un peu leur vision du soin mais c'est fait
203 pour. Je n'ai jamais entendu un enfant dire que ça les dérangeait ou alors je n'ai jamais été repoussé.
204 Les enfants font ça facilement

205 **Etudiante :** je te remercie. Est-ce que tu as autre chose à ajouter ?

206 **IDE :** Tu me feras lire ton mémoire ?

207 **Etudiante :** Bien sûr, je te l'enverrai !

208

1 **Entretien Infirmière 3**

2 **Etudiante** : tu me confirmes que tu es bien d'accord pour que j'enregistre l'entretien ?

3 **IDE** : Pas de problème !

4 **Etudiante** : est-ce que tu peux te présenter ? me dire dans quel service tu as travaillé ? et ce que tu
5 fais aujourd'hui ?

6 **IDE** : J'ai 49 ans, j'ai un parcours un peu atypique parce que j'ai fait 22 ans de commerce. J'ai fait une
7 réorientation professionnelle en 2013, j'ai passé le concours aide-soignant et je suis diplômée de
8 juillet 2014. J'ai passé 4 ans dans un hôpital du sud-ouest de la France, en cours séjours gériatrique et
9 médecine d'urgence. En 2018, j'ai passé le concours infirmier que j'ai réussi et je suis diplômée de
10 juillet l'année dernière. J'ai intégré le 13 juillet 2021 l'HAD 35 et j'y suis depuis.

11 **Etudiante** : est-ce que tu peux me dire ce que ça veut dire pour toi prendre soin d'une personne ?

12 **IDE** : C'est un sujet hyper vaste ! prendre soin d'une personne consiste à ce qu'elle soit bien en fait,
13 qu'elle soit malade ou qu'elle ait des difficultés parce que le prendre soin c'est pas que accompagner
14 quelqu'un qui est malade. C'est prendre au soin au quotidien, de son entourage. Qu'il ne se sente
15 bien pas que physiquement mais aussi mentalement, psychologiquement. Donc le prendre soin c'est
16 hyper vaste.

17 **Etudiante** : et au quotidien quand tu prends soin, à quoi tu fais attention ? à quoi tu es vigilante ?

18 **IDE** : A tout. L'environnement, l'espace de vie c'est super important, que la personne ait tout ce qui
19 lui est nécessaire, c'est la condition première de vérifier qu'elle a tout le nécessaire pour s'alimenter,
20 bien dormir, se mobiliser, se recréer enfin tous les besoins fondamentaux de Virginia Henderson.
21 Pour moi c'est un tout en fait

22 **Etudiante** : quand tu prends soin, tu fais attention à tout ça ?

23 **IDE** : On prend en charge un patient dans sa globalité, donc on va faire attention à son
24 environnement dans lequel il vit, à son environnement familial aussi, c'est important de savoir s'il a
25 des aides, s'il n'a pas de passage de soignants, est ce qu'il va avoir des aidants naturels. Aujourd'hui,
26 on ne peut pas prendre en soin les gens sans les prendre dans la globalité.

27 **Etudiante** : dans ta pratique au quotidien, est ce que tu réalises des gestes invasifs ? si oui, est ce que
28 tu peux m'en parler ?

29 **IDE** : Je réalise des gestes invasifs tous les jours sachant que je suis sur l'hospitalisation à domicile
30 donc c'est des gens qui sont sortis de l'hôpital qui ne sont plus en phase aigue on va dire mais il y a
31 une continuité des soins qui est mise en place mais également sur de la fin de vie ou de la
32 rééducation mais qui ne nécessite plus une prise en charge hospitalière pure et dure c'est-à-dire tout
33 ce que ça implique : les examens sur place à l'hôpital etc... c'est la continuité des soins qu'on peut
34 faire à domicile

35 **Etudiante** : d'accord. Est-ce que tu peux me dire quel type de gestes invasifs tu réalises ?

36 **IDE** : Tout ce qui est pansements complexes, donc c'est large. Ça nous arrive aussi de perfuser.

37 **Etudiante** : est-ce que tu peux me définir ce qu'est un geste invasif ?

38 **IDE** : Alors, dans la définition propre c'est une effraction de l'état cutané. Pour moi ça va au-delà de
39 ça. A partir du moment où on fait mal au patient, on fait un geste invasif. Pour moi le geste invasif ne

40 se limite pas à une effraction de la peau, quand le patient est douloureux, on entre dans un geste
41 invasif mais c'est mon point de vue, c'est pas la définition. Aujourd'hui la douleur doit être prioritaire
42 avant de faire quoi que ce soit, on doit s'assurer que le patient n'ait pas mal car on ne peut pas faire
43 un bon soin si le patient a mal. Donc il faut qu'il soit confortable et qu'il soit serein sinon ça ne peut
44 pas bien fonctionner

45 **Etudiante** : donc tu fais vraiment attention à la douleur ? qu'elle soit bien prise en charge ?

46 **IDE** : Tout à fait, et encore plus à l'HAD ou justement on utilise différentes échelles et on est vraiment
47 très très attentifs à ça. C'est une des 1^{ères} choses quand on arrive chez le patient, bien sûr on va lui
48 demander comment il va etc. ..., on va coter sa douleur avant de commencer quoi que se soit.

49 **Etudiante** : d'accord. Est-ce que tu peux me parler du dernier geste invasif que tu as réalisé, que tu as
50 pratiqué ?

51 **IDE** : Oui, c'est un pansement complexe avec détersion mécanique et bien heureusement avec PCA
52 et Méopa donc douleur bien prise en charge. Il y a une évaluation qui est faite quand le patient doit
53 rentrer en HAD de sa douleur en hospitalier, nous avons des infirmières coordinatrices qui se
54 déplacent, qui évaluent et à partir de ce moment-là, on met des choses en place. On utilise beaucoup
55 le Méopa et notamment chez les personnes âgées et c'est le ressenti de l'infirmier d'adapter le
56 volume de Méopa.

57 **Etudiante** : et par exemple, au moment où tu allais refaire ton pansement, est ce que tu as évoqué
58 avec le patient ce que tu allais faire, est ce que tu lui as expliqué ? comment tu t'y prends ?

59 **IDE** : On évalue la douleur toujours avant, pendant et après le soin. Et bien sûr lors du geste invasif je
60 dis : je décolle, j'explique au patient qui ne voit pas forcément. Sur ce geste-là, c'était au niveau du
61 coccyx donc le patient ne voit pas mais il a besoin de savoir. Je vais revenir à des choses très terre à
62 terre mais il participe au soin, il participe à son parcours de soin et donc il faut l'impliquer. Il faut qu'il
63 comprenne.

64 **Etudiante** : donc ça passe par les explications de ce que tu fais au moment où tu le fais ou avant ?

65 **IDE** : Les 2 ! je lui demande si ça lui convient, est ce que vous avez quelque chose à me dire ? et selon
66 ses dires, on va adapter et prendre le temps et c'est une chance qu'on a l'HAD, c'est qu'on peut
67 prendre le temps de parler avec le patient, de connaître vraiment son état d'esprit au moment où on
68 va faire le soin

69 **Etudiante** : quand tu lui demande « est-ce que ça vous convient ? » qu'est-ce que tu recherches ?

70 **IDE** : Je recherche son accord, son acceptation et je recherche aussi sur son visage ses réactions et
71 inconsciemment je le cote en « Algo » même s'il me dit j'ai une EN à 5/10 de par son faciès, je vais
72 voir si il est en corrélation avec ce qu'il me dit et je vais pouvoir adapter. Parce que souvent certains
73 patients sont durs au mal ou d'autre ne veulent pas nous embêter donc il faut être hyper vigilant au
74 niveau de notre examen clinique. Ça c'est quelque chose auquel je n'avais pas forcément attention
75 lors de mes stages à l'hôpital et pendant ma formation. Et sur le terrain on prend pleinement
76 possession de tout ce qu'on a pu voir et encore plus parce qu'on est responsable, on est face au
77 patient c'est notre responsabilité.

78 **Etudiante** : je te remercie. J'avais une question mais tu y a déjà répondu sur le vécu du patient mais
79 est-ce que ça t'arrive, après des soins complexes, difficiles, invasifs de demander : comment vous
80 vous sentez, comment avez-vous vécu le soin ?

81 **IDE :** Ben bien sur parce que comme on cote avant, pendant, après forcément je vais poser la
82 question : et maintenant comment ça va ? est-ce que ça a été pour vous ?

83 **Etudiante :** mais question c'est pour la douleur ou pour le vécu ?

84 **IDE :** C'est pour les 2. J'évite de poser des questions fermées ce qui permet au patient de s'exprimer.
85 Par exemple il peut dire quelque chose qu'il n'aurait pas dit avant et qu'il a pensé pendant le soin et
86 ça nous permet aussi dans nos transmissions d'alerter nos collègues. En alertant on va coller plus au
87 profil du patient pendant le soin. S'il est un peu anxieux, par exemple, il a un problème familial, il a
88 une mauvaise nouvelle, je vais être plus attentive

89 **Etudiante :** donc face à un patient anxieux tu seras plus attentive par exemple à ce que tu vas faire,
90 ce que tu vas dire ou comment tu vas le prendre ne soin, c'est ça ?

91 **IDE :** Oui et je vais peut-être aussi appeler son médecin traitant ou suivant la prise en charge faite par
92 l'HAD, je vais appeler quelqu'un en disant que mon patient est anxieux en ce moment, est ce qu'on
93 peut faire quelque chose ? un anxiolytique en vérifiant ses traitements sur les prescriptions parce
94 qu'on a la chance à l'HAD d'avoir un classeur qui est dédié à chaque patient avec tous les traitements
95 qu'il a en cours plus un téléphone ou on a tout dessus. Je vais ajuster et prévenir le médecin

96 **Etudiante :** donc si tu sens qu'il est anxieux, avant de réaliser un pansement complexe, on va partir
97 sur cet exemple-là, tu peux voir avec le médecin pour qu'il mette en place pour la fois d'après un
98 anxiolytique ?

99 **IDE :** Oui pour la fois d'après, je vais constater ça après le soin. Je vais voir comment il l'a vécu,
100 prendre la mesure et à ce moment-là je vais appeler et je prévenirai le patient qu'il faut qu'il prenne
101 le traitement 30 min avant le soin. Je l'appellerai 30 min avant de venir chez lui, on a des alertes sur
102 nos téléphones pour nous rappeler d'appeler le patient pour son antalgique ou son anxiolytique. On
103 met tout en œuvre et c'est pour ça que je disais tout à l'heure que c'était super important la prise en
104 charge dans sa globalité. Que l'anxiété vienne de facteurs extérieurs, ou un problème familial, ça va
105 jouer sur sa santé et forcément sur son ressenti au niveau du soin.

106 **Etudiante :** je voulais te demander comment tu t'y prenais face à un patient anxieux mais tu m'as
107 répondu. Merci ! est-ce que quand tu vas réaliser le soin, sur un patient anxieux et dont l'anxiété
108 n'est pas encore prise en charge, as-tu des choses qui sont difficiles pour toi ? ou est ce qu'il a des
109 choses qui sont aidantes ? est-ce que tu as des besoins particuliers ?

110 **IDE :** Souvent sur des patients qui ont des douleurs très fortes on a les PCA et on peut faire des bolus.
111 Mais chez les patients où ça n'est pas mis en place, je vais faire le soin mais je vais éviter peut-être ce
112 jour-là de faire une détersion mécanique pour ne pas leur faire mal. Je vais faire le strict minimum
113 pour rester dans l'asepsie et que le pansement soit propre mais je vais appeler le médecin après pour
114 lui expliquer et on va ajuster. Je ne suis pas là pour faire mal au patient, au contraire car si je lui fais
115 mal, je n'aurai pas la relation de confiance et l'adhésion dont on a besoin. On intervient au domicile
116 du patient, on a besoin de cette relation de confiance sinon on ne fera pas de bons soins. Et pour
117 avoir cette confiance, il faut lui montrer qu'on n'est pas là pour lui faire mal

118 **Etudiante :** donc, si je résume, et tu me dis si je me trompe : geste invasif peut être égal à douleur
119 peut être égal à anxiété ?

120 **IDE :** Tout à fait ! tout à fait !

121 **Etudiante :** et donc anxiété peut être égal à geste invasif ?

122 **IDE** : Tout à fait !

123 **Etudiante** : donc c'est une triade à prendre en compte ?

124 **IDE** : Oui ! on ne peut pas faire sans, c'est impossible !

125 **Etudiante** : dans ta pratique soignante au quotidien, quelle place tu accordes au toucher ?

126 **IDE** : Alors moi je suis très tactile ! en revanche avant de toucher il faut sonder le patient parce que
127 tous n'aiment pas ! et souvent je vais leur demander : ça ne vous dérange pas que je vous touche ? et
128 s'ils acceptent ça va être d'autant plus facile quand on va faire un geste invasif. Je vais commencer
129 par des petits mouvements sur les bras et tout ça, ça me fait penser au toucher massage qui est
130 assez relaxant donc qui peut être une clé avant un geste invasif.

131 **Etudiante** : donc tu peux commencer par masser avant d'induire ton geste invasif ?

132 **IDE** : Exactement ! comme on peut aussi faire de l'hypnose conversationnelle c'est-à-dire parler au
133 patient. En fait on va prendre ne compte la personnalité du patient et les transmissions qu'on aura
134 récoltées avant pour savoir dans quelle disposition il est pour le soin et à partir de là, notre ressenti
135 personnelle va entrer en ligne de compte et notre personnalité aussi parce que forcément on est
136 tous différents, on a tous une pratique différente d'approche du patient. Moi je sais que je parle
137 beaucoup c'est aussi en rapport à mon vécu personnel mais je suis aussi dans le toucher parce que
138 j'ai une formation de la gestion des clients difficiles et en mettant une main sur un patient, si elle est
139 bien positionnée, ça permet de la calmer.

140 **Etudiante** : et tu as déjà expérimenté ça du coup ?

141 **IDE** : Je l'ai expérimenté en commerce et je le fais tous les jours dans ma pratique professionnelle et
142 ça marche bien, sur des gens qui sont ouverts ! il faut qu'ils soient dans l'acceptation et qu'ils
143 acceptent d'être touché dans ce sens-là car sinon c'est une effraction de leur bulle intime. On rentre
144 dans la proxémie et on ne peut pas y entrer si on a pas leur accord.

145 **Etudiante** : donc pour toi, tu as répondu à ma question plus ou moins, quelle est la palce du toucher
146 dans les soins ?

147 **IDE** : Pour moi elle a une grosse importance, et ça me permet aussi de voir le degré de relation que
148 nous accorde la patient. Si il nous laisse toucher, c'est qu'il est en accord avec les soins qu'on
149 prodigue, avec aussi notre personne parce que par exemple, on a souvent des femmes qui ne veulent
150 pas de soignants hommes, qui ne sont pas à l'aise et pour le toucher ça peut être la même chose. On
151 ne peut pas faire quelque chose sans l'acceptation du patient.

152 **Etudiante** : et quand toi tu vas toucher quelqu'un, quelles sont tes intentions ? tu m'as un peu
153 répondu tout à l'heure...

154 **IDE** : C'est l'apaisement ; montrer que je l'écoute en fait je centre mes gestes sur la personne et en
155 fonction de ce que moi je vois, de mon ressenti personnel et si je vois qu'il se détend je vais
156 continuer en parlant doucement. Et si je vois qu'il est détendu, je ne vais pas forcément lui dire ce
157 que je suis en train de faire pour ne pas casser le moment et qu'il puisse être dans la peur du geste.
158 Et souvent il me dit : vous avez fait ? ben ça y est, c'est fini ! parce qu'ils étaient détendus ! après on
159 s'adapte, c'est la qualité de l'infirmier c'est de s'adapter à chaque personne et au moment présent et
160 on ne peut pas généraliser, c'est pas possible.

161 **Etudiante** : lors des soins invasifs notamment, tu te retrouves à une certaine proximité physique,
162 comment ça se passe pour toi ? et pour le patient ?

163 **IDE** : Alors, là je suis de nuit et je suis intervenue chez un patient, et je n'avais pas forcément la place
164 mais je me suis rendue compte en fait que je demande toujours : est-ce que je peux m'asseoir ? est
165 ce que ça vous dérange que je m'approche un peu ? je n'avais pas réfléchi à ça mais à chaque fois je
166 le demande

167 **Etudiante** : donc tu recherches l'accord ? et pour toi c'est facile de faire ça ? c'est naturel ?

168 **IDE** : Oui ! oui ! c'est naturel comme je vais faire attention à adapter l'environnement pour ne pas
169 être en position dominante, par exemple monter le lit pour ne pas qu'il se sente dominer. Après,
170 c'est ce qu'on nous a enseigné et soit on prend soit on ne prend pas. En tout cas, de montre qu'on
171 est à leur niveau, à côté d'eux, qu'on est là pour eux et qu'on est pas supérieur à eux ça marche bien.
172 et puis c'est avec les paroles, le toucher, le positionnement, comment on se positionne en tant
173 qu'infirmier, la distance professionnelle c'est important mais qu'est-ce que le patient a besoin dans
174 l'instant ?

175 **Etudiante** : merci beaucoup ! est-ce que tu as envie d'ajouter autre chose ?

176 **IDE** : Ben non mais en tout cas, c'est un beau métier et il fait vraiment être à l'écoute et on ne peut
177 faire un soin sans faire attention à la personne, c'est pas possible

178

Abstract

Alors que j'étais en stage en unité Alzheimer, une patiente m'a pris la main afin de se déplacer. Cette situation ne m'a pas plus au premier abord. Mais pourquoi ? Qu'est ce qui me gênait ? Plus tard, en stage en chirurgie ambulatoire, une patiente jeune était tellement anxieuse que je n'ai pu poser la perfusion prescrite. Elle m'a interrompu en me saisissant la main et le cathéter est tombé au sol. Qu'aurai-je pu mettre en place pour éviter cela ?

De ces deux situations est née ma question de départ : quelle est la place du toucher dans le prendre soin d'un patient anxieux lors d'un geste invasif ?

Afin de tenter d'y répondre, j'ai rédigé le cadre conceptuel autour des notions clés : le prendre soin, l'anxiété, le geste invasif et le toucher. Mes recherches ont été riches. Puis j'ai mis mes recherches en relation avec l'expérience de trois infirmières de différents services, accueillant des enfants ou des adultes, grâce à un guide d'entretien élaboré. Et leurs réponses étaient riches également ! Afin de faciliter le toucher dans les soins, les professionnelles ont évoqué le travail en équipe, la confiance nécessaire avec recherche de consentement et un toucher respectueux de la part des soignants. J'ai développé les notions communes à mes recherches et aux dires des infirmières mais une nouvelle composante a fait son apparition : la douleur. Et je n'y avais pas pensé une seule seconde ! La douleur induite ou mémoire est possiblement une raison à l'anxiété lors d'un geste invasif mais le toucher peut être un outil pour apaiser cette angoisse, s'il est consenti et réalisé avec des intentions positives par le soignant.

Pour ma part, le toucher sera utilisé en tant qu'allié dans les soins et aura la place que le patient souhaite qu'il ait.

MOTS CLES : prendre soin- anxiété- geste invasif- toucher- place

While I was on an internship in an Alzheimer unity, a patient took my hand wishing to move around. I didn't like this situation at first. But why ? What bothered me ? Next, on an internship in ambulatory surgery, a young patient was so anxious that i couldn't put the prescribed infusion. She stopped me when she took my hand and the catheter fell to the ground. What could I have done in place to avoid this outcome ?

These two unexpected occuring led me ti reflect on my initial quest : **what is the place of touching while caring for an anxious patient during an invasive gesture ?**

In order to try to answer it, I have read many articles and books about key words : take care, anxiety, invasive gesture and sens of touch. My investigations were rich. Thus, inspired by my research, i subsequently linked my findings with the experience of three nurses who worked in different hospital wards, with both adults and children, with the helps of well prepared interviews. And their answers were surprisigly relevant too ! In order to facilitate touch in care, the nurses pointed out the value of team work, and the mutual trust needed to obtain the consent to physical approach. There on, I realised that the deductions of my researches were agreed with the nurses comments. Then, and a new factual consequence had to be considered : the pain. Up to then, I hadn't had any second thought about it. The pain introduced by care or the memory of pain is a possible reason of anxiety during an invasive gesture but touching might also be a tool for appeasing this anguish, if a patient agrees to be touched and if personal nursing has positives intentions when acted by positive and caring staff. Personally, I now believe that physical touching can be used as a partner in care and it will only take the place that patient wishes to allow for it.

KEYWORDS : take care- anxiety- invasive gesture- sens of touch- place