



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

L'accompagnement des patients anxieux

Formateur référent mémoire : Le Bihan Christine

YOSHIDA Yuki

Formation infirmière

Promotion 2019-2022

Date 29/04/2022



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 : Mémoire d'Initiation à la Recherche en Sciences
Infirmières

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

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat Infirmier, est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel. Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 29/04/2022

Identité et signature de l'étudiant : YOSHIDA Yuki

吉田有希

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

Je remercie tout d'abord Christine Le Bihan pour votre accompagnement, pour votre encouragement, et pour votre bienveillance.

Je remercie également les infirmières qui m'ont rendu la disponibilité.

Merci Maina, sans toi j'ai pu pas aboutir ce travail, tu m'as soutenue longuement pour corriger, traduire et rédiger mes phrases.

Merci Hervé, tu m'as accompagné ce long parcours, heureusement que tu étais là.

Merci Toki et Nao, vous êtes la source de mon énergie.

Merci Greg et Maeva, et toutes les personnes qui m'ont aidé pendant ce travail.

Sommaire

| | | |
|---------|--|----|
| 1 | Introduction..... | 1 |
| 1.1 | Les situations d'appel..... | 1 |
| 1.2 | Les questionnements..... | 3 |
| 1.3 | La question de départ..... | 3 |
| 2 | Cadre théorique..... | 4 |
| 2.1 | Anxiété..... | 4 |
| 2.1.1 | Définition Anxiété..... | 4 |
| 2.1.2 | Les expressions de l'anxiété..... | 4 |
| 2.2 | La relation de soin..... | 4 |
| 2.2.1 | Connaissance de soi..... | 5 |
| 2.2.2 | Communication vers la connaissance de l'autre..... | 5 |
| 2.2.3 | Outil de communication..... | 6 |
| 2.2.3.1 | La dimension non verbale..... | 6 |
| 2.2.3.2 | L'écoute active..... | 6 |
| 2.2.3.3 | L'attitude empathique..... | 6 |
| 2.2.3.4 | Proxémie..... | 7 |
| 2.2.3.5 | 2.3.5. La reformulation..... | 7 |
| 2.2.3.6 | Posture soignante..... | 7 |
| 2.3 | Alliance thérapeutique..... | 7 |
| 2.3.1 | Confiance..... | 8 |
| 2.3.2 | Échec relationnel..... | 8 |
| 2.4 | Disponibilité..... | 8 |
| 2.5 | Organisation du travail..... | 9 |
| 2.6 | Equipe..... | 9 |
| 2.6.1 | Effet groupe..... | 10 |
| 3 | Dispositif méthodologique du recueil de données..... | 10 |
| 3.1 | Les objectifs..... | 10 |
| 3.2 | L'outil d'enquête..... | 10 |
| 3.3 | L'organisation de l'entretien..... | 11 |
| 3.4 | Le bilan des entretiens..... | 11 |
| 4 | Analyse descriptive..... | 11 |
| 4.1 | Analyse descriptive..... | 12 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4.1.1 | Caractéristique de l'anxiété..... | 12 |
| 4.1.2 | Manifestation de l'anxiété..... | 12 |
| 4.1.3 | Définition de soin relationnel..... | 12 |
| 4.1.4 | Organisation de soin relationnel | 13 |
| 4.1.5 | Gestion d'anxiété..... | 13 |
| 4.1.6 | La notion de proxémie..... | 14 |
| 4.1.7 | Caractéristique de l'alliance thérapeutique | 15 |
| 4.1.8 | L'impact du manque de temps sur la relation de soin | 15 |
| 4.1.9 | L'impact sur la posture soignante en lien avec l'équipe | 15 |
| 5 | Discussion | 16 |
| 5.1 | Reconnaître l'expression d'anxiété | 16 |
| 5.2 | Comprendre le soin relationnel pour mieux se posturer | 17 |
| 5.3 | La disponibilité, multi dimensions..... | 18 |
| 5.4 | Comprendre la proxémie pour mieux se positionner | 19 |
| 5.5 | Comprendre et apprendre à gérer l'anxiété de l'autre..... | 20 |
| 5.6 | Créer l'alliance thérapeutique..... | 22 |
| 5.7 | Programmer le soin relationnel ?..... | 22 |
| 5.8 | L'équipe qui est en accord, où n'est pas en accord. | 23 |
| 6 | La question de recherche | 24 |
| 7 | La conclusion | 24 |

Bibliographie

Annexe

1 Introduction

Mes trois années d'études en soins infirmiers au CHU à Rennes, arrivant à leur fin, je réalise ce Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers aussi appelé MIRSI. Ce mémoire a pour but de nous initier à un travail de recherche sur notre profession.

J'ai toujours adoré l'univers du soin, qui, pour moi, est basé sur la communication. J'ai travaillé au Japon, en Inde, et en France en tant que soignante, dans la plupart des services je rencontrais des patients touchés par l'anxiété. Étonnamment, je me suis aperçue qu'une simple attention, qu'un simple geste pouvait apaiser leurs anxiétés. Nous les soignants sommes à adapter notre posture à chaque personne : notre travail varie d'un patient à l'autre. La prise en soin de l'anxiété peut être un facteur enrichissant pour la qualité des soins mais peut aussi facilement aboutir à un échec. C'est pourquoi, j'ai choisi d'aborder dans mon travail de recherche, l'accompagnement des patients anxieux. Le sujet de mon mémoire porte plus particulièrement sur la gestion de l'anxiété du patient par l'adaptation de la posture du soignant. Je souhaite aborder ce sujet pour comprendre théoriquement ce qui se passe dans la relation, et approfondir ma connaissance du soin relationnel, car l'anxiété me semble présente dans tout le milieu hospitalier.

J'exposerais d'abord les situations d'appels ainsi que les questionnements que cela suscite puis mon cheminement jusqu'à ma question de départ. Dans un second temps, j'exposerai différents concepts en lien avec ma question de départ. Ensuite je confronterai les données théoriques aux regards de deux infirmiers interviewés. Enfin je terminerai en proposant des éléments de réponse à ma question de départ et soumettrai une question de recherche.

Je n'aborde pas non plus les traitements médicamenteux pour gérer l'anxiété, c'est un autre débat.

1.1 Les situations d'appel

Situation 1

Mr H est âgé de 80 ans. Il souffre d'une cirrhose avancée et est arrivé pour une encéphalopathie hépatique et doit subir une ponction ascite chaque 3 ou 4 jours. Lors de son arrivée dans le service, il est orienté, conscient, communicant et cohérent. Cela fait la deuxième fois qu'il est hospitalisé dans ce même service. De fait, il connaît bien cet environnement et a un bon contact avec l'équipe.

Au cours de sa deuxième semaine d'hospitalisation, son état s'aggrave. Il présente de nouveau des signes d'encéphalopathie hépatique. Il est confus et vit une phase de somnolence. Étant anémié, on le transfuse de deux culots globulaires. Suite à quoi, il peut de nouveau marcher mais cette fois-ci, il déambule, il est désorienté ne sachant plus où il est. Il se montre inquiet et se rend à plusieurs reprises en salle de soin pour trouver du personnel alors qu'il ne marche pas très bien. Les soignants craignent de le voir chuter. De fait, ils lui indiquent sa chambre pour qu'il retourne dans son lit. Néanmoins, ils ne prennent pas de temps avec lui pour le rassurer ou échanger afin de réduire son anxiété.

Afin d'évaluer son état d'encéphalopathie, les soignants se rendent dans sa chambre. Une fois l'évaluation terminée, les soignants quittent la chambre. Mr H est désorienté, cela l'inquiète, le visage tendu, il continue à marcher dans le service mais il ne cherche plus le contact avec le personnel.

Quand nous entrons dans sa chambre, je ressens que nous ne sommes plus accueillies, il y a une sorte de fermeture et de rejet, les regards ne se croisent plus. Il y a pour moi un échec de soin relationnel.

Situation 2

Madame B est âgée de 70 ans. Elle a des métastases d'origine pulmonaire. A l'arrivée à la clinique, le changement d'environnement brutal fait qu'elle commence à avoir des symptômes démentiels qu'elle n'avait pas auparavant. C'est-à-dire qu'elle est désorientée dans l'espace et dans le temps. Elle est angoissée. Elle présente un état confusionnel et enlève plusieurs fois son KTO. Madame est agitée. Pendant 2 jours, elle est en contention au lit mais son angoisse ne s'améliore pas. Elle crie, elle s'agite, elle essaye d'enlever la contention. Donc la contention inefficace est ôtée. Les soignants essaient plutôt de s'arranger pour rester auprès d'elle afin de la rassurer et de l'apaiser. Elle interpelle fréquemment les soignants avec la sonnette pour qu'ils viennent la voir. Madame B se sent rassurée par la présence des soignants.

De fait, on la change de chambre, et on choisit celle qui était en face de la salle de soin, pour que les soignants puissent passer la voir régulièrement dans sa chambre. Par ailleurs, pour atténuer son angoisse, les soignants la prennent également avec eux dans l'infirmierie régulièrement. Elle est sur son fauteuil roulant, à toucher des feuilles, discuter, plier des origamis que ce soit en journée ou bien la nuit lorsqu'elle a des difficultés d'endormissement. Quand le personnel termine son tour, ils vont dans la chambre de Mme B pour rédiger son rapport journalier avant de finir leurs services.

Grâce à la présence régulière des soignants à ses côtés, Madame B se sent rassurée. Elle devient souriante et chante dans le service tout en regardant le personnel travailler. Un sentiment

d'apaisement se dégage de son comportement verbal et non verbal. Je suis satisfaite de la voir rassurée d'être dans le service.

1.2 Les questionnements

Ces situations m'ont amenée à m'interroger sur plusieurs éléments :

La première situation me rappelle plusieurs axes qui relèvent du soin relationnel : l'alliance thérapeutique, la disponibilité du personnel, et la posture du soignant.

-Les soignants n'appréhendent que le risque de chute chez Mr H. Est-ce dû à un manque de disponibilité ?

- Pourquoi ne ressentent-ils pas l'anxiété de ce patient derrière sa déambulation, sa visite incessante en salle de soin ?

-Pourquoi ne prennent-ils pas un temps pour savoir ce que le patient ressent ?

-Pourquoi Mr H ne cherche plus le contact avec le personnel ? Les soignants ne remarquent- il pas le non verbal du patient ?

-Est-ce le manque de temps qui ne leur permet pas de prendre en compte le comportement de Mr H ?

La deuxième situation évoque quelques orientations telles que la proxémie, la posture soignante, la reconnaissance du besoin du patient, l'organisation du travail et la notion de temps.

-Qu'est-ce qu'il fait que rapprocher Mme B de salle de soin semble la rassurer ?

-Qu'est-ce qu'il fait que le soignant accepte la présence de Mme B en salle de soin ?

-Est-ce que seule la présence d'autrui réduit l'anxiété de la patiente ?

-Qu'est-ce qu'il fait que les soignants prennent du temps avec Mme B ?

-Adaptent leurs organisations pour être présent auprès de Mme B ?

-Qu'est-ce qu'il fait que les soignants tiennent comptent de son ressenti lors de sa contention au lit et réadapte leurs prises en soin ?

-Comment considérer la communication verbale et non verbale. Qu'est-ce qu'il fait que l'équipe accepte ses prises de soin ?

-Et les deux situations m'interpellent sur l'effet du groupe, qu'est ce qui fait que le soignant accorde de l'importance ou non au soin relationnel ?

1.3 La question de départ

A travers ces questionnements,

Je souhaite connaître ce que c'est l'anxiété pour mieux capter l'anxiété de l'autre.

J'ai envie d'approfondir la notion de soin relationnel pour adapter ma posture de soignante en face de la personne anxieuse.

J'ai besoin de mieux connaître la notion d'alliance thérapeutique pour renforcer une relation de confiance avec le patient.

Je souhaite mieux comprendre le manque de temps du soignant afin d'organiser la faisabilité du soin relationnel. Enfin j'étudie "la notion d'équipe", pour savoir comment l'équipe influence la posture du soignant.

Au cours de ce cheminement j'en suis arrivée à retenir cette question de départ :

Dans un contexte d'anxiété liée à l'hospitalisation, en quoi la posture du soignant impacte "le prendre soin des patients" ?

Nous retenons le terme de "posture soignantes" qui ouvre sur plusieurs concepts. A travers ces recherches, je développerais mon cadre théorique constitué de cinq concepts : l'anxiété, le soin relationnel, la gestion d'anxiété, la disponibilité et l'organisation, ainsi que l'effet d'équipe.

2 Cadre théorique

Un changement de l'environnement, la découverte d'une nouvelle maladie, un changement de traitement, l'exploration éventuelle de cette nouvelle maladie, une chirurgie avec toutes ses conséquences possibles, létales parfois. Tous ces événements vécus lors d'une hospitalisation ont toujours un effet anxiogène pour le patient concerné.

"L'hospitalisation, qu'elle soit programmée ou non, peut placer la personne dans un contexte de vulnérabilité induite par la perte de ses repères, un changement dans son état de santé " (Liendle, 2012, p.304) Dans le même sens, Charazac parle aussi que "L'hospitalisation est un traumatisme qui active en effet des angoisses jusqu'ici contenues." (Charazac, 2015)

2.1 Anxiété

2.2 La relation de soin

Face à un patient anxieux, nous avons à établir une relation de soin. Dans le dictionnaire Le Robert la définition de "relation" est : "tout ce qui dans l'activité d'un être vivant implique une interdépendance, une interaction dès lors qu'une modification de l'un entraîne une modification de l'autre." cité par Daydé, et al (2014, p.31) Pour différencier la dimension du soin, Ginest et Pellissier (2019, p.40) distinguent en anglais "cure" qui signifie soigner dans le sens de guérir ; et "care" qui signifie prendre soin.

Hasbeen en 2018 explique que la relation de soin est une relation d'attention à l'autre. Cette attitude fait que le soigné se sent considéré. Panchaud (2018, p.54) et Daydé, et al (2014, p.31)

ajoutent l'idée que cela commence par aller rencontrer la personne, et créer une relation authentique en prenant compte la pathologie pour mettre en place les soins adaptés. Selon Bouffette et al, c'est de développer l'esprit de collaboration pour arriver aux buts recherchés. (2010, p34)

2.2.1 Connaissance de soi

Pour prendre soin de l'autre, et pour entrer dans la relation avec l'autre, il est primordial de se connaître soi-même. Tel que l'on dit Daydé et al, en 2014 en affirmant que pour comprendre et respecter l'autre il faut d'abord se connaître. Cela permet de connaître ses limites.

Marro affirme que le soignant doit se connaître pour pouvoir accueillir l'autre et pour mieux agir. La capacité à comprendre et à s'exprimer permet une juste distance. (2012) Dans le même axe, Ginest et Pellissier annoncent que pour ajuster et personnaliser le prendre soin, "il faut apprendre à utiliser ses émotions comme une force" pour permettre de mieux comprendre. (20019, p.42)

Selon Marro chaque personne a un seuil différent d'acceptation. Pour préserver notre bien-être personnel, et mieux analyser la situation, il est important de prendre un certain recul. Ce seuil est variable en fonction du contexte, humeur, fatigue, etc. Cette reconnaissance de notre état émotionnel est nécessaire pour sortir de l'inconfort. Ensuite il évoque aussi l'importance de s'affirmer, de dire « non » ou « oui ». C'est la bienveillance envers soi. (2012, pp 17-24)

2.2.2 Communication vers la connaissance de l'autre

Le fait de communiquer crée la relation. Je souhaite exploiter la méthode de communication pour une meilleure prise de soin de la personne. Selon Abric (2019), la communication est " l'ensemble des processus par lesquels s'effectuent les échanges d'informations et de significations entre des personnes dans une situation donnée." (p.4) Selon lui "Toute communication est une interaction" et donc entraîne une influence réciproque entre deux interlocuteurs. (p.5)

Marro argumente sur la base de cette théorie. Pour elle, l'attitude de l'un influence le message de l'autre et vice versa. Cette communication peut être approfondie pour ajuster notre relation à l'autre, en fonction de la situation, mais aussi en fonction du contexte. Pour cela il faut accueillir et "recevoir consciemment le contenu d'information de l'autre". (2012, p.61)

2.2.3 Outil de communication

Pour établir une relation de soin, il existe plusieurs outils pour communiquer avec la personne. Rogers cité par Marro parle de l'écoute, qui est de "se centrer sur la personne, voir son problème tel qu'il le ressent et cela suppose une attitude authentique d'intérêt ouvert dans ici et maintenant " (2012, p.123)

Selon Daydé et al (2014) les soignants s'adaptent à chaque situation par l'écoute et l'observation. Elle pourra utiliser différentes modes de communication pour "s'adapter continuellement aux besoins exprimés par le patient : communication verbale et non verbale (regard, mouvement, postures, distance, etc.)" (p.76)

2.2.3.1 La dimension non verbale

Abric(2019) énonce que la communication passe par une interaction réciproque, via le langage, le ton de la voix, le comportement physique, le visuel, et même l' olfactif. Pour lui le sourire est la chose la plus importante, il exprime l'acceptation de l'autre. De plus, il est contagieux. Il parle aussi du langage du corps, de la posture, difficiles à contrôler et qui peuvent traduire une attitude dominante, de refus, de soumission, d'accueil, d'écoute, etc.

2.2.3.2 L'écoute active

Selon Abric, (2019, p.36) "L'écoute est la caractéristique fondamentale de la communication visant d'expression d'autrui." Il définit 5 axes de l'écoute active ; non évaluation, non interprétation, non conseil, non questionnement systématique (question ouvertes), compréhension (reformulation). Pour bien écouter, il existe l'écoute active qui est "pour l'aidant d'écouter pour entendre l'autre, d'être centré sur ce que dit la personne" et de se mettre à la disposition. (Daydé, et al, 2014, p.35) C'est une attitude, il s'agit d'être "disponible, prendre le temps, regarder, respecter une juste distance, être bienveillant, observer le verbal et le non verbal, ne pas chercher à tout comprendre, être sincère, respecter le silence. " (p.35)

2.2.3.3 L'attitude empathique

D'après Daydé (2014) et Abric (2019), l'attitude empathique est traduite par l'attitude de compréhension. Ne pas juger les soignés. Le soignant comprend la situation que l'autre vit, donc il reconnaît leurs besoins, et personnalise l'autre dans le soin. (Marro, 2012 pp.121-122)

2.2.3.4 Proxémie

Quelle est la distance idéale que le soignant devrait entretenir avec son patient ? Proxémie est "la distance physique qui s'établit entre des personnes prises dans une interaction...l'activité de l'un est déterminé par l'activité de l'autre." (Marro, 2012, p.69)

Selon Vanoverbeke (2005, p, 58) "Cela dépendra des limites de chacun, de ses capacités à se contenir, de son vécu à un moment précis et de son aptitude à se laisser « toucher »."

"Se questionner sur la manière d'entrer dans le champ intime de la personne que l'on soigne est un préalable à toute approche, pour ne pas violer son territoire. Cet élément non verbal est primordial dans la communication soignant-soigné." (Daydé, et al, 2014, pp.36-38)

2.2.3.5 2.3.5. La reformulation

Selon Daydé, et al (2014, p.38) la reformulation demande l'attention, une concentration sur l'autre, ce qui permet de vérifier la compréhension de ce qui a été dit, entendu.

D'après Merklings "Le but est 'd'encourager les verbalisations sans passer par le questionnement qui pourrait être intrusif.'" (2018(b), p.39)

2.2.3.6 Posture soignante

Je me penche sur les effets intéressants de la simple présence, sans aucune autre action, tel que s'interroge Proteau (2012) : "'Être là, auprès du patient, juste être là, ne rien faire, mais le faire bien, est-ce perdre son temps ? " (p.11)

L'autre conception à travers la citation de Hesbeen (2008) dit que pour s'adresser à un patient, "il est important de s'interroger sur l'objectif qu'on le soignant se donne : accomplir une tâche ou rencontrer réellement la personne à l'occasion du soin. " (p.28)

2.3 Alliance thérapeutique

Comment peut-on réaliser une alliance thérapeutique dans le milieu hospitalier ? Bioy et Bachelartla (2010) décrivent l'alliance thérapeutique comme une "collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés."

Dans le review du Collo (2011) elle la définit ainsi, "le processus interactionnel qui lie patient et thérapeute autour de la finalité et du déroulement de la thérapie. Souvent synonyme de relation thérapeutique, il croise aussi les concepts d'empathie, de relation d'aide et de transfert." (Résumé)

Selon Dupont, l'alliance thérapeutique "devrait induire une relation d'échange fondée sur les facultés de savoir donner et de savoir recevoir." (2020, p.63)

Edward S.Bordin (2010) cité par Dupont (2020) montre trois dimensions déterminent une thérapie : les objectifs (partagé et réactualisé sur la thérapie), "les engagements de chacun (les devoirs et les règles de travail que chaque partenaire s'engage à respecter) et la qualité du lien (la confiance, la sécurité et l'attachement qui s'établissent dans la rencontre)"

2.3.1 Confiance

Boszormenyi- Nagy cité par Dupont (2020) pense que la relation interhumaine est tissé par "l'échange et repose sur un principe de réciprocité." Sous forme "de l'affection, des soins, de l'attention, du temps, des services, des cadeaux." "Ces échanges nourrissent les relations de confiance. "(p.63)

Ferenczi cité par Gaudriault et Joly (2013, p.59) affirme que la thérapeute doit "il doit montrer une bienveillance inébranlable à l'égard du patient."

2.3.2 Échec relationnel

Cependant il arrive parfois que la tentative d'établir une relation de confiance aboutit à un échec. Dupont (2020) affirme que le déséquilibre des échanges amène à la perte de confiance. "A la place de donner on néglige, à la place de recevoir, on refuse, à la place de rendre, on garde, et à la place de demande, on prend. " (p.65)

Selon Gaudriault et Joly (2013, p.8) les raisons des échecs d'une thérapie sont plurielles, mais une des plus fréquente est "simplement qu'elle n'a pas pu commencer."

2.4 Disponibilité

Pourquoi le soignant manque-t- il de temps ? D'après Torneberg (2018, p.53) "Avec la rationalisation des gestions humaines et matérielles, la baisse des effectifs et l'information des outils"

il est amené à accélérer des fréquences, pour gagner en intensité. Ces contraintes démocratisent la sensation de "devoir" courir en permanence."

Selon Merklings (2018, p.38) vouloir être disponible pour l'autre ne veut pas dire pouvoir être disponible. Pour pouvoir l'être il faut trois aspects : Physiquement en lien avec l'organisation du travail, cognitivement en rapport avec la sincérité, et émotionnellement.

Lanquetin évoque un autre aspect en nommant "l'utilité de l'inutile" en citant Arnel Rivallan : pouvoir " traîner " pour se balader, discuter dans le couloir, ces pratiques peuvent être utilisées pour nourrir la relation et l'information. Cette disponibilité "favorise les points de rencontres sur des sujets indirectement liés aux soins." (2018, p.60) Il parle aussi de la disponibilité architecturale. Le fait que la porte d'infirmierie soit ouverte, ce qui suggère aux patients une possible disponibilité. Cela montre "être en présence de l'autre, être en seuil de la relation," mais aussi permettre la présence qui rassure.

2.5 Organisation du travail

Comment peut-on organiser son travail dans ce temps limité tout en construisant une relation de confiance ? Hasbeen (2008) et Daydé (2014) témoignent que la considération de relation soignant soigné est peu planifiée.

Selon Danion " L'organisation du travail au sein de l'hôpital s'effectue dans une triple perspective : efficacité, rentabilisation du temps et qualité des soins...Les soignants ont trop souvent l'impression de réaliser une "course aux soins" et au nursing, alors que la demande consiste à "prendre son temps" avec le patient." (2009, p.15)

Daydé et al, (2014), parlent de la privilégiation du soin technique dans le soin au patient par rapport au soin relationnel. L'organisation du travail ne permet pas de laisser une place suffisante au soin relationnel.

2.6 Equipe

Cette posture soignante est réalisable quand l'équipe partage la même notion du relationnel, et est à la recherche du même but. Comme cité par Robert Lafon cité par Mucchielli (2009, p.5) l'explique de cette façon : l'équipe signifie le lien, "un but commun, une organisation, un double dynamisme venant aussi bien de la tête qu'ensemble, une victoire à gagner ensemble."

2.6.1 Effet groupe

Comment l'équipe peut influencer la prise de soin d'un soignant ?

Selon Daydé (2014) les infirmières ne s'autorisent pas ou peu à pratiquer la relation d'aide, certaines se le voient même reprocher par d'autres membres de l'équipe. (p.2)

K. Lewin fait des recherches sur le phénomène d'interaction entre les différents individus qui sont dans le groupe qui constituent le groupe. Il a créé la notion de dynamique des groupes en 1944. Il souligne que les conduites humaines tiennent certes à des forces psychologiques individuelles, mais aussi à des forces propres au groupe auquel l'individu appartient.", cité par Lhuilier (2019).

Dans le même cours il précise que "L'efficacité au travail nécessite la mise en œuvre d'une organisation par groupe de travail au sein duquel les problèmes rencontrés sont abordés et résolus collectivement. Il développe l'idée d'un mode de management participatif par groupe de travail." (Rensis Likert)

Oberlé démontre que les normes de groupe "finissent le plus souvent par être intégrées dans les habitudes." (p.12) et le système de valeur de l'individu." (p.32) L'individu choisit "le comportement le plus adapté dans une situation donnée."

3 Dispositif méthodologique du recueil de données

3.1 Les objectifs

Les objectifs de mes entretiens sont tout d'abord d'évaluer les connaissances de l'anxiété auprès des soignants, puis d'en définir les caractéristiques.

Il s'agit d'identifier le soin relationnel et son organisation dans la prise en charge du patient, d'enquêter sur les outils de gestion de l'anxiété. Puis de mettre en évidence les ressources à disposition des professionnels pour gérer l'anxiété du patient. Et enfin de clarifier l'impact sur la posture du soignant en lien avec le manque de temps et l'effet de l'équipe.

3.2 L'outil d'enquête

Il est nécessaire que les interviewés puissent exprimer leurs idées librement, tout en respectant un certain encadrement. Il est aussi intéressant d'élargir la réponse, je choisis donc de faire ces interviews sous forme d'entretiens semi-directifs (Annexe I : Guide entretien).

3.3 L'organisation de l'entretien

Les entretiens sont conduits auprès de deux infirmiers, voisins de chez moi, exerçant en milieu hospitalier actuellement, dans un service psychiatrique. Ces deux infirmiers ont une expérience en urgence psychiatrique. L'un d'entre eux a aussi une expérience en service digestif et l'autre dans une structure médico-sociale. Nous fixons la durée des entretiens à trente minutes. J'interviens chez chacun, dans un lieu calme. Ils acceptent tous deux d'être enregistrés avec mon smartphone. L'anonymat des personnes et le lieu d'exercice sont annoncés et respectés.

3.4 Le bilan des entretiens

Après avoir retranscrit le premier entretien, je me suis rendue compte que je n'ai pas assez rebondi sur certaines réponses que l'infirmier a formulées. J'ai donc essayé d'approfondir davantage les propos de mon interlocuteur pour le deuxième entretien. L'infirmière avait des difficultés à exprimer ses pensées, mais en essayant d'éclaircir ses idées n'ai-je pas, en quelque sorte, légèrement guidé ses réponses ? Malgré tout, je constate que certaines notions intéressantes ont émergé de ces deux entretiens, j'analyserai ceci dans la discussion.

Il aurait été intéressant d'interviewer un infirmier travaillant en psychiatrie et l'autre en médecine ou chirurgie pour varier les notions par rapport à mes objectifs d'entretiens. N'ayant pas de relations avec des personnes travaillant dans ces services, Mme Le Bihan, ma référente MIRSI a contacté de son côté une infirmière mais ceci n'a pas abouti. Voilà pourquoi j'ai finalement réalisé mes deux entretiens avec deux infirmiers exerçant en psychiatrie.

4 Analyse descriptive

Les deux entretiens réalisés sont entièrement retranscrits (Annexe II et III).

Les deux infirmiers : Jean et Jade exercent actuellement en milieu hospitalier, dans un service psychiatrique.

Les éléments relevés par ces deux personnes sont retranscrits sous forme d'un tableau. Celui-ci est catégorisé selon la teneur des propos (Annexe IV : Les tableaux d'analyse). Lorsque lesdits concordent, ils sont retranscrits en couleur grise, lorsqu'ils sont propres à une seule personne, ils sont en gras. Les objectifs d'analyses sont de catégoriser lesdits des 2 infirmiers en lien avec les objectifs d'entretien pour après faciliter à amener à faire le lien avec mon cadre théorique.

4.1 Analyse descriptive

Tous deux ont exprimé leur compréhension de l'anxiété, et la façon de la gérer à travers la notion de relation de soin, de l'organisation du travail, et de la notion du travail d'équipe.

4.1.1 Caractéristique de l'anxiété

Tous deux s'accordent sur un état de stress. Les deux évoquent les contextes qui peuvent favoriser cet état. Pour Jean, cela "peut être la situation où l'histoire de vie." Jade reconnaît le fait que "l'appréhension d'un événement nouveau" peut provoquer "un sentiment d'insécurité, une panique, une peur." Jean définit différents degrés d'anxiété et reconnaît le côté handicapant de cet état. Les deux s'interrogent sur la nuance entre angoisse et anxiété ; Jean les différencie par la gravité et constate que l'anxiété engendre l'angoisse, Jade ne voit pas de différence entre ces deux appellations. Jean évoque la référence aux ordonnances médicamenteuses comme un indicateur de l'état psychique de la personne.

4.1.2 Manifestation de l'anxiété

Jean et Jade s'accordent pour l'associer à certaines manifestations physiques : "tachycardie, tremblements", Jean ajoute "la sueur, le regard fuyant, également un état d'agitation, voire un comportement violent." Sur le plan psychologique, les deux reconnaissent "un repli sur soi, un besoin de s'isoler," une tendance à "fuir le sujet, et une perte des moyens cognitifs." Par ailleurs, Jade précise que l'expression de l'anxiété est propre à chacun ; par exemple, "certains patients posent beaucoup de questions alors que d'autres restent mutiques."

4.1.3 Définition de soin relationnel

Les deux confirment que chaque entrée dans le soin est différente pour chaque patient. Pour Jean l'écoute doit être la première action du soin relationnel. Tous deux insistent sur l'importance d'expliquer au patient que leur rôle est de l'aider. Jean explique aussi l'importance du toucher dans sa démarche relationnelle, afin que la personne reste plus centrée sur lui, d'être en lien physiquement avec lui et ainsi favoriser un meilleur échange. Il insiste aussi sur l'importance de mettre des mots sur la situation et les souffrances que vit le patient. Ceci afin d'établir "une relation de confiance."

Jade décrit son approche d'une autre manière. Elle l'aborde avec une "posture empathique." Pour elle le soin relationnel est avant tout de reconnaître les expressions des patients, et "d'être rassurante."

Jean évoque l'idée de la présence, être simplement près d'eux suffit parfois dans un premier temps.

Ensuite lorsque j'interroge sur la place du soin relationnel, Jade affirme que le soin relationnel est toujours avec le soin. Jean souligne que le soin technique est aussi un soin relationnel.

4.1.4 Organisation de soin relationnel

Tous deux remarquent à plusieurs reprises que la relation est déjà dans chaque action. Jean rappelle qu'il ne peut pas organiser 10 entretiens par jour avec des personnes demandeuses mais il propose des entretiens informels. Pour lui, le soin relationnel existe toujours dès que le soignant est en présence du patient. Les deux soignants notent qu'ils invitent à se promener en extérieur, s'approcher du coin fumeur des patients.

Jean constate que dans ces moments il a plus de facilité à créer une relation, parce que le patient et lui-même sont plus détendus du fait d'être sortis du cadre service ; cela favorise la reconnaissance de leurs besoins. Jade a également souligné que "faire des activités ensemble" : "cueillir des fleurs, ramasser des châtaignes, etc. renforce le lien. Jade pense "des fois tu n'as pas le temps réellement, et des fois tu ne prends pas le temps. Je pense que oui on pourra mieux s'organiser".

4.1.5 Gestion d'anxiété

Les deux soignants s'accordent sur l'attitude, "une voix douce et posée". Jean ajoute à la posture calme, l'idée de "ne pas trop parler, ne pas couper de parole." Jade précise le fait d'informer le patient de sa présence, et qu'elle est là pour l'aider. Lorsque cela est possible, poser quelques questions, notamment : comment se sent-il ? Tous deux parlent aussi des bienfaits de la respiration, Jade « propose des exercices de respiration." Jean après avoir posé sa main sur l'épaule de la personne, lui propose de "respirer tranquillement 3 fois", et le dialogue peut commencer, ainsi commence la relation. Il lui arrive ainsi de respirer en même temps que le patient.

Les deux soignants évoquent l'écoute. Jade parle de "prendre en compte l'avis et le ressenti de la personne". Dans le même sens Jean dit l'importance de "juste valider ce que dit celle-ci" ; reformuler ses paroles en validant sa souffrance et en employant le terme juste, ceci afin de "s'assurer d'avoir bien compris". Par exemple : "Je sens que c'est dur pour vous, moi aussi ça peut m'affecter." Jade évoque aussi "la reformulation, la compréhension", en donnant des exemples, "s'assurer d'avoir bien compris" ce que le patient veut exprimer et "non pas ce que j'ai pu interpréter à ma manière." Ceci rejoint la méthode de l'écoute attentive. Pour Jean ces postures sont celles de l'empathie, Jade y

ajoute le concept de position authentique. Pour elle, "être rassurant, c'est être empathique, c'est reconnaître ce qu'il dit."

Jean relate que parfois, par empathie, il lui arrive d'évoquer "son propre vécu", et que lui aussi pourrait vivre ces mêmes épreuves, ainsi le patient prend conscience qu'il n'est pas le seul à pouvoir être dans cette situation. Jean note la démarche spécifique au service psychiatrique, "l'entretien motivationnel", les exercices pour une meilleure connaissance de soi. Cette démarche permet de prendre connaissance de la personne et ainsi éventuellement "lui proposer des exercices de relaxation, pour les plus jeunes, des activités sportives. Pour les personnes âgées, on sera plus dans l'écoute, des massages, de la relaxation, des jeux pour individualiser les soins". Jade parle aussi de certains outils utilisés pour la gestion de l'anxiété tels que "la musique, le massage, le fait d'aller à l'extérieur avec ses patients, dans un endroit calme" où il pourra se poser, et mieux échanger.

Elle explique aux patients tout ce qui se passe et va se passer "en essayant d'être rassurante" en adoptant une posture d'écoute et des gestes appropriés (le corps, dit-elle, peut exprimer soit une posture fermée ou accueillante). Pour elle, ceci est "une position authentique" en lien avec le soin relationnel. Jean évoque aussi l'utilisation nécessaire parfois d'anxiolytiques. Il souligne la nécessité d'être disponible, tout en laissant cependant, le temps au patient d'avoir l'opportunité d'essayer de gérer seul son anxiété, ceci est une démarche éducative.

4.1.6 La notion de proxémie

Tous deux affirment qu'ils s'adaptent en fonction de la situation. Jade dit qu'elle pratique la proxémie adaptée à la personne. Cela se fait d'une manière inconsciente. Les deux évoquent les bienfaits du toucher, Jade ajoutant "avec l'accord du patient si possible." Tandis que Jean reconnaît utiliser le toucher très systématiquement "rassurer, pour apaiser." C'est pour lui la façon de se connecter avec la personne psychologiquement. Il précise qu'il "pose juste la main sur épaule, pour rappeler qu'il est là, qu'il le soutient." Il arrive de proposer "On se pose tranquillement, on respire 3 fois, ensuite on va pouvoir parler." Il ajoute aussi qu'avec le toucher la personne est plus centrée sur lui, et en conséquence plus apaisée.

Un autre point relevé est la posture physique ; Jean reconnaît qu'il "évite de s'installer en face du patient pour éviter la confrontation" mais plutôt à côté, il "évite aussi la distance du bureau." Jade rappelle qu'elle utilise parfois la distance par exemple en croisant les bras pour se protéger d'une personne agitée.

4.1.7 Caractéristique de l'alliance thérapeutique

Les deux confirment que c'est "une relation de confiance." Jade développe une meilleure connaissance du patient et par "son histoire de vie, et la prise en compte de ce qu'il dit", en pratiquant une écoute attentive et authentique. Par ailleurs, Jean explique que c'est une relation de confiance mutuelle, et que les soignants proposent des soins adaptés à la personne. Il souligne qu'il dit au patient : "je compte sur vous, je pense que vous êtes capable" pour valoriser la personne. Quant à Jade, elle constate que le premier entretien d'entrée favorise à créer une relation de confiance. Elle note, aussi que plus elle consacre de temps à cet entretien et plus la personne est en confiance et lui confie l'histoire intime de sa vie.

Jean rappelle l'idée de "distance thérapeutique pour éviter le risque de relation de miroir", il pense que les soignants doivent ainsi se protéger de ne pas s'identifier au patient.

4.1.8 L'impact du manque de temps sur la relation de soin

Pour Jade cela dépend de la personne avec qui elle crée la relation. Tous deux s'accordent, cependant, sur le manque de temps, la difficulté à connaître vraiment le patient, et pour être disponible. Jean remarque que ce réel problème entraîne une certaine superficialité dans la qualité des entretiens, provoque du stress chez les soignants qui déteint sur les patients. Quand le personnel est détendu, le patient est plus apaisé. Jean en conclut donc que l'état psychologique du soignant impacte sur la relation de soin, celle-ci nécessite une disponibilité de temps et une disponibilité psychologique.

Jade remarque que la qualité de la relation de confiance établie avec un patient dépend du temps qu'elle peut lui accorder. Le manque de temps ne permet pas de personnaliser le soin, ni de créer une relation authentique avec chaque personne. Cependant, Jade différencie le manque de temps réel avec le fait parfois que "le soignant ne prend pas le temps", ou néglige l'organisation qui le permettrait.

4.1.9 L'impact sur la posture soignante en lien avec l'équipe

Jean affirme qu'on ne peut pas s'opposer à une décision d'équipe du fait qu'on ne travaille pas seul, et qu'on est obligé de suivre une ligne conductrice. Pour cela "l'équipe échange", il existe "un temps de débriefing et de transmission." Quand il ne partage pas le même avis que l'équipe au sujet d'un patient, il évite de le prendre en charge si cela est possible. Pour lui, l'équipe sert aussi à réajuster sa propre prise en soin de la personne.

Il leur est arrivé à tous deux de réaliser une prise de soin où ils n'étaient pas en accord avec l'équipe, dans ce cas-là, ils ne la transmettent pas. Jade souligne qu'il lui arrive d'être en accord avec ses propres valeurs ou celles du patient, et d'avoir conscience que "l'équipe porte un jugement négatif sur ce patient." Dans ce cas précis, afin de le protéger elle ne transmet pas tout, tel que la thérapie alternative. Elle rappelle qu'elle est influencée par son collègue avec qui elle pratique à ce jour : de la disponibilité, de la posture du soignant face au patient. Elle reconnaît qu'en fait, elle s'adapte à ses collègues.

5 Discussion

Au travers des deux entretiens réalisés, en tant que future infirmière et avec mon expérience en milieu hospitalier, je vais illustrer mon propos en exposant le déroulé d'une journée d'expérience avec une patiente.

5.1 Reconnaître l'expression d'anxiété

Ce jour-là, je suis en service hospitalier avec dix patients en charge et six bilans à réaliser. Il est 7h30, la transmission a duré plus longtemps que d'habitude. Je n'ai plus qu'1h30 pour réaliser le tour car à 9h se tient la réunion STAFF. Avant même de commencer, je suis déjà stressée. Les patients savent que je n'ai pas le temps. J'échange au minimum en réalisant des conversations brèves : " Vous avez pu dormir ?" "Comment vous vous sentez ?" dans le but de pouvoir terminer mon tour avant 9h. J'entre dans la chambre d'une patiente nommée Catherine. Elle est arrivée dans la nuit en urgence. Je me présente et je lui demande ce qui s'est passé en prenant des paramètres vitaux. C'est un moment d'échange, le temps que le thermomètre bip. La porte de sa chambre était ouverte. Avant de quitter sa chambre, je lui demande si je ferme la porte, elle me répond "non". Je n'ai pas le temps d'explorer les raisons de ce refus.

A 9h 03, je termine mon tour. Pour les deux derniers patients, j'ai juste pris la température, il faudra que je revienne les voir après le STAFF qui n'a pas encore débuté. Je prends les documents pour Catherine, afin qu'elle les signe pour son entrée. Lors de cette deuxième rencontre, je lui dis : "Je laisse la porte ouverte ?" Elle me répond, "Oui, ça me rassure." Cette phrase me reste en tête, mais encore une fois, je n'ai pas le temps d'investiguer le ressenti de la personne. Je pars au STAFF, stressée, peur d'être en retard.

Jade, infirmière interviewée, cite l'anxiété ainsi définie par le dictionnaire le petit Larousse. Guelfi, cité par Radat, note un sentiment de peur, également repris par Jade. Radat(1998) et Le Gall (1976) évoquent la confusion de mots entre l'angoisse et la peur tout comme les deux infirmiers. Jean

les différencie par la gravité alors que Jade ne voit pas de différence entre ces deux appellations. Pour Rada (1998), l'anxiété aiguë signifie l'angoisse.

Les deux infirmiers s'accordent à dire que l'anxiété se rapporte à un état de stress sans jamais ajouter que celle-ci pourrait être positive, comme l'explique Pazzalo (2019). De mon point de vue, le mot anxiété induit une impression plutôt négative, alors que le mot stress peut à la fois évoquer une impression négative, mais également positive. En effet, dans certaines situations, le stress peut devenir un moteur pour la réalisation d'une tâche donnée. Néanmoins, il est évident que la gestion d'un stress trop intense devient un problème supplémentaire à la réalisation de cette tâche.

Jean, l'infirmier et Soumaille (2009) notent que l'expression de l'anxiété varie d'une personne à une autre. Jean et Jade citent la manifestation de l'anxiété sur le plan physique, ceci est évoqué également par Soumaille (2009) et Radat (1998).

Concernant la manifestation psychologique, les deux soignants renvoient à des notions telles que l'isolement ou le fait d'être mutique. Jade décrit aussi le regard fuyant comme une des manifestations psychologiques du stress. Sur le plan cognitif, Sauvegrain et Massin (2014) et Jean notent que l'anxiété occasionne une incapacité pour la personne à réaliser une tâche.

Jade l'IDE reconnaît l'anxiété du patient en lien avec un besoin de réassurance. Dans les situations d'appel que je décris, l'anxiété se manifeste par la déambulation, la recherche de contact avec les autres personnes et l'utilisation abusive de la sonnette. En effet, chaque personne exprime son anxiété de manière différente, et nous ressentons l'anxiété chez l'autre en l'observant. Lors de ma première visite dans la chambre de Catherine, elle ne souhaite pas que je ferme la porte. Ce désir m'a interpellée. Lors de ma deuxième visite, elle a en effet exprimé que "laisser la porte ouverte la rassurait". Cet élément me permet d'associer le besoin de réassurance avec une possible anxiété chez Catherine.

Aux vues de ces éléments, nous pouvons dire que nous ressentons l'anxiété chez l'autre en prenant en considération son regard, le ton de sa voix, ses comportements verbaux et non verbaux tels que les silences. L'interprétation de la situation va entraîner une réaction de la part du soignant.

5.2 Comprendre le soin relationnel pour mieux se posturer

Face à une personne anxieuse, la posture du soignant vise à l'apaiser. Il s'agit du soin relationnel. Les deux infirmiers considèrent que l'entrée dans la relation est différente d'une personne à une autre. Marro (2012) rejoint cette idée dans son ouvrage.

Par ailleurs, Jade exprime que le relationnel est toujours en lien avec le soin. Les deux soignants n'ouvrent pas l'idée de collaboration avec le patient, ce que Hasbeen (2018) et Boufette (2010) expriment. En effet, la relation est une interaction dynamique avec l'autre. Elle se base sur une envie mutuelle de part et d'autre. Cette idée est également reprise par Abric (2019) et Marro (2012).

Pour Jean, l'écoute est la première action pour entrer dans la relation. Daydé (2014) et Marro (2012) décrivent l'écoute comme un outil de communication. D'ailleurs Rogers cité par Marro (2012) rappelle que l'écoute permet de se centrer sur la personne.

D'autre part, Jean utilise le toucher pour se centrer sur la personne anxieuse afin d'entrer en relation. Pour Jade, la relation de soin commence par une reconnaissance des expressions des patients, en adoptant une posture rassurante. En effet, de mon point de vue, la communication non verbale est parfois plus concrète et décodable que la communication verbale. Néanmoins, les deux sont indispensables à la bonne compréhension de l'autre. La communication verbale et non verbale permet d'avoir une vision globale d'une situation pour émettre des hypothèses quant aux besoins des personnes.

Les deux infirmiers considèrent l'importance d'expliquer le rôle du soignant, comme "aidant". Pour Hasbeen (2018), cette explication a pour but que le soigné se sente considéré. En effet, on entre dans la relation de soin dès l'instant où on prend une posture de "soignante" en face du "soigné". Pour ma part, dès ce moment-là, j'essaie de me centrer sur la personne avec mon regard et ma posture. Dans la situation que j'ai expliquée précédemment, je ressens que Catherine est anxieuse, en lien avec le fait qu'elle ne veuille pas fermer la porte. Je reconnais son besoin d'être rassurée. De ce fait, je réfléchis, en tant que soignante, aux moyens de réagir devant cette personne. Néanmoins, faute de temps, je ne peux répondre à ce besoin dans l'immédiat, mais je me dis que dès que je pourrais y retourner j'irai la voir.

Ces éléments traduisent un début du soin relationnel évoqué par Daydé (2014) au travers de l'écoute et de l'observation. Comme dit Hasbeen (2018), c'est l'attention à l'autre. Cette attention portée vers l'autre peut permettre d'entrer en relation et ainsi pouvoir répondre à ses besoins. Par conséquent, il peut être dit que le soin relationnel est un élément essentiel pour pouvoir apaiser une situation potentiellement stressante.

5.3 La disponibilité, multi dimensions

La disponibilité ne se résume pas uniquement au temps. Jade et Jean ont des difficultés à connaître le patient, et à être disponibles à cause du manque de temps pourtant ils sont conscients de la nécessité de disponibilité pour réduire l'anxiété de leur patient.

Jean remarque que ce réel problème nuit à la qualité de la prise en soin. Il remarque également la non disponibilité psychologique du soignant dû à ce même problème. Il évoque le transfert du stress du soignant au patient. D'ailleurs Merklings (2018) ajoute la notion de l'émotionnel de disponibilité. Lanquétin (2018) montre sa disponibilité en laissant la porte de l'infirmierie ouverte. En effet la disponibilité ne dépend pas uniquement du temps dont on dispose, mais aussi de l'écoute

que l'on accorde à l'autre, d'être posé, d'accueillir l'autre. Sans être disponible, on ne peut pas observer, écouter, encore moins se centrer sur la personne. De cette façon, il est donc impossible de créer une relation de soin. Par contre, on peut tout à fait être disponible au niveau du temps, mais ne pas "se rendre" disponible aux autres. Comme dit Jean, cela dépend de l'humeur du jour, de la journée, malgré une bonne intention de la part du soignant. Être disponible pour l'autre nécessite la volonté de l'être. Je pense que cela dépend de chacun, de sa conviction et de son plaisir, mais aussi de l'effet d'équipe.

Je reviens à ma journée. Après la STAFF, Je visite les chambres des deux patients pour qui je n'ai pas pu prendre le temps de soin ce matin-là. Je termine aussi le tour de perfusion, il est 11 heures. Mes collègues sont en pause. Je ne suis plus stressée, je vais la "rencontrer", comme dit Panchaud (2018) et Daydé, et al (2014). Je suis curieuse de la connaître. "J'ai 15 min, je suis venue discuter avec vous." : j'annonce mon objectif à Catherine, rappelé aussi par Hasbeen (2008) pour la relation de soin. A ce moment-là, je suis disponible physiquement, psychologiquement, je suis prête à me centrer sur Catherine.

5.4 Comprendre la proxémie pour mieux se positionner

Pour créer un soin relationnel, quelle proxémie serait la mieux adaptée ?

Jade et Jean affirment qu'ils adaptent la proxémie en fonction de la situation, ceci est aussi reconnu par Vanoverbeke (2005). Cela se fait d'une manière inconsciente. Pour Marro (2012) cela se décide avec l'interaction de chacun.

Nos deux infirmiers évoquent les bienfaits du toucher, pour Jade il faut le consensus, parallèlement à Daydé (2014). Jean utilise le toucher systématiquement pour lui c'est une façon d'avoir un lien avec la personne.

Jean évite la distance fonctionnelle. Jade rappelle qu'elle l'utilise parfois pour se protéger d'une personne agitée.

Comme dit Marro (2012) Il y a des personnes avec qui j'ai facilement une distance intime, avec certaines, je ne me le permets pas. Je ne pense pas qu'il soit systématiquement nécessaire de toucher ; certaines personnes sont à l'aise avec cette technique, d'autres au contraire y sont réticentes. Cela se fait naturellement. Il m'arrive de réfléchir quelle est mon attitude, j'essaye de me laisser guider naturellement pour ne pas être non plus qu'une "soignante".

Je suis à côté de Catherine. Elle est assise toute droite, devant l'adaptable du fauteuil. Je lui demande si je peux m'asseoir à côté d'elle. Elle est d'accord. Je me mets à sa hauteur.

5.5 Comprendre et apprendre à gérer l'anxiété de l'autre

Comment gérer l'anxiété de l'autre avec la posture soignante en réalisant le soin relationnel ?

Les soignants n'évoquent pas la notion de "connaissance de soi". Je trouve important de bien me connaître, pour avoir conscience de mes limites et de mes besoins. Mon bien-être influence forcément celui du patient. Si je ne me sens pas bien, je ne serai pas capable d'aider l'autre à se sentir bien, confirmé par Daydé (2014) et Marro (2012). Celui-ci ajoute également que le seuil d'acceptation est variable en fonction de l'état psychologique et physique de soignant.

Dans le cas de Catherine, je sais que ma pause de 15 min n'est pas importante pour moi, Je ne suis pas épuisée physiquement, je ne suis plus stressée non plus. Ma curiosité de la connaître me semble prioritaire.

Mes deux soignants développent l'attitude adoptée pour réduire l'anxiété du patient ; la voix douce, posture calme, Daydé (2014) rappelle cette notion. Abric (2019) cite que les attitudes sont difficiles à contrôler. Elles peuvent aider à créer une relation mais aussi produire de la gêne ou de la fuite. Le geste traduit l'accueil comme le refus de l'autre. Pour moi, l'attitude est le facteur déterminant de l'échec ou de la réussite de la relation à l'autre. Les soignants doivent donc être très attentifs à celle qu'ils choisissent, pour ne pas aboutir à une relation de méfiance.

Tous deux prennent le temps d'expliquer aux patients le motif de leurs présences, montrer qu'ils s'intéressent à la personne. Ils développent également la notion d'écoute active. Jade rappelle l'importance de la validation, Jean évoque la reformulation. Pour Daydé (2014) pour bien écouter, il faut un geste adapté, être disponible et être sincère. Jade rejoint cette idée.

Daydé(2014) rejoint Jean et Jade; pour lui la reformulation signifie l'attention, qu'on se centre sur l'autre. Merklings rejoint Jean, pour lui "être à l'écoute" signifie juste écouter, sans trop questionner. Abric, (2019) ajoute la notion de "l'écoute active" : non évaluation, ni interprétation, ni conseil. Pour Jean ces postures sont empathiques. Jade ajoute la notion de soin authentique. Rogers cité par Marro (2012) affirme que "l'attitude authentique" est de se centrer sur la personne avec attention. C'est d'être rassurant, prendre en compte ce que dit la personne. Pour Marro (2012) et Daydé (2014) et Abric (2019), c'est de montrer une bonne compréhension. Ceci rappelle la méthode de "l'écoute attentive".

Le soignant comprend la situation que l'autre vit, donc il reconnaît son besoin, et personnalise l'autre dans le soin ; idée évoquée par Jean. Il lui arrive de se référer à son propre vécu ; Ginest et Pellisier (2019) notent que c'est un outil pour permettre de mieux connaître l'autre. Cependant, s'ouvre la question de distance thérapeutique pour se protéger de soi-même, pour éviter le miroir. Il m'arrive parfois d'utiliser le fait que j'ai des enfants, pour montrer ma compréhension de la situation d'être parent, sans développer davantage. Et en effet je sens que le regard du patient a changé envers

moi, il réalise que nous avons des choses en commun. Cette technique me permet de renforcer la relation de soin.

Jean et Jade parlent de leurs différentes méthodes de gestion de l'anxiété. J'ai appris à respirer avec le patient lors de crises aiguës d'anxiété comme le pratique Jean. Cette disponibilité du soignant est efficace, apporte un réel apaisement du patient et réduit son anxiété.

Jade utilise la musicothérapie, le massage et le toucher. Dans le cadre de mon MIRSI, je m'intéresse à la posture du soignant pour réduire l'anxiété de son patient, donc je ne vais pas développer ces différentes méthodes.

Jean évoque l'importance de la dimension éducative de gestion de l'anxiété chez le patient. A mon avis, cette pratique est plus courante dans le milieu psychiatrique pour des patients atteints d'anxiété chronique.

On essaye de réajuster l'approche en fonction de l'anxiété du patient. Son besoin évolue, et nous devons donc réajuster nos réponses. Daydé (2014) a également noté cette pensée.

Pour réduire l'anxiété du patient, nous avons facilement accès à l'anxiolytique. Jean en parle aussi. Dans mon MIRSI je n'insiste pas sur cette possibilité car je trouve que l'attitude empathique, et l'écoute active, juste être présent à côté du patient, ces postures soignantes peuvent réduire l'introduction d'anxiolytique.

Pendant ce moment avec Catherine, je lui demande où elle habite. Je n'aborde pas directement le sujet de son anxiété, parce que je considère que son besoin est plutôt d'être accompagnée. Elle dit qu'elle habite dans un EHPAD. Elle souffre de rhumatismes. Elle se sent seule bien qu'elle ait plusieurs enfants. Elle ressent une certaine injustice d'avoir cette maladie, d'être seule. Sa maladie l'angoisse et sa solitude amplifie son mal-être. Le bruit du couloir la rassure.

Je l'écoute. Je la regarde. Des fois j'utilise la reformulation, pour montrer ma compréhension. A ce moment-là je me centre sur elle. Elle a les larmes aux yeux. Je lui dis "c'est dur pour vous". J'hésite à la toucher. Je ne le fais pas. Je ne le sens pas. Je garde le silence comme elle.

Elle me demande si j'ai des enfants. Je dis oui. Elle me demande plus de détails. On échange sur la ville, sa vie et ma vie. J'aime l'échange, quand on dépasse la barrière du métier. Je communique avec elle en étant juste une personne, à égalité avec elle. A la fin de la discussion, on se sourit, je sens qu'elle est apaisée. Sa posture fermée est devenue ouverte. Je me sens accueillie par elle.

J'aurais pu ne pas aller à sa rencontre. Dans ce cas, le soin relationnel n'aurait pas eu lieu. Il est certain que l'apaisement de Catherine, bien que momentané, a été consécutif à cette approche.

Sans cette rencontre, Catherine restait une patiente parmi d'autres. Aucun moment de relation authentique, elle chercherait toujours à être rassurée par le bruit du couloir.

5.6 Créer l'alliance thérapeutique

Comment créer l'alliance thérapeutique avec une personne anxieuse dans le milieu hospitalier ? Nos deux infirmiers disent que l'alliance thérapeutique est une relation de confiance. Bordin affirme que la qualité du lien est favorisée par l'écoute attentive et l'écoute authentique. Pour Jean il s'agit de cibler le soin personnalisé. Bioy et Bachelartla (2010) et Dupont (2020) y ajoutent la notion de collaboration mutuelle, afin d'accomplir les objectifs partagés. Collo (2011) ajoute la notion d'empathie, et la relation d'aide dans ce lien. Jean valorise le patient en montrant la confiance qu'il pourrait avoir en lui. Cela rejoint la notion de Boszormenyi- Nagy cité par Dupont (2020).

Quant à Jade, le temps de disponibilité favorise la solidité d'une relation de confiance. Bordin (2010) cité par Dupont (2020) note cette notion.

Pour gagner la confiance, Ferenczi cité par Gaudriault et Joly (2013, p.59) pense important de montrer une bienveillance et le ressenti de sentiment. En ce qui me concerne, il m'arrive de dire aux patients, "Je suis contente pour vous" pour montrer mon empathie.

Avec la discussion que j'ai eu avec Catherine, je connais son besoin, c'est le début d'une alliance thérapeutique. J'ai transmis aux médecins l'ajustement d'antidouleur dans son traitement, et son besoin d'être écoutée. Le lendemain je retourne au service, et j'ai appris qu'elle était sortie de l'hôpital la veille. Confirmé par Gaudriault et Joly (2013), dans le service hospitalier, il est difficile d'aboutir à l'alliance thérapeutique.

On n'a pas assez de temps pour partager sur l'objectif. Je me sens frustrée de cette situation. L'alliance thérapeutique pourrait être adaptée au milieu hospitalier, comme elle l'est dans certains services, en utilisant un temps d'entretien individuel. Jean et Jade le font dans leur service psychiatrique. Cela me semble plus réalisable pour des longs séjours d'hospitalisation.

D'ailleurs, Danion (2009) rappelle que le but de la structure ne correspond pas forcément à celui du soignant. Dans ces temps limités, nous avons à chercher et à adopter notre posture soignante pour répondre aux besoins des patients et avoir une meilleure qualité de soin.

5.7 Programmer le soin relationnel ?

Dans ces temps limités, comment peut-on mieux organiser le soin relationnel ? Nos deux infirmiers pensent que le soin relationnel est toujours présent à chaque moment passé près des patients. Pourtant Hasbeen (2008) et Daydé (2014) témoignent que la planification des soins relationnels est peu programmée. En effet, dans le milieu hospitalier classique, je n'ai pas vu planifier

le soin relationnel, mais ainsi que le soulignent les deux soignants, le soin relationnel démarre dès le début de la communication avec le patient.

Les deux soignants s'accordent sur le bienfait de "traîner" avec les patients en se baladant ensemble, en s'approchant du coin fumeur des patients. Cette "utilité d'inutile" est également développée par Rivallan cité par Lanquetin (2018). Tous deux pensent que ces démarches favorisent la création d'une relation.

Jade pense que parfois, malgré la disponibilité, on ne prend pas le temps. Cela dépend du service, de l'équipe et du jour, si on va facilement aller voir le patient ou pas, quand le temps le permet. Je pense que lors de la visite des patients, on ressent plus ou moins le besoin de s'attarder davantage chez certains. Car, ainsi que le précise Jean, il est impossible de prendre tout ce temps pour tout le monde. Naturellement et spontanément, on fait ce choix pour une personne en fonction de ses besoins, ou du "feeling" qui passe, à ce moment, entre soignant-soigné.

Nous avons un temps limité pour être disponible, cependant je peux considérer que chaque visite d'un patient est un moment propice pour se centrer sur lui, et une occasion de créer une relation authentique.

5.8 L'équipe qui est en accord, où n'est pas en accord.

L'équipe peut être à la fois une force, mais aussi un inconvénient.

Robert Lafon, cité par Mucchielli (2009,) L'équipe signifie le lien, le partage d'un but commun. Jean ressent qu'on ne peut pas s'opposer à une décision d'équipe. Mucchielli (2019) associe l'équipe avec l'idée de de la coordination, de la discipline. Jean échange avec son équipe, il réajuste aussi sa prise en soin en écoutant l'équipe.

Pour mes deux infirmiers, il leur arrive de réaliser le soin relationnel sur lequel ils n'étaient pas en accord avec l'équipe. Dans ce cas-là, ils ne le transmettent pas. Pour Jade c'est pour éviter un jugement négatif porté par l'équipe : croyance spirituelle, médecines alternatives etc. Jade est consciente qu'elle s'adapte à ses collègues, de sa disponibilité et de la bonne posture soignante à avoir face aux patients. Meliani et Oberlé (2015) évoquent la même notion de conformisme au groupe. Comme dit Oberlé (2015) on a tendance à choisir un comportement plus adapté au groupe.

J'essaye de me conformer à l'équipe le plus possible, pour ne pas être trop en décalage et m'y sentir toujours à l'aise. Dans ma situation de rappel, Mme B passe du temps dans l'infirmerie, l'équipe partage le même but, pour la rassurer. Nous avons pu constater que c'était efficace. Lorsque l'équipe partage l'importance du soin relationnel, il est plus facile de renforcer soi-même cette pratique. Au

contraire, si l'équipe accorde moins d'attention à ce soin relationnel, il est plus difficile d'y consacrer soi-même autant de temps.

Dans ma situation, Mr H cherche le contact avec le personnel, j'aimerais l'inviter à l'infirmierie, pour discuter, mais je ne me le permets pas vis à vis de mes collègues. Nous ne partageons pas le même but. Dans ce service, j'ai ressenti un manque d'échange et de réunion entre les membres de l'équipe.

6 La question de recherche

Au cours de mes entretiens et de mes recherches, je me rends compte à quel point l'équipe peut influencer la posture soignante de chacun. En effet l'équipe peut engendrer une force positive mais peut aussi créer la méfiance, l'isolement, des doutes. J'ai aussi acquis une meilleure compréhension de la notion de disponibilité. Auparavant, la disponibilité pour moi signifiait le temps, aujourd'hui j'ai pris conscience des multiples dimensions de cette notion. Si un soignant est en état de stress, il ne peut pas être disponible pour les autres. Nous pouvons donc nous poser la question de recherche suivante : Dans un contexte d'anxiété liée à l'hospitalisation, en quoi l'équipe et la disponibilité impactent sur la posture des soignants ?

7 La conclusion

Ce MIRSi arrive à sa fin.

Mes questionnements de départ ont trouvé des réponses qui ont éclairé certains aspects. Voici quelques résultats par rapport à mes questions de recherche.

Chaque personne réagit différemment vis à vis de l'anxiété. Chaque soignant dispose aussi d'une capacité différente à l'observer et à l'écoute de la personne.

Pour entrer dans le soin relationnel, il faut être disponible physiquement et psychologiquement pour l'autre. Chaque personne est différente donc chaque entrée dans la relation nécessite une adaptation.

Pour gérer l'anxiété de la personne, il faut se centrer sur la personne, faire preuve d'attention pour l'autre. Cela demande une attitude empathique et authentique qui renforce la relation de confiance. La posture du soignant est influencée par le manque de temps, la disponibilité de la personne, par l'équipe mais aussi par l'attitude du patient. Plus grande sera la relation de confiance, plus profonde sera la connaissance du patient, et mieux le soignant contribuera à soulager l'anxiété de celui-ci.

Tout au long de ce travail, j'ai approfondi mes connaissances sur certains aspects et j'ai appris à mieux me positionner face au patient. Cette étude a confirmé ma vision du soin relationnel qui est à mes yeux une base de soin primordiale. J'ai pu réaliser qu'à travers mon métier d'infirmière mon souhait reste celui de prendre soin de la personne. Cette recherche me sera d'une aide précieuse durant le reste de ma carrière.

Bibliographie

Article de revue

- Bioy, A., & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, 49(4), 317-326.
- Bouffette, L., Isnard-Bagnis, C., & Laurent, A. (2010). L'alliance thérapeutique au cœur de la relation d'aide. *Soins*, 55(746), 32-35.
- Chauvron Defilippi, B. (2017). Être soignant en soins palliatifs. *L'Aide-Soignante*, 31(187), 10-13.
- Danion, G. (2009). Perception et gestion du temps à l'hôpital. *Soins Aides soignantes*, 31, 14-15.
- Dumas, M., Douguet, F., & Fahmi, Y. (2016). Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 5(20), 45-67.
- Dupont, S. (2020). L'alliance thérapeutique : un équilibre entre donner et recevoir. *Le Journal des psychologues*, n° 380(8), 63-67.
- Hesbeen, W. (2018). Comment définir la relation de soin ? *Santé mentale*, 230, 24-29.
- Lanquetin, J. P. (2018). Aller vers. . . la relation de soin. *Santé mentale*, 230, 58-63.
- Lomenech, B. (2012). Avons-nous encore le temps de prendre le temps ? *Métiers de la petite enfance*, 187(188), 28-29.
- Merkling, J. (2018a). L'intersubjectivité, vecteur de la relation. *Santé mentale*, 230, 30-35.
- Merkling, J. (2018b). Mettre en acte le soin relationnel. *Santé mentale*, 230, 36-41.
- Palazzolo, J. (2019). De l'anxiété normale à l'anxiété pathologique. *Le journal des psychologues*, 7(369), 72-77.
- Panchaud, R. (2018). De la clonique avant toute chose. *Santé mentale*, 230, 54-57.
- Prouteau, F. (2012). La temporalité et ses déclinaisons. *Soins Cadres*, 21(83), 9-11.
- Torneberg, M. A. (2018). Organisation numérique et temps de travail. *Objectif soins management*, 263, 52-54.
- Vanoverbeke, C. (2005). Accompagner sans se perdre. *Santé mentale*, 100, 58-62.
- Yve, G., & Pellisier, J. (2005). De la solitude à l'humanité. *Santé mentale*, 100, 38-43.

Diapositives de présentation

Méliani, V. (2018). *La dynamique des groupes* [Diapositives]. ACADEMIA. https://www.academia.edu/26146735/La_dynamique_des_groupes_La_dynamique_des_groupes

Livre

Le Petit Robert de la Langue Française 2011. LE ROBERT.

Abric, J. (2019). *Psychologie de la communication - Théories et méthodes : Théories et méthodes*. Dunod.

Collot, E. (2011). *L'alliance thérapeutique - Fondements et mise en œuvre*. Dunod.

Daydé, M., Lacroix, M., Pascal, C., & Clergues, S. E. (2014). *Relation d'aide en soins infirmiers*. Masson.

Gaudriault, P., & Joly, V. (2013). *Construire la relation thérapeutique : Prévenir l'abandon précoce, définir les enjeux du processus thérapeutique*. Dunod.

L.B. (2007). *Le Petit Larousse Dictionnaire Illustré 2008*. Larousse Editions.

le Gall, A. (1976). *L'anxiété et l'angoisse*. Presse Universitaire de France.

Marro, A. (2012). *Nouvelles pratiques de la bientraitance avec soi et avec l'autre*. LEH édition.

Mucchielli, R. (2019). *Le travail en équipe : Clés pour une meilleure efficacité collective*. ESF Sciences Humaines.

Oberlé, D. (2016). *La Dynamique des groupes*. PUG.

Pellissier, J., & Gineste, Y. (2019). *Humanitude-Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*. Dunod.

Radat, F. (1998). *Les états anxieux*. Doin.

Sager Tinguery, C., & Weber, C. (2011). *Précis de chronicité et soins dans la durée*. Lamarre Edition.

Sauvegrain, I., & Massin, C. (2014). *Soigner sans s'épuiser : le défi des infirmières et des soignants*. Lamarre Edition.

Soumaille, S. (2015). *L'anxiété et les troubles anxieux*. Planète santé.

Page Internet

Charazac, P. (s. d.). *L'hospitalisation*. cairn.info. Consulté le 28 décembre 2021, à l'adresse <https://www.cairn.info/psychogeriatrie--9782100724994-page-414.htm>

L'essentiel de Pacte. (2018). Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-06/05_2018_pacte_les_essentiels_vd.pdf

Lhuilier, D. (s. d.). *Équipe, groupe ou collectif de travail ? Construire le « faire ensemble »*.
CAIRN.info. Consulté le 28 décembre 2021, à l'adresse
https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=ERES_AMADO_2019_01_0051&download
=1

Annex I) Le guide d'entretien

Thème :

Dans un contexte d'anxiété liée à l'hospitalisation, en quoi la posture du soignant impacte le prendre soin des patients ?

Déterminer des objectifs d'entretien en lien avec la question de départ

- Caractériser la gestion d'anxiété de soignant
- Identifier le soin relationnel et caractériser sa place
- Mettre en évidence les ressources à disposition des professionnels pour gérer l'anxiété de patient
- Clarifier l'impact sur soin relationnel par rapport à l'organisation et disponibilité

· Formuler des questions au regard de chaque objectif

1 -Quand je vous dis anxiété, vous pensez à quoi ? comment définiriez- vous l'anxiété ?

2 -Quelles manifestations observez-vous chez un patient anxieux ?

3 - Qu'est-ce que pour vous la relation de soin ?

-Quelles difficultés vous rencontrez dans la mise en relation avec un patient anxieux ?

- Comment reconnaissez-vous les signes d'anxiété chez le patient ?

4 -Quelle outils, quelle approche mettez-vous en œuvre pour gérer l'anxiété des patients ?

-Proxémie, : quelle attitude vous avez auprès du patient ? comment vous vous installez avec lui ?

-Écoute, ton de la voix, reformulation (questions de relance) ...

5 -Qu'est-ce que l'alliance thérapeutique pour vous ?

6 -Quelle place prend le soin pour vous dans le soin relationnel ?

7 - Qu'est-ce qui permet d'établir une relation de confiance avec le patient ?

8 -En quoi le manque de temps impacte la relation de soin ?

-Les organisations du travail sont-elles un frein ? y en a-t-il d'autres ?

9 -En quoi la posture de l'équipe soignante influence votre prendre soin ?

-Est-il difficile aujourd'hui d'être un soignant en quête de soins relationnels dans une équipe peu favorable à cette posture ?

10-Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Annexe II) Entretien avec Jean

EIDE : Quand je vous dis anxiété, vous pensez à quoi ? comment définiriez-vous l'anxiété ?

Jean : État de stress, qui peut durer à la situation, qui peut être dû à l'histoire de vie qui vont entraîner en fait des éléments physiques sur le corps, type accélération cardiaque, sueur, tremblement, ça se manifeste aussi différent type d'anxiété quoi, je pense, ça peut être juste un simple stress, due à travail, rendez-vous, mais quand ça aggrave ça peut être entrée dans l'angoisse, très handicapant, et fait le blocage.

EIDE : Quelles manifestations vous observez chez un patient anxieux ?

Jean : Manifestation physique mais aussi manifestation psychologie donc, le propos, le détournement, de pas vouloir entrer dans certains sujets de que perte tous ces moyens pratiquement cognitifs, de que comment dire, plus on arrive plus à la voir.

EIDE : Comment reconnaissez-vous les signes d'anxiété chez le patient ?

Jean : Ça dépend, ce que je disais tout à l'heure, ça dépend de patient, après moi je parle de mon domaine à moi, donc c'est le psychiatre, on peut voir chez les patients, il y a des gens qui peut rester dans la chambre toute la journée parce qu'il ose pas confronter, à se cacher dans leur grotte, pour être ça peut être dans un état d'agitation, pour d'autre ça peut être de la violence, et puis après c'est une signe un peu fort dans psychiatrie quoi, mais d'anxiété simple c'est ce que je disais avant, c'est sueur, c'est pulsation, ça peut être dans le regard, si la personne quelque choses comme ça.

EIDE : Ok.

Jean : De qu'après si on a accès à son ordonnance aussi, pour voir si la personne est anxieuse ou pas.

EIDE : Qu'est-ce que pour vous la relation de soin ? C'est à dire Quelles difficultés vous rencontrez dans la mise en relation avec un patient anxieux ?

Jean : C'est la première étape pour entrer dans la relation en fait, s'il nous fasse confiance, c'est-à-dire, montrer que on est vraiment là pour l'aider mais qui dit être là ça veut dire comprendre ce qui se passe, ça veut dire d'écouter, donc la première entrée à la relation ça veut dire d'écouter ça peut être expliqué, pourquoi il est en cet état là et ce qui se passe quoi. Et pour qu'il prenne en conscience aussi pourquoi il est dans cet état-là. Une fois qu'il prendra en conscience, y'aura plus de confiance qui s'installe.

EIDE : Quels outils, quelle approche mettez-vous en œuvre pour gérer l'anxiété des patients ?

Jean: Alors dans mon domaine en psychiatrie ? donc y'a toute la y'a des type de prise de soin, on va dire la, prise en soin médicale et prise en soin paramédicale, la ca va être des

médicaments(anxiolytique, antidépresseur, somnifère, hypnotique, paramédicale ça peut être entretien, entretien motivationnelle, plus des exercices de relaxation, ça peut être des exercices de pour meilleur connaissance de soi quoi, pour mieux se connaître, ça va être, en fait en psy c'est vraiment, c'est pour ça que pour psy c'est hyper important l'entretien, c'est là qu'on va prendre connaissance de la personne et ce don dans laquelle elle a des trait, donc dans un sens u cible à des exercices de relaxation, on va plus aller vers la dedans, si on sent que par exemple plus avec les jeunes, ça va être plus ciblé un peu plus tonique, sport, pour les personnes âgées, on va être plus dans l'écoute, massage, relaxation, on va être juste dans des jeu.

EIDE : Est-ce que par rapport à la proxémie quelle attitude avez-vous avec auprès du patient ? comment vous vous installez avec lui ?

Jean : D'abord je m'installe pas en face d'elle, pour ne pas être à la confrontation, je m'adapte en fonction de la situation, en fonction de, souvent j'essaye de ne pas garder distance de bureau, je ne fais pas forcément des entretiens formelle, ça peut arriver, mais avec un objectif vraiment pour , sais pas par exemple, la personne elle est anxieuse, parce que avoir un rdv ou elle sait qu'elle a préparé qqch, dans ce cas-là on va travailler pour ce sujet-là, après si c'est un travail plus général, ça peut arriver qu'on se pose dans la chambre, et moi assise à côté d'elle, ce,,, en fait tout dépend, après sis pas comment , quelle attitude c'est ça?

EIDE : C'est comment tu comportes ?

Jean : Donc de que ça peut être avec une voix douce, qqch comme ça, une fois posé, par exemple, ne pas trop parler, pas couper de parole.

EIDE : Ne pas trop parler toi ?

Jean : Ouai, moi ne pas trop parler, juste valider ce que dit la personne, juste la formuler, ce qu'elle nous dit, en validant sa souffrance.

EIDE : d'accord, est ce que ça t'arrive de toucher la personne ?

Jean : Oui

EIDE : C'est quel genre de situation ?

Jean : Franchement je fais plus en plus souvent en fait.

EIDE : Pourquoi ?

Jean : Parce que je trouve déjà dans ce période de covid, je trouve ça hyper important

EIDE : ça donne quoi aux patients ?

Jean : Le fait de toucher sur l'épaule, la personne est anxieuse, on elle va pas être disponible, peut-être elle est en train de penser à l'autre chose, ou son problème, rien que prendre son épaule, le contacte avec elle, ça l'apaise, dès que ça l'oblige à revenir selon on parle, toucher est rassurant, comme on se faisait la massage quoi, donc ça va être juste poser la main sur épaule, juste pour dire qu'on est là, on le soutient, voilà c'est important, je sais que c'est pas la vie de tout le monde.

EIDE : Est-ce que tu utilises la reformulation, comment tu montres que tu écoutes la personne ?

Jen : Justement on utilise la technique de reformulation, donc, ça va être reprendre, essayer de dire la même chose que la personne, donc valider ce que j'ai bien compris, ça va être peut-être élargir champs de vraiment, en en prenant de dernier mot, qui vient de prononcer quoi, ça va être, en disant les mots quoi, par exemple, je sens que c'est dure pour vous, moi aussi ça peut m'affecter.

EIDE : Une sorte de montrer la compassion où ?

Jean : Empathie, pas compassion,, je suis pas non plus à vivre ses douleurs quoi donc mais, si je peux aussi, je pense ça m'arrive plus en plus aussi, de dire que, de de de, ah ça c'est vraiment faire attention mais, quelques fois parler un petit peu son expérience à soi, pour dire que nous aussi ça nous est arrivé, que vous êtes pas toute seule là-dedans, ouai, mais par expérience je ne fais pas trop, parce que ça peut être mal interprété, parce que la personne n'est pas là pour entendre ton problème à toi, j'ai déjà eu des mauvais retour en fait, de que je fais vraiment attention, faut savoir se protéger.

EIDE : D'accord. Intéressant, qu'est-ce que l'alliance thérapeutique pour vous ?

Jean : C'est ça c'est réussir que la personne fasse confiance. Et qu'on nous fasse confiance aussi.

EIDE : Comment faire confiance à la personne ?

Jean : Comment nous on lui fait confiance ? bah, nous on l'a croit.

EIDE : On la croit ?

Jean : On essaye de croire en tout cas, bon moi pour bosser en psy en urgence, pour travailler en addiction c'est compliqué, c'est compliqué d'y croire parce que chaque fois ils disent je vais arrêter cool, je vais arrêter, et puis 2 semaines après on les voit, donc faut pas perdre le moral en fait, um, garder le moral, l'importance aussi de distance thérapeutique quoi.

EIDE : C'est quoi pour toi distance thérapeutique ?

Jean : De dire qu'on est au boulot, et faut pas non plus, si tu investi trop, si tu commences parle de toi, il y a phénomène de miroir contre miroir qui se mettre en jeu, alors il y a toujours dans une relation, dans un entretien thérapeutique, il y a toujours relation de miroir, mais voilà, il faut quand même la ça peut être tu peux ne pas contrôler.

EIDE : C'est quoi la relation miroir ?

Jean : C'est la personne qui s'identifie à toi ? Y'a des histoires qui parle à toi, avec ta propre histoire, et tu as envie de dire, moi aussi ça m'est arrivé, mais tu es soignant, tu n'as pas forcément à dire,

EIDE : Alliance thérapeutique par exemple, c'est quoi ?

Jean : C'est de se faire la confiance en tout gardant tout distance thérapeutique, alliance thérapeutique c'est la personne qui fasse confiance dans ce que tu proposes et donc de que toi tu es confiance en elle de que toi tu vas poser des choses adapter à elle, ça peut être plutôt,

EIDE : Quand tu parles de confiance, c'est confiance à la personne ou tu fasses confiance qu'il fasse confiance à toi ?

Jean : Non c'est confiance à la personne, ça m'arrive plus en plus de dire que moi je compte sur vous, je pense que vous êtes capable quoi, parce que vous m'avez montré des choses que vous êtes capable de le faire, après ça tient qu'à vous, je peux pas aller plus loin que le travail quoi, je peux pas faire le travail à la place de vous quoi.

EIDE : Pour toi donc c'est un peu motivant ?

Jean : Oui, pour moi je pense que c'est vraiment, absolument, valoriser d'abord la personne, surtout quand c'est la période d'anxiété, ils sont pas capable d'avancer, donc si tu lui donne pas confiance en elle, elle n'arrivera pas avancer.

EIDE : D'accord. Quelle place prend le soin pour vous dans le soin relationnel ?

Jean : Quelle place prend le soin pour vous dans le soin relationnel ?

EIDE : Quelle place prend le soin pour vous dans le soin relationnel ? en fait ou c'est pas bien dit, par exemple y' a des y'a de soin technique, y'a des transmission, y'a des organisations ? parmi les soin qu'on fait, soin technique, soin médicamenteuses,

Jean : Je suis en psy donc pour moi soin technique c'est soin relationnel, entretien est hyper relationnel.

EIDE : En dehors d'entretien est ce que

Jean : Moi je fais entretien informel, à part en urgence, là c'est la consultation donc c'est sûre c'est formel, ça va être n'importe quel moment, ça peut être juste être à côté d'elle, et attend que chose passe, et on voit la nécessité ou pas, dans quoi on va aller.

EIDE : est-ce que tu peux dégager le temps par exemple, tu vois la personne en besoin parce qu'il est inquiet, et est-ce que à ce moment-là tu as le temps de consacrer à la personne.

Jean : Ça dépend, après oui l'idéal c'est d'être disponible tout le temps, après en psychiatrie, c'est pas toujours important d'être tout de suite disponible tout le temps. C'est bien aussi donner des délais, il faut que la personne chemine dans sa tête, il faut qu'elle travaille toute seule, si on répond directement à son problème personne ne réfléchit pas ça fait tout de suite comme médicament quoi. Directe pense au mot qui la quelques choses, si y'a pas élaboration de la personne, elle ne va pas avancer.

EIDE : ok

Jean : La aussi il y a la frustration, de ce qui arrive très souvent, oui, on sait que on veut centrer sur la personne, mais une personne qui a besoin d'aide et on n'a pas le temps ? donc ça malheureusement, ça arrive beaucoup beaucoup beaucoup, mais heureusement on a des médicaments.

EIDE : Qu'est-ce qui permet d'établir une relation de confiance avec le patient ?

Jean : Je pense que j'ai déjà répondu.

EIDE : Oui tu m'as déjà répondu, oui. En quoi le manque de temps impacte la relation de soin ?

Jean : Le fait qu'on soit pas disponible en fait. Nous, en psy, c'est hyper fatigant de faire un entretien parce qu'il faut être hyper disponible, pour être disponible, il faut avoir le temps, on fait entretien surface, oui c'est difficile quoi, on comprends voilà, et on part, y des jours aussi on n'est pas complètement disponible parce qu'on est pris aussi par notre quotidien, par notre histoire, histoire de vie.

EIDE : Est-ce que Les organisations du travail sont-elles un frein ?

Jean : Bien sûr oui.

EIDE : Et comment est-ce que si tu avais le temps, tu penses que c'était pas pareil pour les patients ? est-ce que ça changerait ? est ce qu'il y a impact ?

Jean : Ça dépend mais où, rien que le temps, d'être posé, de ne pas être dans le speed, ça pose la personne. Si la personne est tout angoissé, stressé, et toi aussi tu es super speed, la personne ne va pas calmer, soit calme et posé quoi, rien que ça, juste la main sur l'épaule et allez, tu poses là, tranquille,

on respire 3 fois, après on commence à parler, ça déjà c'est énorme, et ça c'est entrer dans la relation quoi. On respire ensemble, tous les deux.

EIDE : Est-ce que ça t'arrive souvent que ça manque du temps ? ou c'est comment la fréquence ? tu as envie mais tu as pas le temps.

Jean : Pour psy, il faut des entretiens tous les jours, parce que la personne est angoissée. Y'en a plein qui sont demandeurs. Y'a mini frustration, parce que tu peux pas discuter avec tel et tel et tel, on peut pas faire 10 entretiens par jour, c'est pas possible.

EIDE : Tu fais ça dans la chambre ?

Jean : Ça dépend, ça peut être dans le parc, autour de l'activité, un lieu informel

EIDE : dans un parc

Jean : Où je travaille y'a un accès au parc, avec la pelouse

EIDE : Donc c'est toi qui propose d'aller se promener avec toi ?

Jean : Oui, ou ça peut être aussi d'aller les voir coin fumeur, ils sont posés là, ils sont plus détendus, et on arrive à accéder des choses, plus rapidement en tout cas, ils sont déjà dans un état posé quoi

EIDE : Est-ce que c'est dans le but de créer une relation de confiance ou plutôt apaiser la personne ?

Jean : Ça dépend de ce qu'elle a besoin, oui ça peut créer des relations, après voir ses besoins

EIDE : Est-ce que tu penses que c'est différent | relation entre la chambre de patient, au parc ou coin fumé ? comment c'est différent ?

Jean : Oui, extérieur, y a même détend

EIDE : Est-ce que toi aussi tu es détendue ?

Jean : Oui moi aussi effectivement je suis plus détendu,

EIDE : Oui ok : En quoi la posture de l'équipe soignante influence votre prise de soin ?

Jean : On peut pas être opposé de ce qu'il dit équipe quoi.

EIDE : Est-ce que tu es différent de l'équipe ?

Jean : On a droit d'avoir des avis différents que les autres, mais après on peut pas non plus faire le travail tout seul, on est obligé de suivre une ligne directrice, et d'où l'intérêt d'avoir des transmissions, d'où l'intérêt le temps des debriefings, la place de parole pour les personnes, on essaie de travailler ça même

des fois on n'est pas d'accord avec ça quoi, parfois moi je vais pas voir ces personnes-là, ça va être quelqu'un d'autre qui va en charger.

EIDE ; parce que but pour toi n'est pas pareil que le but de l'équipe ?

Jean : Oui pas forcément.

EIDE : Donc tu laisses la place à d'autre personne d'équipe pour que d'autre personne prend en charge de la personne ?

Jean : Oui ça c'est pas tout le temps possible, mais dans le service oui, dans urgence c'est pas possible, mais quand on peut oui.

EIDE : Comment tu fais quand tu es, tu veux faire plus pour la personne.

Et que l'équipe te regarde bizarrement. Est-ce que ça t'arrive ?

Jean : En psy, l'équipe on parle, parce que justement on parle de miroir à miroir, quand tu investi trop, tu te rends pas vraiment compte, ils sont là pour te dire, que tu investi, mais fais attention, ça peut engendrer mal à l'aise quoi. Après oui quand l'équipe n'est pas d'accord de ce que je fais, et moi oui, et qu'on ne peut pas se mettre en accord, ça peut arriver que je fasse mon truc et je ne fais pas la transmission.

EIDE : d'accord.

Jean : C'est pas très professionnel...

EIDE : Mais c'est un peu c'est ta conviction ?

Jean : oui.

EIDE : oui D'accord ; Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Jean : Chaque personne est différente, et donc entrer dans la relation est donc différent aussi et bah il faut pas critiquer de relation de l'autre parce que une personne qui entre dans la relation, voilà chacun à chaque personne, il faut être tolérant.

Annexe II) Entretien avec Jade

EIDE : **Quand je vous dis anxiété, vous pensez à quoi ? comment définiriez-vous l'anxiété ?**

Jade : Comment définiriez-vous l'anxiété ?

EIDE : C'est quoi l'anxiété pour toi.

Jade : C'est d'appréhender un événement qu'on ne connaît pas, inconnu, situation, oui événement, situation, d'être stressé, de se questionner, de pas être bien physiquement, psychologiquement, besoin d'être rassuré. Tu veux que j'écrive des symptômes ?

EIDE : Non c'est pour toi, l'anxiété

Jade : Oui, accélération rythme cardiaque, sentiment d'insécurité, paniqué

EIDE : Je passe d'autres questions ? Y'en a 13 questions. **Quelles manifestations vous observez chez un patient anxieux ?** Ça revient un peu à la même chose.

Jade : Après je vais peut-être mettre un peu la même case l'anxiété et l'angoisse quoi, ouai, Après, ça se manifeste différemment chaque personne, je mettrai tremblement, accélération rythme cardiaque, la peur, l'insécurité, ça dépend y'en a qui vont poser plein de questions, y'en a qui est mutique, repli sur soi.

EIDE : Ok. **Qu'est-ce que pour vous la relation de soin ?** C'est à dire que Quelles difficultés vous rencontrez dans la mise en relation avec un patient anxieux ? Comment tu fais pour entrer dans la relation avec le patient anxieux ?

Jade : Déjà je vais parler très doucement, calmement, lentement, avec une position empathique, authentique, essaye d'être rassurante, d'expliquer tous ceux qui se passent, comment ça va se passer, prendre en compte son avis et son ressenti, oui ça dépend des fois quoi, des fois c'est accessible de poser des questions de décrire comment ils se sentent, où ce n'est pas possible, ouai, proposer des exercices de respiration,

EIDE : Ok. **Quels outils, quelle approche mettez-vous en œuvre pour gérer l'anxiété des patients ?**

Jade : Quels outils je mets en place pour l'anxiété des patients ? Bah ouai, justement exercice de respiration, musicothérapie, parfois toucher si c'est possible, et que patient est d'accord, réassurance, l'écoute,

EIDE : Assurance ?

Jade : Réassurance, rassurer ouai, quel outils, oui, ça dépend si tu vas en extérieur prendre l'air....., la méditation,

EIDE : j'approfondi de ce que tu avais dit, par exemple, toucher, quand tu dis que c'est possible, c'est quoi la possible pour toi ?

Jade : Ça peut être massage niveau les pieds, au niveau des mains, les épaules, des visages,

EIDE : Et tu demandes " est-ce que vous voulez le massage ?"

Jade : Oui

EIDE : Est-ce que tu vois là, tu vois bien que ça réduit l'anxiété ?

Jade : Oui

EIDE : Ok, par exemple, musique, c'est quoi, à quel moment tu mets la musique en face de personne inquiète ?

Jade : A quel moment ?

EIDE : Oui

Jade : Entrer dans la relation, confiance avec la personne, je mets dans un moment soit tout seul soit en groupe, ça dépend.

EIDE : Ok, c'est toi qui choisis la musique ?

Jade : Oui

EIDE : C'est des musiques zen ?

Jade : Oui

EIDE : C'est quoi d'être rassurant pour toi ?

Jade : C'est être empathie, donc c'est reconnaître ce qu'il dit, De... oui L'informer de présent, on est là pour aider, on est là pour que ça aille mieux

EIDE : C'est en parlant ? En disant que tu fis ça ?

Jade : En parlant, oui ... mais c'est dans ta posture, comme ça c'est très rassurant que bah comme ça (geste: fermeture du corps envers l'autre, et ouverture du corps envers l'autre) c'est plutôt position d'autorité

EIDE : Ok, qu'est-ce que tu fais attention ?

Jade : Isoler, oui, y' un poste de soin et par exemple si y'a un patient qui vient et que y'a d'autre collègue ou patient à coté, tu mets dans d'autre endroit, et on peut fermer la porte, et le mettre en confiance, et peut être libéré s'il veut quoi, tu peux être au calme

EIDE : Est-ce que ça t'arrive de faire attention à distance, ou, ou où tu te mets, en face ou à côté,

Jade : Oui ça m'arrive, eh,

EIDE : Comment tu fais ?

Jade : Bag à l'entretien médical, je, après c'est plus pour la protection, je peux croiser mes bras pour me protéger, c'est pas pour rassurer bien sûr mais, est ce que je fais gaffe moi ? oui si bah, par exemple en évaluation en urgence, par exemple quelqu'un qui est agité ou angoissé, je vais pas mettre même distance, m'asseoir auprès de lui, inconsciemment je dois adapter un peu, tu te sens

EIDE : Ok, **qu'est-ce que l'alliance thérapeutique pour toi ?**

Jade : C'est une relation de confiance, en prenant

EIDE : Comment as-tu créé cette relation de confiance ?

Jade : En prenant à connaître le patient, son histoire de vie, importance ce qu'il te dit, écoute attentive, écoute authentique

EIDE : C'est quoi écoute attentive pour toi ?

Jade : Écoute attentive, ça va être formuler par exemple, oui assuré que tu as bien compris et en plus ça amène à, pour le patient ça amène à cheminement pour lui de renvoyer de ce qu'il a dit dans l'autre manière, et ça permet de confirmer que oui j'ai bien compris, j'ai pas interprété à ma manière.

EIDE : Est-ce que tu fais la différence entre écoute attentive et écoute authentique ?

Jade : Écoute authentique, Je sais pas, authentique c'est quand tu es vrai, toi même, y' a des fois ou non tu es pas toujours vrai, c'est pas que tu es toujours vrais mais tu vas pas montrer ce que tu penses vraiment, ou essaie d'être toi-même, ne pas porter le jugement

EIDE : Ok, **quelle place prend le soin pour vous dans le soin relationnel ?** En fait, y'a le soin relationnel, y'a le soin technique, y'a des soins médicamenteux, et soin relationnel où ça se situe par rapport, comment dire....

Jade : C'est tout le temps, tu es obligé d'avoir t.

EIDE : Dans la relation de soin, En **quoi le manque de temps impacte la relation de soin ?**

Jade : Tu as pas le temps de connaître le patient, tu vois vachement la différence par exemple tu prends en charge en urgence, donc c'est toi qui évalue, là, moi, je prends 1 h ? 1h et demi d'entretien, pour connaître histoire de vie de la personne, comment elle en est arrivée là et tout, donc tu vas pas du tout avoir même relation avec la personne sur unité, que tu n'as pas évalué en urgence, tu te sens tout de suite que tu as une relation de confiance, ça instauré à ce moment-là, avec la personne que je n'ai pas évalué en urgence, je n'ai pas cette lien-là, oui à ce moment-là créer le lien quoi

EIDE : De que tu penses que le fait d'avoir fait un entretien, ça l'a rassuré une sort le patient ? Le fait d'avoir écouté une heure ou une heure et demi ca a donné effet déjà de réduire l'anxiété ?

Jade : Oui, parce que, oui ça dépend comment tu fais ton entretien mais comment ça fonctionne le service, comment ça va se passer, et puis le fait que ça soit libéré à toi en fait, c'est déjà la confiance,

EIDE : Quand le patient arrive dans le service, et que tu as pas le temps de, tu as pas le disponibilité, manque de temps, ça se passe comment pour toi la relation avec la personne ?

Jade : Ça va être "un patient" ça va être "monsieur," "un tel" tu vois c'est un peu bizarre, moi quand je fais un entretien d'urgence, c'est pas "mon patient" mais presque quoi, fin, je sens que tu as un avantage mais si, y'a un avantage de relation avec lui

EIDE : Et dans le service que tu fais entretien ?

Jade : Consultation médicale avec psychiatre de que tu peux compléter mais, bah, c'est pas toi qui dirige l'entretien.

EIDE : Dans le service y'a pas 30 min à faire l'entretien ?

Jade : Tu peux mais c'est rare,

EIDE : Et même si tu prends 30 min, ça n'a rien à voir ?

Jade : Si si tu peux mais quand tu fais l'entretien urgence et après tu sens que tu vas être plus ouvert envers toi,

EIDE : C'est à dire tu penses que le temps que tu as pris pour la personne change la confiance ?

Jade: Oui, après ça dépend, tu peux instaurer, ça dépend avec qui, des fois,

EIDE : Ok, je reviens à tout à l'heure, tu disais que tu l'aménais au parc, c'est quel moment ?

Jade : en fait j'essaye d'être hospitalier, on allait à l'extérieur donc tu peux plus avoir accès à l'extérieur, alors sur unité, tu as un petit peu moins de possibilité parce que tu as qu'une journée d'un mois tu peux animer comme tu veux, c'est là que tu peux proposer aller à l'extérieur, un peu privilégié de qu'enfin,

EIDE : Chaque patient a le droit de sortir ?

Jade : Ça dépend, niveau l'hospitalisation, ça dépend de leurs états, oui mais je me vois avec un patient, on est allés cueillir des fleurs de châtaignier, en face de cueillette, tu es pas en face de patient, occupé manuellement faire des trucs, ils se libèrent plus facilement

EIDE : Dans extra hospitalier quoi c'est pas le même rapport de relation, tu veux dire ?

Jade : Oui

EIDE : C'est à dire c'est moins soignant soigné

Jade : Oui tu fais une tâche commune, pour le même but, enfin c'est y'a un petit peu, le cadre hospitalierje sais pas comment dire mais

EIDE : Oui je comprends. Est-ce que tu sens qu'on n'a pas le temps ?

Jade : Oui, des fois tu as pas le temps réellement, et des fois tu prends pas le temps. Je pense que oui on pourra mieux organiser

EIDE : Pourquoi faire ?

Jade : Pour proposer oui des activités individuelles, ou groupe, d'aller sur l'extérieur, fermer les gens toute la journée, c'est pas du tout, fin,oui sur l'éducation thérapeutique, sur alimentation, traitement, oui, sur quoi ça agit,

EIDE : Tu as envie de proposer quoi, ok, **En quoi la posture de l'équipe soignante influence votre prendre soin ?**

Jade : Comme quoi on n'est pas toujours d'accord sur la manière de prendre en charge des patients ?

EIDE : Oui, et comment ça nous impacte à.....

Jade : Oui,sais pas comment tu réponds, jugement de équipe?

EIDE : Oui, des fois on est pas tout le temps d'accord, et de prendre soin de la personne et comment ça t'impacte déjà, ou ça n'impacte pas, est ce que ça t'influence l'idée de équipe ?

Jade : Oui j'essaye de voir des situations, oui, oui ça m'impacte. Des fois je fais un entretien off, si tu veux,

EIDE : C'est-à-dire ?

Jade : Je retranscris pas toujours tout, parce que patient va me dire quoi

EIDE : Pourquoi ?

Jade : Parce que je vais être d'accord avec la vision ou valeur de patient, je sais que reste de l'équipe par exemple va porter un jugement négatif. Je préfère mettre de côté un peu. Par exemple des patients qui parle de spirituel, qui croit le soin par des plantes et tout, je sais que y'en a qui vont dire qu'il est perché cela, sauf si ça va trop loin,

EIDE : Tout ça c'est pour le protéger ou pour aboutir à ta conviction ?

Jade : oui déjà, pour le protéger non, ces avis à protéger avant tout.

EIDE : Est-ce que tu as d'autres, par exemple tu transmets pas, ok, est ce que ça t'arrive aussi que tu fermes la bouche pour ne pas donner ton idée ?

Jade : Oui, genre, câlin thérapeutique, câlin aux arbres y'en a qui n'aime pas du tout ça,

EIDE : Câlin thérapeutique ?

Jade : Oui, c'est thérapeutique, tu utilises tes bras en fait, c'est rassurant, je vais pas le faire, je vais pas proposer, sinon,

EIDE : ok, ça t'a jamais arriver de le faire en cachette ?

Jade : Y'a un patient, qui m'avait fait, mais c'est parce que je connaissais ce patient, c'est un ami à mon frère et de qu'il m'avait fait en fait, de que je l'avais laissé faire, mais par contre je lui ai dit, tu fais pas devant mes collègue quoi, parce que j'étais un peu mal à l'aise quoi, sur l'unité j'étais quand même pas hyper à l'aise de le faire vis à vis de mes collègue

EIDE : Mais ça la rassure quoi.

Jade : Oui carrément, après je le ferai pas avec tous les patients, au de là, oui de proposer des huiles essentiels aussi, ça m'était arrivé de le faire en service de chirurgie

EIDE : Pourquoi t'es-tu caché ?

Jade : Parce que c'est interdit d'apporter ces genres de produits quoi, là je voulais faire un projet l'arboriste, les collègues me dit ne l'appelle pas ça "plante médicinale", c'est interdit, donc tu peux mettre atelier aromatique, c'est juste sur les mots, mais...

EIDE : D'accord, par exemple l'huile essentielle que tu as apportée, tu n'as même pas parlé de ça quoi.

Jade : Après c'est le patient qui a dit, parce qu'il estimait que, en fait c'est un patient ça faisait 10j qu'il n'avait pas de selle, et donc on a fait massage de ventre avec huile essentielle, et ça marché, il a fini par dire que c'est huile essentielle avec massage que ça a marché.

EIDE : Est-ce que tu étais mal à l'aise ?

Jade : Un petit peu mais en même temps j'étais contente que ça a marché quoi.

EIDE : On t'a pas fait le jugement négatif la sous ?

Jade : Etonnamment non, je pense qu'ils étaient plus ouverts à ça, sais pas mais, vu que ça a fonctionné, les gens l'ont vu plutôt positivement

EIDE : Ok, y'a plus de jugement négatif ici tu crois ?

Jade : Sais pas, je pense que je prétende aussi, que

EIDE : Est-il difficile d'être soignant aujourd'hui d'être un soignant en cadre de relationnelle, soin relationnelle dans une équipe peu favorable ?

Est-ce que pour toi c'était difficile de réaliser ça ?

Jade : Oui nous on est équipe vachement souder et tout mais ça dépend avec qui tu es aussi. on est 3 IDE dans un poste de soin, on est occupé à faire l'ordi, et le patient vient nous voir à la porte, et ça dépend avec qui tu es , y'en a qui vont vitre encadré et envoyer en mode va ailleurs, occupe-toi tout seul, alors qu'en a d'autre non, qui dit, viens avec nous, assis toi à côté de nous, oui donc forcément tu vas être influencé.

EIDE : Et comment tu arranges, avec la personne avec qui tu n'es pas du tout en accord ?

Jade : Oui je suis plutôt à adapter à ma collègue. Et aller faire des trucs en cachette vers les patients.

oui par exemple, y'avait un patient qui a fugué, et qu'il était devenu lui-même, j'étais en entretien avec psychiatre, et la psychiatre lui a angulé et menacé de punir, et moi j'étais pas du tout d'accord avec lui en fait ,il lui disait si il fugue, tout au long de l'hospitalisation il va être en chambre isolement, alors que patient au début il voulait pas du tout de soin et tout et là il est venu de lui-même à l'hospitalisation, donc ouai, y'a alliance thérapeutique, la confiance s'était installé , donc là j'étais là, non il faut féliciter

qu'il soit revenu lui-même, fin, il expliquait pourquoi il fugait, il était stressé d' hospitalisation, besoin de prendre l'air, ca se comprend, prochaine fois, tu viendras nous voir, on sort ensemble, fin, ça oui j'étais retournée voir le patient toute seule en disant c'est très bien ce que vous avez fait,,

EIDE : Là tu as pas parlé à un psychiatre ?

Jade : Psychiatre non, c'était un psychiatre de garde, il est venu juste pour ce we.

Et l'équipe était d'accord avec moi.

EIDE : Est-ce que tu as d'autres choses à ajouter ?

Jade : Non

Annex III) Les tableaux d'analyse

| | Jean | Jade |
|------------------------------|--|---|
| Caractéristique de l'anxiété | <p>-État de stress, qui peut être due à la situation, qui peut être due à l'histoire de vie</p> <p>-ça se manifester aussi différent type d'anxiété</p> <p>-ça peut être juste un simple stresse, due à travail, rendez-vous</p> <p>- quand ça aggrave ça peut être entré dans l'angoisse, très handicapant, et fait le blocage.</p> | <p>-c'est d'appréhender un événement qu'on connaît pas, situation, d'être stressé, de se questionner, de pas être bien physiquement, psychologiquement, besoin d'être rassuré.</p> <p>- Après je vais peut-être mettre un peu la même case l'anxiété et l'angoisse</p> |
| Manifestation de l'anxiété | <p>Manifestation physique</p> <p>-type accélération cardiaque, Sueur, tremblement</p> <p>Manifestation psychologie</p> <p>- propos, le détournement, de pas vouloir entrer dans certains sujets, perte tous ces moyens pratiquement cognitifs,</p> <p>- s'isoler, dans le regard</p> <p>- un état d'agitation, de la violence</p> <p>-accès à l'ordonnance ttt pour voir son état psychique</p> | <p>-ça se manifeste différemment chaque personne</p> <p>-accélération rythme cardiaque, tremblement,</p> <p>- sentiment d'insécurité, paniqué, la peur, l'insécurité</p> <p>- y'en a qui vont poser plein de questions, y 'en a qui est mutique, repli sur soi</p> |

| | | |
|---------------------------------------|---|---|
| <p>Définition de soin relationnel</p> | <ul style="list-style-type: none"> -chaque personne est différente, et donc entrer dans la relation est donc différent -c'est la première étape pour entrer dans la relation - la première entrée à la relation ça veut dire d'écouter -montrer que on est vraiment là pour l'aider - comprendre ce qui se passe -juste la main sur l'épaule et allez, tu poses là, tranquille, on respire 3 fois, après on commence à parler, ça c'est entrer dans la relation. - ça peut être expliqué, pourquoi il est en cet état là et ce qui se passe. - pour qu'il prenne conscience pourquoi il est dans cet état-là. Une fois qu'il prendra en conscience, y'aura plus de confiance qui s'installe. -ca peut être juste être à côté d'elle, et attend que chose passe, et on voit la nécessité ou pas, dans quoi on va aller | <ul style="list-style-type: none"> -ça dépend des fois -avec une position empathique, authentique -d'être rassurant, c'est être empathie, donc c'est reconnaître ce qu'il dit -L'informer de présence, on est là pour aider, on est là pour que ça aille mieux. - c'est dans ta posture, comme ça c'est très rassurant que bah comme ça (geste : fermeture du corps envers l'autre, et ouverture du corps envers l'autre) là c'est plutôt position d'autorité |
|---------------------------------------|---|---|

| | | |
|---|--|--|
| <p>La place de soin relationnel, organisation de soin relationnel</p> | <p>-entretien est hyper relationnel.</p> <p>-l'entretien informel, Ça dépend, ça peut être dans le parc, autour de l'activité, un lieu informel</p> <p>- Où je travaille y'a un accès au parc, avec la pelouse</p> <p>- ça peut être aussi d'aller les voir coin fumeur, ils sont posés là, ils sont plus détendus, et on arrive à accès des choses, plus rapidement en tout cas, ils sont déjà dans un état posé, ça peut créer des relation, après voir ses besoin</p> <p>- c'est différent relation entre la chambre de patient, au parc ou coin fumé, à l'extérieur, y a même détend et moi aussi effectivement je suis plus détendu,</p> <p>- je ne fais pas forcément des entretiens formelle</p> | <p>-c'est tout le temps, tu es obligé d'avoir tout le temps.</p> <p>-on allait à l'extérieur donc tu peux plus avoir accès à l'extérieur, alors sur unité, tu as un petit peu moins de possibilité parce que tu as qu'une journée d'un mois tu peux animer comme tu veux, c'est là que tu peux proposer aller à l'extérieur, un peu privilégié</p> <p>- on est allés cueillir des fleurs de châtaignier, en face de cueillette, tu es pas en face de patient, occupé manuellement faire des trucs, ils se libèrent plus facilement</p> <p>-oui tu fais une tâche commune, pour le même but</p> <p>- des fois tu as pas le temps réellement, et des fois tu prends pas le temps. Je pense que oui on pourra mieux organiser</p> |
| <p>Gestion de l'anxiété</p> | <p>- des médicaments (anxiolytique, antidépresseur, somnifère, hypnotique</p> | <p>Ça dépend des fois</p> <p>- parler très doucement, calmement, lentement,</p> |

- ça peut être avec une voix douce, une voix posée, ne pas trop parler, pas couper de parole

-soit calme et posé quoi,

-juste la main sur l'épaule et allez, tu poses là, tranquille, on respire 3 fois, après on commence à parler, ça c'est entrer dans la relation

- **On respire ensemble**, tous les deux.

- juste **valider** ce que dit la personne, juste la formuler, ce qu'elle nous dit, en validant sa souffrance

- on utilise la technique de reformulation, ça va être reprendre, essayer de dire la même chose que la personne, valider ce que j'ai bien compris,

-en disant les mots par exemple je sens que c'est dure pour vous, moi aussi ça peut m'affecter,

-essaye d'être rassurante

-proposer des exercices de respiration,

-prendre en compte son avis et son ressenti

- **Écoute attentive**, ça va être formuler par exemple, oui **assuré** que tu as bien compris et en plus ça amène à cheminement pour lui de renvoyer de ce qu'il a dit dans l'autre manière, et ça permet de confirmer que j'ai bien compris, j'ai pas interprété à ma manière.

- des fois c'est accessible de poser des questions de décrire comment ils se sentent

-montrer une empathie, quelques fois parler un petit peu son expérience à soi, pour dire que nous aussi ça nous est arrivé, que vous êtes pas toute seule là-dedans

- **entretien motivationnelle**

- des exercices de pour meilleur connaissance de soi, pour **mieux se connaître**

-avec l'entretien, prendre connaissance de la personne et cibler à des exercices de relaxation, avec les jeunes cible pour sport, pour les personnes âgées, on va être plus dans l'écoute, massage, relaxation, on va être juste dans des jeux

- **travailler pour le sujet ciblé individuellement**

--après oui l'idéal c'est d'être disponible tout le temps, après en psychiatrie, c'est pas toujours important d'être tout de suite disponible tout le temps. **C'est bien aussi donner des délais, il faut que la personne chemine dans sa tête, il faut qu'elle travaille toute seule**, si on répond directement à son problème personne réfléchit pas eh ça fait tout de suite comme médicament. si

-avec une position empathique, **authentique**

-d'être **rassurant**, c'est être empathie, donc c'est reconnaître ce qu'il dit

c'est dans ta posture, comme ça c'est très rassurant que comme ça (geste: fermeture du corps envers l'autre, et ouverture du corps envers l'autre) c'est plutôt position d'autorité

-exercice de respiration, **musicothérapie**, parfois toucher si c'est possible, et que patient est d'accord, réassurance, l'écoute

- une position authentique

-L'informer de **présence**, on est là pour aider, on est là pour que ça aille mieux.

-**d'expliquer** tous ceux qui se passent, comment ça va se passer

| | | |
|------------------------------|--|--|
| | <p>y'a pas élaboration de la personne, elle va pas avancer</p> | <ul style="list-style-type: none"> - tu vas en extérieur prendre l'air., la méditation, - ça peut être massage niveau les pieds, au niveau des mains, les épaules, des visages, ça réduit l'anxiété - je mets la musique dans un moment soit tout seul soit en groupe, ça dépend, C'est des musiques zen - isoler, oui, y' un poste de soin et par exemple si y'a un patient qui vient et que y'a d'autre collègue ou patient à coté, tu mets dans d'autre endroit, et on peut fermer la porte, et le mettre en confiance, et peut être libéré s'il veut quoi, tu peux être au calme |
| <p>La notion de proxémie</p> | <ul style="list-style-type: none"> - je m'adapte en fonction de la situation - tout dépend - je m'installe pas en face d'elle, pour ne pas être à la confrontation | <ul style="list-style-type: none"> - m'asseoir auprès de lui, inconsciemment je dois adapter un peu, tu te sens - je peux croiser mes bras pour me protéger, c'est pas pour rassurer, quelqu'un qui est agité ou angoissé, je vais pas mettre même distance |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>-j'essaye de ne pas garder distance de bureau</p> <p>- ça peut arriver qu'on se pose dans la chambre, et moi assis à côté d'elle</p> <p>- je touche de plus en plus souvent en fait.</p> <p>Le fait de toucher sur l'épaule, la personne anxieuse, elle va pas être disponible, peut-être elle est en train de penser à l'autre chose, ou son problème, rien que prendre son épaule, le contacte avec elle, ça l'apaise, dès que ça l'oblige à revenir, toucher est rassurant,</p> <p>- ça va être juste poser la main sur épaule, juste pour dire qu'on est là, on le soutient</p> <p>-juste la main sur l'épaule et allez, tu poses là, tranquille, on respire 3 fois, après on commence à parler</p> | <p>-parfois toucher si c'est possible, et que patient est d'accord,</p> |
| <p>Caractéristiques de l'alliance thérapeutique</p> | <p>-c'est de se faire la confiance en tout gardant tout distance thérapeutique</p> <p>-alliance thérapeutique c'est la personne qui fasse confiance dans ce que tu proposes et donc de que toi tu es confiance en elle de que tu vas proposer des choses adapter à elle</p> | <p>- c'est une relation de confiance, en prenant à connaître le patient, son histoire de vie, importance ce qu'il te dit, écoute attentive, écoute authentique</p> <p>-Écoute attentive, ça va être formuler par exemple, oui assuré que tu as bien compris et en plus ça amène à cheminement pour lui de</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>- c'est réussir que la personne fasse confiance. Et qu'on nous fasse confiance aussi.</p> <p>- nous on la croit.</p> <p>- c'est confiance à la personne, ça m'arrive plus en plus de dire que moi je compte sur vous, je pense que vous êtes capable quoi, parce que vous m'avez montré des choses que vous êtes capable de le faire, après ça tient qu'à vous, je peux pas aller plus loin que le travail quoi, je peux pas faire le travail à la place de vous</p> <p>- valoriser d'abord la personne, surtout quand c'est la période d'anxiété, ils sont pas capable d'avancer, donc si tu lui donne pas confiance en elle, elle n'arrivera pas avancer.</p> <p>- pour garder le moral, l'importance aussi de distance thérapeutique</p> <p>- dans un entretien thérapeutique, il y a toujours relation de miroir : c'est la personne qui s'identifie à toi. Y'a des histoires qui parle à toi, avec ta propre histoire, et tu as envie de dire, moi aussi ca</p> | <p>renvoyer de ce qu'il a dit dans l'autre manière, et ça permets de confirmer que j'ai bien compris, j'ai pas interprété à ma manière. (Reformulation)</p> <p>Écoute authentique, essaie d'être toi-même, ne pas porter le jugement</p> <p>- Le fait d'avoir écouté une heure ou une heure et demi ca a déjà donné effet de réduire l'anxiété ;</p> <p>- Entretien d'1h, et puis le fait que ça soit libéré à toi en fait, c'est déjà la confiance</p> |
|--|--|--|

| | | |
|--|---|---|
| | <p>m'est arrivé, mais tu es soignant, tu n'as pas forcément à dire,</p> | |
| <p>L'impact du manque de temps sur la relation de soin</p> | <p>- on sait que on veut centrer sur la personne, mais une personne qui a besoin d'aide et on n'a pas le temps, malheureusement, ça arrive beaucoup beaucoup beaucoup, mais heureusement on a des médicaments</p> <p>-pour être disponible, il faut avoir le temps, on fait l'entretien surface, c'est difficile</p> <p>-rien que le temps, d'être posé, de ne pas être dans le speed, ça pose la personne.</p> <p>- Si la personne est tout angoissé, stressé, et toi aussi tu es super speed, la personne ne va pas calmer,</p> <p>- y a des jours aussi on n'est pas complètement disponible, parce qu'on est pris aussi par notre quotidien, par notre histoire, histoire de vie</p> | <p>-tu as pas le temps de connaître le patient</p> <p>-tu vois vachement la différence par exemple tu prends en charge en urgence, donc c je prends 1 h, 1h et demi d'entretien, pour connaître histoire de vie de la personne, donc tu vas pas du tout avoir même relation avec la personne sur unité, que tu n'as pas évalué en urgence</p> <p>- tu te sens tout de suite que tu as une relation de confiance, ça instauré à ce moment là</p> <p>- Le fait d'avoir écouté une heure ou une heure et demi ca a donné effet déjà de réduire l'anxiété, puis le fait que ça soit libéré à toi en fait, c'est déjà la confiance</p> <p>-manque de temps, impacte sur la manière d'établir la relation, ça va être "un patient" ça va être "monsieur," "un tel"</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>-Y'en a plein qui sont demandeurs. Y'a mini frustration, parce que tu peux pas discuter avec tel et tel et tel, on peut pas faire 10 entretiens par jour, c'est pas possible,</p> | <p>-quand je fais un entretien d'urgence, c'est pas "mon patient" mais presque quoi, fin, je sens que tu as un avantage mais si, y'a un avantage de relation avec lui (authentique)</p> <p>- le temps que tu as pris pour la personne change le niveau de la confiance (disponibilité - relation)</p> <p>- tu peux instaurer, ça dépend avec qui, des fois,</p> <p>-des fois tu as pas le temps réellement, et des fois tu prends pas le temps. Je pense que oui on pourra mieux organiser</p> <p>--Pour proposer oui des activités individuelles, ou groupe, d'aller sur l'extérieur, sur l'éducation thérapeutique, sur alimentation, traitement, oui, sur quoi ça agit,</p> |
| <p>Impacte sur le prendre soin en lien avec l'équipe</p> | <p>- on peut pas être opposé à ce qu'il dit équipe.</p> <p>- On a droit d'avoir avis différent que les autres</p> <p>- on peut pas non plus faire le travail tout seul, on est obligé de suivre une ligne conductrice, et d'où</p> | <p>- parce que je vais être d'accord avec la vision ou la valeur de patient, je sais que reste de l'équipe par exemple va porter un jugement négatif. Je préfère mettre de côté un peu. Par exemple des patients qui parle de spirituel, qui croit le soin par</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>l'intérêt d'avoir des transmissions, d'où d'intérêt le temps des debriefing, la place de parole pour les personnes, on essaie de travailler ca même des fois on n'est pas d'accord avec ça</p> <p>-parfois moi je vais pas ver ces personnes-là, ça va être quelqu'un d'autre qui va en charger, parce que but pour toi n'est pas pareil que le but de l'équipe</p> <p>-je laisse la place à d'autre personne d'équipe pour que d'autre personne prend en charge de la personne, quand on peut oui</p> <p>- l'équipe on parle, parce que justement on parle de miroir à miroir, quand tu investi trop, tu te rends pas vraiment compte, ils sont là pour te dire, que tu investi, mais fais attention, ca peut engendrer mal à l'aise.</p> <p>- Après oui quand l'équipe n'est pas d'accord de ce que je fais, et moi oui, et qu'on peut pas se mettre en accord, ca peut arriver que je fais mon truc et je ne fais pas la transmission</p> | <p>des plantes et tout, je sais que y'en a qui vont dire qu'il est perché cela, sauf si ça va trop loin,</p> <p>- c'est pour le protéger</p> <p>- genre, câlin thérapeutique, câlin aux arbres y'en a qui n'aime pas du tout ça,</p> <p>- Oui, c'est thérapeutique, tu utilises tes bras en fait, c'est rassurant, je vais pas le faire, je vais pas proposer</p> <p>- de proposer des huiles essentielles aussi, ça m'était arrivé de le faire en service de chirurgie, je me suis faite en cachette parce que c'est interdit d'apporter ces genres de produits. Après c'est le patient qui a dit, parce qu'il estimait que, en fait c'est un patient ça faisait 10j qu'il n'avait pas de selle, et donc on a fait massage de ventre avec huile essentielle, et ça marché, il a fini par dire que c'est huile essentielle avec massage que ça a marché. Étonnamment non, je pense qu'ils étaient plus ouverts à ça, sais pas mais, vu que ça a fonctionné, les gens l'ont vu plutôt positivement</p> |
|--|---|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>- je retranscris pas toujours tout, de ceux que le patient a dit</p> <p>-ça dépend avec qui tu es aussi. On est 3 IDE dans un poste de soin, on est occupé à faire l'ordi, et le patient vient nous voir à la porte, et ça dépend avec qui tu es, y'en a qui vont vite encadrer et renvoyer en mode va ailleurs, occupe-toi tout seul, alors qu'en a d'autre non, qui dit, viens avec nous, assis toi à côté de nous, oui donc forcément tu vas être influencé.</p> <p>- je suis plutôt à adapter à ma collègue. Et aller faire des trucs en cachette vers les patients.</p> <p>-oui par exemple, y'avait un patient qui a fugué, et qu'il était devenu lui-même, j'étais en entretien avec psychiatre, et la psychiatre lui a angulé et menacé de punir, et moi j'étais pas du tout d'accord avec lui en fait ,il lui disait si il fugue, tout au long de l'hospitalisation il va être en chambre isolement, alors que patient au début il voulait pas du tout de soin et tout et là il est venu de lui-même à l'hospitalisation, donc ouai, y'a alliance</p> |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>thérapeutique, la confiance s'était installé , donc là j'étais là, non il faut féliciter qu'il soit revenu lui-même, fin, il expliquait pourquoi il fugait, il était stressé d' hospitalisation, besoin de prendre l'air,, ça se comprend, prochaine fois, tu viendras nous voir, on sort ensemble, fin, ça oui j'étais retournée voir le patient toute seule en disant c'est très bien ce que vous avez fait.</p> |
|--|--|--|

NOM : YOSHIDA

PRENOM : Yuki

TITRE DU MEMOIRE :

L'accompagnement des patients anxieux

Abstract:

How can caregivers approach to manage the patient's anxiety?

Throughout my experiences as a carer, I have observed many anxious manifestations in patients. Surprisingly, I found that a simple gesture could create an authentic caregiver relationship and soothe them.

The management of anxiety can be an enriching factor for the quality of care but it can also easily lead to failure. These observations led me to ask about: In a context of anxiety linked to hospitalization, how does the posture of the carer impact on "caring for patients"?

The aim of this research is to understand how adapting the caregiver's posture can contribute to the management of patient anxiety.

First of all, different elements of the nursing attitude were developed: relational care, availability, teamwork. Two nurses were interviewed, who enlightened me on certain aspects. For example, how the team influences their cares.

I then compared the theoretical data with the views of the two nurses interviewed. Finally I ended by crossing the statements of the nurses with those of the authors and adding my own opinions.

These steps allowed me to understand that anxiety can be experienced and managed differently from one person to another, that relational care can reduce the patient's anxiety provided that the carers can be physically and psychologically available to the person.

Résumé :

Tout au long de mes expériences en tant que soignante, j'ai pu observer beaucoup de manifestations anxieuses chez les patients. Étonnamment, je me suis aperçue qu'un simple geste pouvait créer une relation soignant soigné authentique et les apaiser. La prise en soin de l'anxiété peut donc être un facteur enrichissant pour la qualité des soins mais peut aussi facilement aboutir à un échec.

Ces observations m'ont amenée à m'interroger : Dans un contexte d'anxiété liée à l'hospitalisation, en quoi la posture du soignant impacte "le prendre soin des patients" ?

Le but de ce travail de recherche est de comprendre comment l'adaptation de la posture du soignant peut contribuer à la gestion de l'anxiété du patient.

Dans un premier temps, J'ai exposé différents éléments de l'attitude soignante : le soin relationnel, la disponibilité, le travail d'équipe.

Ensuite deux infirmiers ont été enquêtés, qui m'ont éclairée sur certains aspects. Par exemple, comment l'équipe influence ses prises en soins.

Puis, j'ai confronté les données théoriques aux regards des deux infirmiers interviewés.

Enfin j'ai terminé en croisant les dires des infirmiers avec ceux des auteurs et en ajoutant mes propres opinions.

Ces démarches m'ont permis de comprendre que l'anxiété peut être vécue et gérée différemment d'une personne à l'autre, que le soin relationnel peut réduire l'anxiété du patient à condition que les soignants puissent être disponibles physiquement et psychologiquement pour la personne.

MOTS CLES : Quatre à cinq mots clés en **Anglais**.

anxiety, manifestations of anxiety, care, relationship, caregiver's attitude

MOTS CLES : Quatre à cinq mots clés en **Français**.

anxiété, manifestations anxieuses, prise en soins, relation, posture soignant

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

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

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES –:2019-2022