



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'impact de la distraction sur l'alliance thérapeutique et le consentement d'un patient
qui appréhende un soin**

Formateur référent mémoire : Fesnoux Séverine

Deu Coralie
Formation infirmière
Promotion 2020-2023
Le 02 mai 2023



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat Infirmier

Travaux de fin d'études : *L'impact de la distraction sur l'alliance thérapeutique et le consentement d'un patient appréhendant un soin*

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

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

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

Le 02/05/2023

Identité et signature de l'étudiant : DEU Coralie

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 tenais à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagné et soutenu durant toute ma formation d'infirmier et tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, je remercie ma référente de mémoire qui m'a conseillé et guidé tout au long de ce cheminement afin d'aboutir à ce travail de recherche.

Merci aux deux infirmières interviewées qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire ainsi qu'à tous les professionnels que j'ai pu rencontrer lors de mes stages ainsi que durant ma formation et qui ont fait de moi la soignante que je suis.

Merci à la formatrice Christine Le Bihan qui m'a mise en relation avec une infirmière d'hypnose.

Merci à mes proches, à ma famille, notamment à mes parents qui ont consacré du temps à la relecture de mon mémoire. Merci d'avoir été présents durant ces 3 années.

Enfin, merci à mes amis de l'IFSI avec qui j'ai pu évoluer durant ces trois années de formation et sans quoi le chemin aurait été long.

Sommaire

I. Introduction.....	1
II. Situation d'appel et questionnement.....	1
III. Cadre théorique.....	3
A. L'appréhension d'un soin.....	3
1. Qu'est ce qu'un patient ? un soin ?.....	3
2. La douleur.....	4
3. Les émotions.....	5
a) L'anxiété.....	5
b) La peur.....	6
B. L'alliance thérapeutique.....	7
1. L'origine de l'alliance thérapeutique.....	7
2. La relation au coeur de l'alliance thérapeutique.....	8
a) La relation soignant-soigné.....	8
b) La relation d'aide.....	8
3. Le consentement du patient.....	9
4. L'autonomie.....	10
C. La distraction comme outil de communication.....	11
1. Qu'est ce que la distraction ?.....	11
2. Les différents outils de communication.....	12
a) La communication thérapeutique.....	12
(1) La communication verbal.....	13
(2) La communication non-verbal et le para-verbal.....	14
(3) L'empathie et reformulation.....	15
b) L'hypnose.....	16
(1) Qu'est ce que l'hypnose ?.....	16
(2) Différents état de conscience.....	16
(3) Différents types d'hypnose.....	18
(4) Les différentes étapes de l'hypnose.....	18
c) autre technique.....	19
(1) La réalité virtuelle.....	19
(2) La sophrologie.....	20

(3) La musicothérapie.....	21
(4) L'aromathérapie.....	21
IV. Méthodologie du recueil de données.....	22
V. Analyse des entretiens.....	23
A. Soin / patient.....	23
B. L'appréhension.....	24
C. L'alliance thérapeutique.....	24
D. La distraction.....	25
VI. Discussion.....	26
VII. Conclusion.....	30
VIII. Bibliographie.....	31
IX. Annexes.....	
A. Guide d'entretien.....	
B. retranscription des entretiens.....	
C. tableau d'analyse des entretiens.....	

I. Introduction

Dans le cadre de notre formation, il nous est demandé de réaliser un mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers. Mon travail de recherche porte sur la distraction d'un patient appréhendant un soin.

Au cours de mes différents stages et expériences professionnelles, j'ai eu l'occasion de rencontrer un grand nombre de patients qui appréhendaient un soin ainsi que les différents moyens utilisés par les professionnels afin de diminuer cette appréhension. Je me suis aperçu qu'à certain moment cette distraction ne suffisait pas ou n'était pas adaptée à la personne en face. C'est pour cette raison que j'ai souhaité enrichir mes connaissances concernant ce sujet.

Par ailleurs, ayant comme projet professionnel de devenir infirmière puéricultrice, il me paraît utile d'approfondir ce sujet, la distraction étant extrêmement présente en pédiatrie. Cependant, je n'ai pas choisi d'axer mon travail de recherches sur les enfants car l'appréhension d'un soin est également très présente dans le monde des adultes. L'utilisation d'autres moyens et techniques de distraction y sont tout aussi utiles.

Afin de réaliser ce travail, je suis partie de deux situations à travers lesquelles se sont dégagées plusieurs interrogations. Puis grâce à ce cheminement, j'ai pu identifier ma question de départ.

J'ai par la suite réalisé des recherches et des lectures qui m'ont permis de créer mon cadre théorique. Enfin, après la rencontre avec deux infirmières, j'analyserai les entretiens.

Pour finir, je conclurais en mettant en parallèle mes précédentes recherches, les entretiens et ma réflexion personnelle. Ceci me permettra d'élargir mon sujet de recherche.

II. Situation d'appel et questionnement

J'ai décidé d'étudier deux situations qui m'ont marqué au cours de stages différents. La première en hépato-addicto, durant mon second stage de 2ème année, et la deuxième en médecine interne pendant mon premier stage de 3ème année.

Ma première situation a donc eu lieu dans un service d'hépatite. Je réalise les prises de sang à mes patients. Ce jour-là, je dois voir Mr H. Il est entré pour un bilan hépatique, nécessitant par conséquent un nombre important de prélèvements.

Je rentre dans la chambre et lui annonce que j'ai une prise de sang à réaliser. Je vois son visage se fermer et devenir inquiet. C'est à ce moment qu'il me dit avoir une phobie des piqûres.

J'essaie de le rassurer, lui conseille de tourner la tête. Je sais que Mr H adore les voyages et je commence donc à lui poser des questions sur ceux qu'il a pu réaliser dans sa vie. L'échange dure quelques minutes. Je lui dit alors que j'ai fini la prise de sang. Il me regarde surpris et me demande si c'est vrai car il n'a rien

senti. Je lui répond oui.

Il me remercie et me dit que le fait d'échanger sur un sujet le passionnant, durant ce soin qui l'effrayait tant, lui en avait fait oublier sa peur.

Quant à ma deuxième situation, celle-ci s'est déroulée au sein du service de médecine interne. Ce jour-là, l'infirmière et moi allons voir Mr T., un patient ayant fait une chute nécessitant de nombreux points de suture, pour les lui enlever.

Ce monsieur est terrorisé rien qu'à l'idée de voir des "points de suture" (des plaies) rendant les soins très compliqués à réaliser.

Par ailleurs, il refuse de prendre les traitements qui lui sont proposés pour l'aider à se calmer.

Nous arrivons dans sa chambre, lui expliquons le soin et obtenons son consentement. L'infirmière commence le soin pendant que je discute avec lui pour détourner son attention. Au moment où l'infirmière touche un fil, il se met à crier et refuse de continuer. Malgré plusieurs négociations et l'appel à un interne, nous restons sur une impossibilité de faire le soin.

Je constate alors la présence d'un casque de réalité virtuelle, emmené par Mr T, et demande à l'infirmière s'il peut l'utiliser durant son soin.

On explique alors au patient notre proposition et après son accord, les fils sont enlevés quelques minutes plus tard.

Mr T nous expliqua qu'il sentait totalement ce qui se passait mais parvenait à se calmer en se focalisant sur la réalité virtuelle.

Ces deux situations m'ayant grandement interpellée, certaines questions me sont venues à l'esprit. Pour ma première situation, je me suis demandé quel avantage représente l'utilisation de cette communication avec son impact sur le patient? et quel bénéfice ai je pu en tirer ? De même, qu'a nécessité en amont cette communication ? Et quel autre moyen de communication aurais-je pu employer ? Aurais-je pu me servir d'un outil ? Enfin, comment la communication a-t-elle favorisé le bien-être du patient lors de ce soin ?

Concernant la seconde situation, quel autre dispositif aurait pu être utilisé si la VR n'avait pas fonctionné ? Par ailleurs, un autre professionnel aurait-il pu aider ? (référent hypnose) un proche ? (parents..) Je me suis également demandé si nous connaissions ce patient depuis quelques jours et que nous avions pu mettre en place une alliance thérapeutique plus forte, aurait-elle influencé le déroulé du soin ? Enfin, je souhaitais savoir pourquoi et comment la réalité virtuelle à détourner l'attention du patient ?

Après avoir listé l'ensemble de ces interrogations, j'ai cherché une question pouvant englober les principaux mots-clés : la distraction, la communication, l'alliance thérapeutique et l'appréhension d'un soin. Après réflexion, j'ai décidé de rajouter le mot clé, consentement du patient, ce qui m'a amené à ma question de

départ : En quoi l'usage de la distraction comme outil de communication peut-il favoriser l'alliance thérapeutique et le consentement d'un patient qui appréhende le soin ?

III. Cadre théorique

A. L'appréhension d'un soin

Chaque patient, adulte ou enfant, peut appréhender un soin quel qu'il soit. De nombreux facteurs jouent un rôle comme la douleur, les émotions ou tout simplement la peur de l'acte.

1. Qu'est ce qu'un patient ? un soin ?

Un patient est défini comme étant une personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale. Il s'agit d'un dérivé du mot latin *patiens* signifiant "celui qui endure" ou "celui qui souffre".

Il peut bénéficier de différents actes médicaux : examens médicaux, traitements administrés par un médecin ou un professionnel de santé mais également d'actes de prévention (*Patient — Wikipédia, 2023*).

Selon le dictionnaire Larousse, un soin est un "acte thérapeutique qui vise à la santé de quelqu'un, de son corps".

Les soins infirmiers sont définis comme étant une attention portée à un individu ou un groupe qui vise à compenser partiellement ou totalement un besoin, un manque, une perte d'autonomie en prenant en compte les ressources de la personne soignée, le contexte environnemental afin de repositionner le bénéficiaire au cœur du processus de soins.

Ils sont adressés à toutes personnes quels que soient leur âge, leurs origines, la communauté à laquelle elles appartiennent, indépendamment du contexte comme l'exprime Curchod "Les soins infirmiers s'adressent toujours à des personnes singulières, situées dans des environnements et des contextes spécifiques" (Curchod, 2019, p101).

Certains types de soins sont susceptibles de susciter de l'appréhension chez le patient. Les plus courants sont les actes invasifs. Le terme invasif est défini comme étant une méthode d'exploration médicale ou de soins nécessitant une lésion de l'organisme (*Définitions : Invasif - Dictionnaire De Français Larousse, n.d.*).

Ces gestes sont susceptibles d'induire une douleur au patient et favorise par conséquent un contexte d'appréhension et de peur. De plus, la récurrence de certains soins peut paraître aux yeux des professionnels de santé peu invasifs, là où pour un patient dans une situation de vulnérabilité, ils seront identifiés comme très invasifs et pourront entraîner une appréhension plus ou moins démesurée.

À l'inverse, les soins relationnels auront pour objectif de diminuer cette appréhension. Les soins infirmiers définissent ces soins comme étant une communication permettant d'apporter un soutien psychologique ou un

support thérapeutique. Le décret N°2004-802 du 29 juillet 2004 les inscrit dans une prise en charge globale du patient.

Selon W. HESBEEN, il ne peut y avoir de pratique soignante si la relation entre le patient et le soignant est inexistante. Dans son ouvrage, « Dire et écrire la pratique soignante au quotidien », il précise « prendre soin dans une perspective de santé, c'est aller à la rencontre d'une personne pour l'accompagner dans le déploiement de sa santé » (HESBEEN, 2009).

2. La douleur

L'appréhension d'un soin peut provenir de différents éléments. La douleur en fait partie. Elle est définie comme étant "une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes" (Ministère de la Santé, 2023). C'est une donnée subjective qui ne peut être décrite que par la personne la vivant.

Le patient peut appréhender un soin déjà réalisé car il a gardé en mémoire la douleur induite par celui-ci. Cette douleur aiguë, prévisible, fréquente et associée à un geste tel que certains soins techniques ou encore des soins d'hygiène et de confort sont influencés par la situation dans laquelle se trouve le patient.

La durée du soin, sa nature, l'environnement du patient peuvent aussi avoir un impact sur la douleur.

Il faut également prendre en compte la représentation de l'acte. Le patient a pu réaliser des recherches ou possède des proches ayant eu les mêmes soins. Son état psychologique joue alors un rôle important dans la douleur. (LEPRETRE, 2021)

L'évaluation de la douleur est donc un point très important pour permettre une meilleure appréhension du soin. Pour cela, il faut prendre en compte toutes les composantes de la douleur : émotionnelle, cognitive, comportementale et sensorielle (Davy, A. (2021). Les généralités sur la douleur) :

- La composante sensorielle est "l'aspect quantitatif et qualitatif de la sensation douloureuse", c'est ce que sent le patient.
- La composante cognitive regroupe les "processus mentaux susceptibles de modifier la perception de la douleur", la place que le malade accorde à la douleur dans l'histoire de sa vie.
- La composante émotionnelle est définie comme étant "l'aspect désagréable et pénible de la douleur", façon dont le patient la ressent
- La composante comportementale est "l'ensemble des manifestations de la douleur, conscientes ou non", ce que le malade montre de sa douleur.

De plus, l'organisation du soin qu'il soit avant, pendant ou après va avoir également un impact. Il faut à la fois tenir compte des besoins de la personne, de la nécessité du soin et du fonctionnement du service.

Pour cela, il est possible de s'interroger sur :

- Le bénéfice que la personne va retirer du soin
- La planification pour regrouper les soins autant que possible en tenant compte des autres impératifs de la journée (examens radiologiques, visites, loisirs personnels)
- L'ambiance du lieu où sont réalisés les soins (lumière tamisée, musique apaisante)

Il est du rôle de l'infirmier de savoir la repérer et agir en conséquence pour éviter de rendre le soin désagréable pour le patient.

3. Les émotions

Les émotions peuvent aussi être un élément déclencheur de l'appréhension d'un soin au même titre que la douleur.

Une émotion est "une réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement".

Pour la psychologue Lydia FERNANDEZ, les émotions sont une « réaction affective brusque et momentanée, agréable ou pénible, souvent accompagnée de manifestations physiques ou de troubles physiologiques ». Elle met l'accent sur les répercussions physiques et physiologiques des personnes.

En effet, une émotion est un vécu de l'ordre de l'intime, mais génère chez la personne qui l'expérimente des réactions plus ou moins visibles et totalement personnelles.

a) L'anxiété

Parmi les émotions ressenties, l'anxiété peut être présente lors d'un soin avec une intensité totalement personnelle.

Pour le psychologue Frédéric Talbot (2000), « l'anxiété est une émotion déplaisante affectant à la fois le corps et l'esprit. Cette dernière est avant tout déclenchée par la perception consciente ou non d'un danger éventuel ».

Selon Carpenito, l'anxiété est un "vague sentiment d'appréhension et d'inquiétude que la personne éprouve quand son système de valeurs ou son système de défense sont menacés". Elle peut être sans objet et se déclencher face à un hypothétique danger.

Tous deux s'accordent sur l'idée qu'il s'agit de l'anticipation d'un potentiel danger futur.

Par ailleurs, cette anxiété pourra être majorée lorsque la santé de la personne est altérée. Selon le manuel de diagnostic infirmier (2015-2017), il existe de nombreux facteurs dans ce contexte pouvant favoriser cette anticipation du danger.

Tout d'abord, l'état dans lequel se trouve la personne peut la placer dans une position de vulnérabilité et par conséquent face à la possibilité d'une souffrance et dans certain cas, sa propre mort. Les facteurs de risques

sont donc liés à ces craintes tels que “l’incertitude concernant le pronostic” ou encore “l’anticipation de la douleur”.

Puis vient la possible hospitalisation avec pour but l’amélioration de sa santé. À ce moment, l’hôpital peut devenir un lieu anxiogène pour le patient car comme l’exprime M. Roosen (2007), le patient se retrouve dès son arrivée dans un univers complètement inconnu. Le soigné est plongé dans un lieu avec un fonctionnement et des personnes qui lui sont étrangers. Un milieu avec son propre rythme, obligation et code vestimentaire (blouse d’hôpital), tout un contexte qui peut amener une perte de repère et d’identité partielle, obligeant une adaptation encore plus forte et donc une anxiété encore plus élevée.

b) La peur

On trouvera à un niveau d’émotion plus élevé, la manifestation de la peur, qui présentera elle-même une palette de degré allant de la forte appréhension jusqu’à la phobie ou la crise de panique. Cette émotion peut elle-aussi se manifester, se déclencher lors d’un soin, avec une intensité propre à chaque patient.

La peur se définit comme un “état affectif plus ou moins durable, pouvant débiter par un choc émotif, fait d’appréhension (pouvant aller jusqu’à l’angoisse) et de trouble (pouvant se manifester physiquement par la pâleur, le tremblement, la paralysie, une activité désordonnée notamment), qui accompagne la prise de conscience ou la représentation d’une menace ou d’un danger réel ou imaginaire”.

La peur, caractérisée par des manifestations émotionnelles passagères (troubles physiques, agitation, respiration accélérée, appréhension, pleurs, rejet, cris...) peut se fixer dans la mémoire du patient.

Le contexte d’apparition de la peur (c’est-à-dire le soin, le soignant, son matériel et le geste) se cristallise alors chez le patient, et être ainsi la source des peurs futures, lors des soins futurs.

En effet il est raisonnable, et dans un certain contexte souhaité, de craindre une intervention, un geste médical ou un soin d’hygiène et de confort qui donnerait le sentiment de mettre en jeu une relative intégrité physique de la personne (prise de sang, toilettes, ...).

Cette peur peut s’estomper par des explications et un engagement relationnel du professionnel.

Le poids d’une 1^{er} expérience pourra ainsi apporter une confiance du patient pour la suite, comme au contraire, une difficulté plus accrue en cas de vécu négatif.

La prise en compte des émotions du patient cumulée à la gestion de la douleur peuvent influencer favorablement l’alliance thérapeutique, élément phare dans la prise en charge des patients.

B. L'alliance thérapeutique

1. L'origine de l'alliance thérapeutique

En 1913, le terme "Alliance thérapeutique" est utilisé pour la première fois en psychanalyse par le neurologue Freud. Il exprimait "l'importance d'une alliance forte entre un patient et son thérapeute. Elle s'avère en effet indispensable dans le cadre d'une psychothérapie. Elle est aussi très utile pour toute démarche soignante" (C. Cungi, 2009).

Dans les années 1950, le psychologue Carl Rogers déclare que "les conditions relationnelles offertes par le thérapeute - en particulier empathie, congruence et regard positif inconditionnel - sont en elles-mêmes suffisantes pour soigner les clients" (Y. De Roten, 2011, p.5)

Quelques années plus tard, Bordin (1979) à ajouter trois composantes à l'alliance thérapeutique : "un accord sur les buts du traitement, un accord sur les tâches à accomplir au cours de la thérapie, un lien affectif entre les partenaires" (Y. De Roten, 2011, p.5-6).

Par la suite, Horvath et la psychologue canadienne Greenberg (1989) se sont basés sur la théorie de l'alliance de Bordin et l'ont complété avec l'idée d'objectif partagé entre le soigné et le soignant dans le but de diminuer la souffrance du patient. Cette alliance à trois fonctions dans la thérapie :

- "l'alliance est thérapeutique elle-même
- l'alliance est un prérequis essentiel pour que des interventions thérapeutiques soient efficaces
- l'alliance interagit avec différent types d'interventions thérapeutiques"

L'idée d'objectif est reprise par Antoine Bioy et Maximilien Bachelart en 2010. Selon eux, "l'alliance thérapeutique peut se définir comme la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés".

Par ailleurs, la psychologue Aurore Bevalot (2020) explique que "L'alliance thérapeutique est cette relation que thérapeute/soignant et patient construisent ensemble dans le cadre de leur travail thérapeutique." Elle met en lumière la relation de confiance instaurée entre ces deux individus, relation qui est un des enjeux central de cette alliance. Comme l'exprime Stéfanie Senn, "la confiance forme la base d'une relation thérapeutique et en est l'un des attributs les plus importants"(Cutcliffe J et al. 2005).

2. La relation au coeur de l'alliance thérapeutique

a) La relation soignant-soigné

La relation soignant-soigné est définie comme étant “une situation complexe aux composantes multiples, techniques, psychologiques, affectives; procédant d’une subtile alchimie” (COURS UE 1.1). D’après le Dictionnaire encyclopédie des soins infirmiers, “cette relation nécessite trois attitudes :

- un engagement personnel de l’infirmier,
- une objectivité,
- un minimum de disponibilité.

La relation soignant/soigné n’est pas une relation de salon, elle a pour but l’aide et le soutien de la personne soignée jusqu’à son retour à l’autonomie.”

Selon Phaneuf, la relation soignant-soigné est “la substance même de l’alliance thérapeutique”. Elle est composée d’une succession d’étapes nécessaires s’imbriquant entre elles. La première étape est la relation de civilité afin d’accueillir le patient. La seconde est la relation fonctionnelle, tournée vers le patient avec pour objectif la satisfaction de ses besoins. Ce n’est qu’après ces 2 premières étapes, que la relation de confiance instaurée permet enfin au patient de se confier au soignant.

Cet enchaînement amène à la relation d’aide là où le soigné trouve l’empathie et l’énergie d’agir.

b) La relation d’aide

La relation d’aide est un moyen d’accompagner la personne soignée à vivre sa maladie et ses conséquences sur sa vie personnelle, familiale, sociale et professionnelle (Le Bihan, C. (01/2021). Théorie de la communication).

En effet, une personne montrant ou exprimant un besoin d’aide n’est plus en capacité de s’adapter à la situation quelles que soient les raisons. Elle peut être en manque de données, paralysée par ses ressentis, incapable de faire des choix ou encore se sentir incompétente pour agir.

Selon Chalifour, la relation d’aide consiste en une interaction particulière entre deux personnes, chacune contribuant personnellement à la recherche et à la satisfaction d’un besoin d’aide présent chez ce dernier.

Carl Rogers ajoute l’idée qu’au moins un des deux protagonistes cherche à favoriser chez l’autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une meilleure capacité d’affronter la vie. Il met au centre de cette relation la personne avec comme postulat qu’elle seule sait mieux que quiconque ce qui est mieux pour elle. L’aidant doit alors faire preuve de non-jugement et de non-directive. Cette relation s’appuie sur l’empathie, la confiance et la proximité.

Du point de vue du soignant, respect, congruence, empathie, écoute active et une connaissance de soi et de

ses propres limites sont des compétences essentielles afin de favoriser la relation d'aide.

3. Le consentement du patient

Le mot consentir provient du latin *consentire* signifiant "être d'accord avec". L'Académie française définit ce mot comme étant le fait de "donner son accord, son adhésion à".

Il constitue le socle des droits du patient et a nécessité une loi, la loi Kouchner (4 mars 2002) pour en déterminer le cadre, ainsi que l'accès au dossier médical et la désignation d'une personne de confiance.

La loi stipule qu' "aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment".

Ce consentement se dit "éclairé", sur la base d'informations claires et loyales mais également "libre", par l'absence de contraintes dites ou suggérées.

Dans les faits, le consentement revient pour le patient à valider l'offre de soin qui lui est faite, à en accepter les modalités comme les risques.

L'article 1111-4 du code de la santé stipule que "toute personne prend avec le professionnel de santé, et compte tenu des informations, les décisions concernant sa santé."

Il est ainsi important de distinguer le fait que le patient puisse consentir à un soin, sans nécessairement vouloir un soin (de par ses peurs). Le consentement permet ainsi de réinstaller le patient au centre du soin, en valorisant son accord.

Dans l'hypothèse d'une incapacité temporaire ou définitive pour le patient, la désignation d'une personne de confiance rentre pleinement dans le processus d'acceptation des soins tout comme les directives anticipées.

Il s'agit d'une déclaration écrite précisant les souhaits du soigné concernant sa fin de vie. Ce document permet d'aider le personnel soignant à prendre la décision la plus juste lorsque la personne n'est plus en capacité de le réaliser.

L'article 111-11 de la loi du 2 février 2016 concernant les droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie précise que "toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'actes médicaux."

Si ces directives ne sont pas rédigées, le choix revient par conséquent à la personne de confiance.

Toutefois, la loi du 4 mars 2002 permet aussi au patient de refuser les soins. L'équipe médicale sera alors tenue d'informer le patient de sa situation, des conséquences du refus de soins et devra tenter de convaincre

le patient d'accepter les soins indispensables, notamment si l'absence de soin met ainsi sa vie en danger. À terme, la décision du patient sera inscrite dans son dossier médical.

4. L'autonomie

Le mot autonomie provient des mots grecques "autos", qui vient de soi et fait référence aux actions individuelles de la personne, et "nomos", signifiant les règles établies par la société, les lois. Autrement dit, "Autonomos" peut être perçu dans le sens d'un être qui se régit par ses propres lois.

La chercheuse M. Winance émet l'idée que "le pouvoir décisionnel et les capacités d'action sont soutenus par de multiples relations (sociales, techniques, institutionnelles, symboliques...)". En effet, le degré d'autonomie du patient dépendra constamment du contexte de vie dans lequel il se trouve.

A contrario, l'OMS détermine une personne autonome comme un "être indépendant et capable de prendre ses propres décisions". Le Dictionnaire de l'Académie française ajoute l'idée de "liberté d'action" en définissant un individu autonome comme ceci : "Qui est capable d'agir sans dépendre d'autrui, de se décider par soi-même ; qui jouit d'une certaine liberté d'action." L'autonomie d'un individu s'apparenterait donc à sa liberté, à son indépendance mais aussi à sa faculté à agir seul, sans l'aide de personne.

Selon les psychologues O. NUNGE et S. MORTERA, « L'autonomie repose sur la capacité de la personne à faire des choix, à assimiler ses propres décisions, à se sentir responsable de ses actes, à savoir se positionner par rapport à l'ordre social, à être cohérent avec ses valeurs, à repérer les règles et lois qu'elle respecte et cela en étant conscient du pourquoi elle les respecte ».

Par conséquent, l'autonomie fait appel à la compétence (je sais faire), la connaissance du cadre de règles qui permet d'agir dans son champ de compétences et de prendre des responsabilités, et enfin à la capacité de faire des choix selon le niveau de compétences et les valeurs qui guident les choix. L'autonomie peut devenir à ce moment un levier pour la motivation.

Dans le monde médical, l'autonomie fait partie des fondements des devoirs éthiques et demeure l'un des objectifs que les soignants s'efforcent de réaliser. E. Bret l'évoque en disant que "l'objectif du dispositif médico-social de prise en charge est de rendre autonome les personnes qualifiées au départ de dépendantes." Le patient doit être in fine celui qui prendra la décision finale sur les questions le concernant, quelles qu'elles soient. Il est donc primordial de respecter ses décisions qui pourront être réalisées seulement si l'intégralité des informations utiles lui sont transmises.

L'autonomie est fondamentalement liée au consentement. En effet, il s'agit bien d'une preuve d'autonomie de la part du patient de pouvoir formuler et exprimer ses souhaits. Le respect de cette autonomie et du consentement va par conséquent amené au respect de la dignité du patient, autre valeur centrale de cette

profession.

Par ailleurs, pour prendre en compte les émotions, les douleurs lors de l'appréhension d'un soin et favoriser l'alliance thérapeutique ainsi que le consentement et l'autonomie du patient, il existe des outils de communication et de distraction pouvant être mis en place.

C. La distraction comme outil de communication

1. Qu'est ce que la distraction ?

Le terme distraire provient du mot latin *distrahere*, venant du mot *dis*, séparé et du mot *trahere*, tirer. Il signifie "détourner de quelque application" et par extension "Éloigner l'esprit de ce qui le fatigue ou l'obsède ; amuser, divertir."

Le mot distraction est défini de la façon suivante "action de détourner l'esprit d'une préoccupation ; faire diversion". Tout l'objectif de la distraction dans les soins est là, quand un soignant met en place une distraction c'est dans le but de "détourner l'esprit" de la possible douleur à venir ou de l'anxiété, l'appréhension déjà présente.

Bourdaud (2018) décrit la distraction comme " le pendant de la concentration : lorsqu'on est concentré sur une chose, on est distrait de toutes les autres choses autour, et inversement. On peut ranger sous ce terme toute technique ou approche qui vise à diriger l'attention de l'enfant vers un événement ou un stimulus non agressif de l'environnement immédiat". Bourdaud parle de l'enfant mais il est possible d'inclure les adultes à travers cette définition.

De nombreuses découvertes en neurosciences ont montré un lien entre la focalisation qu'un patient peut avoir sur un symptôme et sa durée. Prenons l'exemple de la douleur, si le soigné se focalise dessus, il est possible que LA PERCEPTION de sa durée dans le temps soit augmentée tout comme son intensité. Comme il est dit dans l'article "La distraction dans les soins" "La distraction permet de modifier la focalisation négative et d'élargir le champ de conscience." In fine, il sera également possible de permettre au patient d'effectuer lui-même cette diversion le rendant ainsi autonome.

L'article "La distraction dans les soins" met en avant de nombreux effets positifs dans l'utilisation de la distraction. Parmi eux, on trouve :

- Amélioration de l'humeur
- Limite la peur, l'anxiété
- Autonomiser la personne
- Améliore la relation entre le professionnel de santé et le malade

Un soignant peut proposer la mise en place d'une distraction afin de prévenir l'anxiété, l'appréhension et les

douleurs potentiels liées aux soins mais également atténuer les douleurs chroniques. Comme dit au dessus, il peut être utilisé afin d'autonomiser le patient en l'incluant dans son éducation thérapeutique.

Cependant, peu de professionnels de santé réussissent à mettre en place ces techniques. Une des raisons revenant souvent est le manque de temps. En effet, initier une distraction demande d'accorder du temps à un patient.

Sur le plan législatif, tout professionnel possède le droit d'employer des techniques de distraction. Pour le personnel infirmier, cela relève de notre rôle propre bien que certaines techniques nécessitent d'être formées.

Dans la revue L'Infirmier, l'article "La distraction dans les soins" explique comment se déroule une distraction, avant, pendant et après le soin.

Avant le soin, il est nécessaire d'établir un échange avec le patient, non seulement pour le mettre en confiance, lui demander son consentement mais également d'identifier ses centres d'intérêt et son mode de communication préférentiel : visuel, auditif, kinesthésique, olfactif, gustatif (VAKOG) afin de choisir la technique la plus adaptée. Il est possible de le questionner afin de savoir s'il souhaite être informé du déroulement du soin. Il sera important d'identifier un moyen quel qu'il soit, dans le but de prévenir en cas de douleur.

Pendant le soin, il sera nécessaire d'évaluer régulièrement la douleur (EVA, observation facies...) et réajuster si besoin.

Après le soin, la réalisation d'un feed-back sera important. Il aura pour objectif de recueillir le ressenti du patient et d'évaluer l'efficacité de la technique utilisée. Pour finir, il faudra tracer l'utilisation de cette distraction et son efficacité dans le dossier du patient.

De nombreux moyens permettent la mise en place de la distraction, avec ou sans matériel. Ils doivent être en permanence adaptés au patient. Il est important de préciser que le soignant doit veiller à constamment garder une communication avec le soigné car l'utilisation de ces techniques ne doit jamais exclure l'accompagnement qui va avec.

2. Les différents outils de communication

a) La communication thérapeutique

Selon le dictionnaire Larousse, la communication est l' "action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse"

Le cours de C. Le Bihan (29/01/2021) sur la théorie de la communication ajoute l'idée de mise en commun. Il est question de partage, d'échange et implique d'entrer en relation avec quelqu'un.

Le schéma de Shannon et Weaver (1948) explique ce qu'est la communication. Pour eux, l'émetteur envoie un message au récepteur via un canal de communication. Puis le récepteur décode ce message dans le but de le comprendre pour finalement répondre à l'émetteur. En répondant, il devient émetteur et fait ce qui s'appelle un feed-back.

M. Phaneuf insiste sur le fait que "communiquer c'est transmettre et échanger avec l'autre des idées ou des émotions, c'est faire connaître ce que l'on perçoit, ce que l'on pense ou ressent. Il s'agit d'un mouvement de l'esprit et du cœur, un partage de sens qui, dirigé vers l'autre, fait appel ou non à la parole" (2011).

Il existe différentes communications : communication verbale, non-verbale et para-verbale. Contrairement à ce que l'on peut penser, seulement 7% des informations passent par la communication verbale tandis que 38% est vocale (intonation, son de la voix) et 55% est visuelle (expressions du visage et du langage corporel) (Professeur Albert Mehrabian).

La communication thérapeutique est issue de l'hypnose médicale. Il s'agit d'une hypnose dite conversationnelle. Elle est un élément essentiel à la prise en charge du patient et possède une valeur thérapeutique dans le soin.

Pour ce faire, elle fait appel à :

- L'analyse et l'utilisation de plusieurs types de langages : verbal, non verbal et paraverbal
- La capacité à remplacer des mots négatifs par des mots et /ou expressions positives
- L'empathie
- La reformulation

(1) La communication verbal

La communication verbale est un moyen de communication très élaboré qui fait appel au symbolisme, autrement dit qui traduit consciemment la pensée des objets. Pour ce faire, nous utilisons les mots.

Afin qu'elle soit efficace, la communication verbale doit réunir certaines caractéristiques :

- Utilisation de termes faciles à comprendre (simplicité, clarté du langage)
- Utilisation de phrases courtes, sans détails inutiles (concision)
- Exactitude des termes utilisés (précision)

Cette communication est un point de départ dans la mise en place de la relation avec le patient. Il s'agit d'un élément essentiel à son bien-être, à sa sécurité et au maintien de l'alliance thérapeutique. Certaines études ont montré l'influence de la communication sur la santé émotionnelle du patient, le traitement de certains symptômes ou encore le contrôle de la douleur.

Par ailleurs, il est important de ne pas négliger l'impact des mots. Que le patient soit dans une situation stressante, qu'il ait mal, qu'il soit angoissé ou qu'il appréhende le soin à venir, l'utilisation d'un langage positif va permettre au patient de trouver la confiance, l'empathie et le soutien dont il a besoin.

(2) La communication non-verbale et le para-verbale

Selon la professeure Marianne Schmid Mast la communication non-verbale est "tout comportement qui transmet de l'information sans utiliser de mots".

Le synergologue, Philippe Turchet, la rejoint définissant le non-verbale comme ceci : "Tout mode de communication n'ayant aucun recours au verbe, c'est à dire utilisé - consciemment ou non - sans le recours du langage, des mots". C'est une communication qui passe seulement par le langage du corps et de ces expressions.

M. Phaneuf (2011) émet également l'idée que "la communication non verbale révèle une bonne partie de ce que nous exprimons volontairement et même involontairement." Le non-verbale peut exprimer certaines émotions, certaines ... sans que nous nous en rendions forcément compte.

Cette communication possède de nombreuses composantes qui peuvent être repérées. Tout d'abord, le discours avec le ton de la voix, son volume ou encore des hésitations dans le discours. Puis, il peut y avoir également les expressions du visage comprenant les émotions, le regard, le sourire ou bien même le haussement des sourcils. Pour finir, le langage du corps enveloppant la posture, la gestuelle, les déplacements et la distance entre les interlocuteurs.

Comme le dit la professeure Marianne Schmid Mast, contrairement à la communication verbale où chaque mot est associé à une signification, "il n'existe pas de dictionnaire du comportement non verbal". Effectivement, quand une composante est repérée, sa signification dépendra du contexte dans lequel se trouve le patient. Par exemple, "Un sourire peut indiquer qu'une personne est contente, qu'elle veut plaire à son interlocuteur, qu'elle est gênée ou encore qu'elle exprime du mépris." (Marianne Schmid Mast, 2019).

Un des points abordés au-dessus est la distance entre les interlocuteurs. Cela se nomme la proxémie, il s'agit d'une donnée importante à prendre en compte au moment d'entrer en communication avec une personne quelle qu'elle soit.

La proxémie se définit comme "l'ensemble des observations et théories concernant l'usage que l'homme fait de l'espace en tant que produit culturel spécifique, elle est liée à la communication" (Edward T. Hall, 1971). Selon l'anthropologue Edward T. Hall, il existe 4 distances sociales entre les individus lors d'une interaction :

- la distance intime (0 à 50cm), il s'agit de la distance des relations intimes. Seulement les personnes très proches sont autorisées à pénétrer dans cet espace intime pour communiquer (parents, enfant, conjoint, amis intimes). Ce type de distance permet de partager ses émotions, de se toucher, de se parler à voix basse...

- la distance personnelle (50 cm à 1m20), celle-ci est adressé à des personnes telles que des amis et varie en fonction de la profondeur de la relation.
- la distance sociale (1m20 à 3m50), c'est la distance acceptable séparant 2 personnes qui ne se connaissent pas ou peu
- la distance publique (plus de 3m50), c'est la distance qui sépare une personne d'un groupe ou d'un auditoire.

Il est important de tenir compte de ces espaces durant des situations relationnelles avec des personnes soignées. Respecter ces espaces évitera la sensation de distance ou d'agression permettant par conséquent une meilleure communication sans laquelle la mise en place de technique ou outils de distraction ne pourrait se faire, "Nous ne pouvons pas ne pas communiquer" (postulat de l'école de WATZLAWICK).

(3) L'empathie et reformulation

L'Académie française définit l'empathie comme la "capacité de s'identifier à autrui, d'éprouver ce qu'il éprouve."

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

L'empathie serait un effort de décentration par rapport à soi pour entrer dans l'univers de l'Autre et le comprendre humainement. (IFSI Dijon, 2020)

Certaines conditions sont requises comme se décentrer renforcée par une bonne connaissance de soi et laisser le vécu d'autrui "nous pénétrer". Par ailleurs, il est important de rester vigilant par rapport :

- à ce qu'exprime le sujet (verbal ou non-verbal)
- à soi dans la relation
- à la situation en elle-même

Concernant la reformulation, son objectif est de permettre à la personne de s'exprimer. Elle consiste à dire "si je comprends bien...vous me dites que...", à extraire les émotions, les sous-entendus exprimés par le patient, les renvoyer avec pour objectif, la clarification des ses idées. Elle va permettre au professionnel de travailler la relation et pour autant rester focaliser sur le discours que lui apporte le patient.

Selon C. Rogers, il existe 5 types de reformulation :

- La reformulation reflet/écho, se réalise en paraphrasant ce que la personne vient de dire
- La reformulation miroir, permet de mettre en mot ce que vous voyez de la personne
- La reformulation renversement figure fond, il s'agit d'une restructuration du champ de pensée, permettant à la personne de voir d'une autre façon sa propre perception

- La reformulation clarification, elle consiste à mettre en lumière et à renvoyer au sujet le sens de ce qu'il a dit.
- La reformulation synthèse arrive à la fin de l'entretien. Elle permet de montrer au patient que son discours a été entendu et compris. (Cours C. LB, la relation d'aide)

Cependant, il est important de rappeler que, bien que la reformulation viendra faciliter des échanges, des entretiens, elle doit constamment être accompagnée d'une écoute active et bienveillante. Elle permet également l'installation d'un climat de confiance.

b) L'hypnose

(1) Qu'est ce que l'hypnose ?

Durant le cours de C. Faleur, l'hypnose a été définie comme étant "un état naturel; un état de conscience modifié dans un but thérapeutique. C'est au patient de mettre à profit l'état hypnotique pour accéder à ses ressources intérieures, trop souvent inexploitées."

D'après Milton Erickson qui est à l'origine de l'hypnose ericksonienne, l'hypnose est un "état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissages".

A contrario, l'Association Française pour l'Étude de l'Hypnose Médicale (AFEHM), préconise davantage l'aspect physiologique par la mise en place d'un " processus relationnel accompagné par une succession de phénomènes physiologiques, tels qu'une modification du tonus musculaire, une réduction des perceptions sensorielles (dissociation), une focalisation de l'attention dans le but de mettre en relation un individu avec la totalité de son existence et d'en obtenir des changements physiologiques, des changements de comportements et de pensées".

(2) Différents état de conscience

Les définitions présentées au préalable font toutes référence à un état de conscience modifié. En effet, il existe différents états de conscience qui sont : la conscience critique, la transe d'alerte, la transe spontanée et la transe hypnotique (C. Faleur).

Les docteurs Violaine LAPARRA et Arnaud PHILIP caractérisent la conscience critique comme une réflexion. La personne est tournée vers l'extérieur, comprend son environnement, a une bonne mémorisation et ne se focalise sur rien de particulier. Elle possède un esprit critique.

Milton H. Erickson ajoute que notre attention est à ce moment très mobile permettant l'absorption de l'ensemble des informations disponibles pour ensuite nous y adapter. Écouter un patient, l'examiner, l'observer, faire référence à ses apprentissages professionnels, ses expériences...en faisant cela, le soignant

est en conscience critique.

Les infirmières Brigitte Andrey & Caroline Pelloni décrivent pour leurs parts la transe d'alerte comme étant un état où la "conscience critique est amoindrie, voire absente". L'intégralité des sens sont en alerte, "l'émotionnel prend le dessus". Elles identifient certains facteurs la favorisant, parmi eux la saturation d'informations et le stress induit par un endroit et des personnes inconnus, un emploi du temps et des procédures inconnus, une réalité ou un avenir inquiétant.

Violaine LAPARRA et Arnaud PHILIP précise que l'attention est détournée par un souci, elle se focalise sur une peur ou une sensation. La conscience critique est saturée comme lors d'une douleur aiguë, la personne est focalisée dessus et n'arrive pas à s'en détacher. Il est important que le soignant présent à cet instant soit bienveillant, dans le non-jugement et accompagnant afin que le patient puisse revenir à un état de conscience critique.

La transe spontanée est définie par le docteur Claude Virot comme "la fixité de l'attention : elle devient stable, focalisée sur un seul phénomène, une seule idée." L'attention se focalise sur un aspect du monde extérieur ou bien sur ce qui se passe à l'intérieur de nous. Il s'agit d'un fonctionnement banal, présent au quotidien.

Violaine LAPARRA et Arnaud PHILIP mettent en avant quatre signes évoquant cette transe : l'immobilité, le silence, la fixité du regard et l'impression de rigidité.

Enfin, V. LAPARRA et A. PHILIP attribuent les caractéristiques suivantes pour la transe hypnotique :

- Indifférence pour l'extérieur
- Aucune réflexion (compréhension littérale)
- Hypersuggestibilité
- Interprétation
- Troubles de la mémorisation
- Focalisation sur une partie de la réalité

Quand un professionnel de santé utilise l'hypnose, il amène la plupart du temps le patient dans cette transe hypnotique, il induit un état hypnotique.

(3) Différents types d'hypnose

À ce jour, plusieurs méthodes d'hypnose sont identifiées dont l'hypnose Ericksonienne, l'hypnose directive ou dite traditionnelle et pour finir l'auto-hypnose.

L'hypnose ericksonienne utilise des moyens différents de l'hypnose traditionnelle afin d'amener le patient à

cette transe hypnotique. En effet, dans l'hypnose traditionnelle, il s'agit du professionnel qui soumet des suggestions au patient là où l'hypnose ericksonienne va puiser dans les ressources du patient, avec pour objectif qu'il amène de lui-même les solutions.

Le soignant doit alors adopter une position d'accompagnateur afin de créer le climat de confiance nécessaire. Pour ce faire, il devra être "en position basse" par rapport au patient, chercher à le comprendre, utiliser un "langage d'influence" qui va inviter au lieu de soumettre des suggestions. Le ton ainsi que le langage du professionnel doivent être adaptés en toutes circonstances, ce qui sous-entend une observation continue du patient.

Un des objectifs finaux est de permettre au patient d'amener lui-même sa conscience dans un autre état, de s'induire seul dans un état hypnotique, il s'agit de l'auto-hypnose.

(4) Les différentes étapes de l'hypnose

Afin de mettre en place l'hypnose, 3 grandes étapes sont nécessaires : l'induction, la dissociation et la réassociation.

Selon Nathalie Bourdaud, l'induction est ce "qui va permettre de passer de l'état de veille ordinaire à un état de rêverie ou d'entrer dans l'imaginaire." Elle explique que le patient doit se focaliser sur un élément qui peut être un souvenir agréable. Le soignant utilise sa voix accompagnée de paroles étant de plus en plus hypnotiques de manière à solliciter les cinq sens du patient.

L'infirmière N. Jammot rejoint N. Bourdaud en expliquant que l'induction est "la phase d'entrée dans le processus hypnotique. Elle consiste à capter, à focaliser l'attention du patient, pour qu'il commence à s'intérioriser. L'objectif est d'amener progressivement celui-ci à se dissocier de la réalité qui l'entoure pour s'associer de plus en plus à son vécu intime".

Pour autant, l'auteure souligne que la focalisation peut être axée sur une perception et être orientée vers une image, un son, un mouvement ou une sensation corporelle, une odeur ou encore un goût.

Concernant la dissociation, Célestin-Lhopiteau (2014) la présente comme "un pas dans l'imaginaire". Elle consiste à extraire le patient de la perception de son quotidien, qui sera donc mis de côté.

Le patient douloureux est alors "amené à quitter un espace restreint, enfermé sur une douleur, une souffrance, pour rentrer dans un espace ouvert". On peut généraliser cela à un patient en état d'anxiété, de stress.

Cet espace représente un contexte de vie différent, avec un autre type de perception nommé perceptude ou veille paradoxale par Roustang (2003, cité par Célestin-Lhopiteau, 2014).

C'est à l'intérieur de ce cadre que les changements pourront se faire. D'une part "le patient va expérimenter un changement dans tous ses liens avec lui-même et son environnement, en étant en prise directe avec le monde et non plus avec une douleur ou une souffrance placée entre lui et le monde". D'autre part, la personne est par conséquent "libre d'entrer en relation avec tout son corps et pas seulement avec l'organe qui

souffre” (Benhaiem, 2005).

Cette réassociation corps-esprit devient alors le terreau d’ “un lieu d'expression et non pas seulement support de la plainte” (Ferragut, 2003 citée par Soudan, 2017) son nouveau positionnement permet au patient “d’observer, différemment son problème”(Célestin-Lhopiteau, 2014). Le soutien et les suggestions de l'hypno praticien autorisent alors l’accès à des possibles et des ressources toutes nouvelles pour le patient. Barbier (2016) fait remarquer que “l'hypnose dynamise le rôle du patient dans la réalisation des soins, en lui permettant de devenir acteur dans la gestion de sa douleur et/ou de son anxiété”.

Pour finir, la réassociation est “un retour progressif dans l’instant présent avec réouverture des yeux, réapparition des mouvements du corps, réorientation et retour à la conscience attentive” (N. Bourdaud, 2018). De plus, Jammot (2016) ajoute que cela “se fait en reprenant exactement le chemin inverse de celui qui y a mené. Tous les niveaux de dissociations, tout ce qui a été « ouvert » doit être refermé afin de garantir un retour dans l'ici-maintenant confortable”. Durant son cours sur la communication thérapeutique et hypnose formelle, C. Faleur l’a rappelé en disant “Tout ce qui est dissocié doit être réassocié”.

c) autre technique

D’autres techniques et outils de distraction commencent à être reconnus dans le milieu hospitalier et il me semblait important de les mentionner. Parmi elles, la réalité virtuelle, la sophrologie, la musicothérapie et l’aromathérapie.

(1) La réalité virtuelle

La réalité virtuelle est une technologie très largement utilisée dans le monde du jeu vidéo. Cependant depuis quelques années, le milieu médical s’en est emparé.

Le site futura-science la définit comme une technologie qui permet de plonger une personne dans un monde artificiel créé numériquement, qu’il s'agisse d’un monde réel ou imaginaire. C’est une expérience visuelle (casque de réalité virtuelle) et auditive.

Cette technologie est mise au profit des patients, durant des soins invasifs. Le médipôle de Nancy, par exemple, propose des casques de réalité virtuelle afin d’apaiser les patients devant subir une intervention invasive. L’anesthésiste-réanimateur, Docteur Thierry Maday, déclare “nous proposons une dizaine de “destinations”, pour nous adapter aux besoins et au profil de chacun”. Il repère auparavant ces angoisses, ces peurs et les prennent en compte. Leur objectif est d’éviter l’ajout d’anxiétés à un milieu et une situation anxieuse de base.

L’anesthésiste précise que le fait de projeter le patient “dans un ailleurs plus propice à la contemplation”, diminue son stress tout comme “sa réactivité à la douleur” limitant ainsi l’utilisation de sédatifs durant

l'intervention.

Les auxiliaires de puéricultrices N. Deniau, V. Monteil et C. Wuilque ont identifié différents avantages dans leurs pratiques suite à l'utilisation de la réalité virtuelle, qui sont :

- de diminuer l'anxiété liée aux soins
- d'atténuer le stress
- de distraire et modifier la perception de la douleur
- de permettre une meilleure adhésion aux soins
- de permettre la réalisation d'un soin dans un contexte plus serein pour le soignant

D'autres utilisations de cette technique ont été mises en avant par le site DreamAway comme l'utilisation pour lutter contre la douleur, contre la maladie d'Alzheimer ou encore améliorer les méthodes de rééducation des patients.

(2) La sophrologie

Passport santé définit la sophrologie comme un "entraînement du corps et de l'esprit pour développer sérénité et mieux-être basé sur des techniques de relaxation et d'activation du corps et de l'esprit"

Inventée en 1960 par le neuropsychiatre Alfonso Caycedo, elle est issue du grec ancien sos (paix, harmonie), phren (conscience, mental), logos (science). L'objectif est d'amener le patient à un mieux-vivre en l'aidant à "relâcher les tensions inutiles et à se défocaliser de son symptôme" (Virginie Dalmau Crespi, sophrologue). Pour ce faire, elle conjugue des techniques et des pratiques orientales millénaires (le yoga, le zen japonais, les techniques bouddhistes) et des techniques occidentales plus récentes.

L'article "Quand la sophrologie s'invite dans les soins infirmiers en péri-opératoire" (2022), explicite le fonctionnement de la sophrologie, dans le cadre d'un patient anxieux devant recevoir une chirurgie, comme ceci :

Pour commencer, une séance d'une heure programmée en général le même jour que la consultation d'anesthésie, suivie d'une deuxième séance d'une heure en préopératoire immédiat, au lit du patient. Puis, le bilan final est réalisé en postopératoire immédiat ou lors des diverses consultations post opératoires.

Pour finir, une fiche cible SOPHROLOGIE est ajoutée au dossier de soins du patient, permettant la traçabilité des informations essentielles : recueil de données sophrologiques, objectifs de la prise en charge, résultats du ressenti, bénéfices obtenus.

De nombreux bienfaits ont été identifiés notamment sur le stress, la prise en charge de douleurs mais également sur le sommeil et à la préparation d'une intervention, d'un soin.

(3) La musicothérapie

La musicothérapie est “l’utilisation efficace de la musique et des éléments musicaux par un(e) musicothérapeute diplômé(e) pour promouvoir, maintenir, restaurer la santé mentale, physique, émotionnelle et spirituelle. La musique a des qualités non-verbales, créatives, émotionnelles et structurelles. Ces qualités sont utilisées dans la relation thérapeutique pour faciliter le contact, les interactions, la conscience de soi, l’apprentissage, l’expression de ses émotions, la communication et le développement personnel” (Canadian Association for Music Therapy, 1994).

L’article “Zoom sur la musicothérapie et ses bienfaits sur la santé” (2021) met en évidence deux types de techniques : active et passive.

Dans le cadre de la technique active, le patient est acteur dans le processus créatif et musical. En utilisant et explorant différents outils (instruments, voix, corps...), le patient pourra s’exprimer d’une manière autre que par le biais de la parole.

Dans le cadre de la technique passive, le patient écoute la musique ou le son favorisant ainsi la relaxation et l’amélioration de l’humeur.

L’article met en lumière de nombreux avantages à l’utilisation de la musique qui sont :

- l’amélioration des fonctions cognitives (attention, mémoire), psychomotrices (agilité, mobilité, coordination) et socio-affectives
- la relaxation, détente corporelle, libération des tensions et réduction de l’anxiété
- l’amélioration de l’humeur
- la régulation des troubles comportementaux
- la stimulation de l’expression émotionnelle, verbale ou non verbale
- le soulagement de la douleur chronique
- et l’amélioration du sommeil

(4) L’aromathérapie

L’aromathérapie est “l’utilisation des composés aromatiques des plantes, la plupart du temps sous forme d’huiles essentielles (très souvent obtenues par distillation), dans une optique de prévention, de soulagement de certains troubles ainsi que de bien-être et d’apaisement.” (Qu’est-ce que l’aromathérapie?).

Les huiles essentielles peuvent être utilisées de 3 manières : voie orale, cutanée et par diffusion ou vaporisation dans l’atmosphère ambiante.

L’article “L’aromathérapie à l’hôpital - Du changement dans l’air” (2017) présente le centre hospitalier de Grasse où l’aromathérapeute Isabelle Sogno-Laloz travaille avec les équipes soignantes pour proposer des soins de support (massages, bains de pieds...) aux personnes suivies dans le service de cancérologie.

Par ailleurs, l'unité de soins palliatifs de l'hôpital Joseph Ducuing à Toulouse utilise les huiles essentielles en diffusion, mais aussi pendant la réfection de pansements pour lutter contre les mauvaises odeurs.

L'unité de soins palliatifs du CHU de Poitiers utilise également les huiles essentielles contre les odeurs des plaies mais aussi sous forme de massage pour soulager les douleurs

L'utilisation de cette méthode a révélé certains bénéfices comme l'amélioration de la qualité de vie des patients ainsi que la réduction de l'anxiété et des perturbations du sommeil. Cela apporte également une odeur agréable dans les services, lieu ayant une odeur bien particulière.

IV. Méthodologie du recueil de données

Dans la continuité de mes recherches, j'ai décidé de réaliser des entretiens auprès d'infirmières. J'ai opté pour des entretiens semi-directifs, ceci me permettant de poser des questions ouvertes et générales.

L'objectif de ces entretiens était d'apporter des informations complémentaires à mes recherches. Pour cela, j'ai formulé différents objectifs au préalable.

Tout d'abord, je souhaitais avoir les définitions personnelles du professionnel de santé sur ce qu'est un soin, un patient et la distraction.

Ensuite, identifier les origines, les types de soins pouvant amener le patient à l'appréhender ainsi que les actions mises en place par le soignant.

Par ailleurs, je voulais identifier les impacts de cette appréhension sur le soignant.

Suite à cela, je désirais mettre en lumière les avantages des techniques ou outils de distraction utilisés pour le patient mais aussi pour le soignant.

Pour finir, je voulais connaître le positionnement du soignant sur la place de la distraction dans l'alliance thérapeutique et le consentement du patient. J'ai pu à l'aide de ces objectifs créer mon guide entretien.

J'ai réalisé 2 entretiens auprès d'infirmières, dans l'objectif d'interroger d'une part une infirmière jeune diplômée et d'autre part une infirmière expérimentée étant si possible formée à l'hypnose.

Pour la première IDE, j'ai proposé cet entretien à une infirmière du pool rencontrée durant mon stage où nous avons abordé le sujet de la distraction dans les soins.

Pour la deuxième IDE, j'ai eu la chance de pouvoir contacter via une formatrice de l'IFSI une infirmière diplômée d'état depuis 1993 ayant été formée à la communication thérapeutique et à l'hypnose.

J'ai proposé à chaque IDE de réaliser ces entretiens en présentiel. N'ayant pas de contraintes liées au Covid et après accord sur les emplois du temps, elles ont toutes les 2 accepté ces face-à-face. Durant les entretiens, après leur accord, j'ai utilisé un logiciel d'enregistrement audio sur mon téléphone pour pouvoir par la suite retranscrire les échanges.

Mes entretiens se sont tous deux très bien passés. J'ai pu identifier certaines facilités que j'ai eu mais également des difficultés.

Pour commencer, je n'ai pas eu de difficulté à trouver et contacter les infirmières. Elles ont toutes les 2 accepté avec plaisir et montré de l'intérêt lors des entretiens.

J'avais cependant des craintes concernant la compréhension de mes questions ayant eu des difficultés à en formuler certaines. Les professionnelles m'ont confié qu'elles étaient claires et compréhensibles. Cela a facilité leurs réflexions et m'a permis d'obtenir des réponses complètes. De plus, j'avais peur de ne pas réussir à les relancer si besoin.

Finalement, je n'ai pas eu de problème mais avec le recul et en relisant les entretiens, je pense que certains points auraient mérité d'être approfondis.

V. Analyse des entretiens

A. Soin / patient

Sur le thème du soin, les définitions données par les 2 professionnelles sont complémentaires. L'IDE 2 le définit comme étant "une action qu'on va faire auprès du patient pour amener un résultat", l'autre infirmière ajoute la vision d'aide et de soutien apportée à autrui.

Elles se rejoignent sur les différents types de soin en précisant qu'il y a les soins techniques avec les soins invasifs et non invasifs, mais également le soin relationnel. L'IDE 2 ajoute le fait que "les deux vont vraiment bien ensemble".

Concernant leur perception du patient, les 2 infirmières se rejoignent également. D'une part, l'IDE 1 le définit comme étant "quelqu'un qui serait bénéficiaire de cette aide potentiellement fournie" tout en intégrant le droit au refus de soin et l'obligation d'obtenir le consentement. Pour la seconde professionnelle, le patient est "une personne qui va avoir un problème physique ou moral, mental à un moment donné de sa vie, qui va devoir consulter, peut-être même être hospitalisé".

Pour elles, le patient doit être acteur et pas objet de soin. La seconde infirmière insiste sur l'idée que "le patient porte bien son nom parce que bien souvent il faut qu'il soit patient" et l'IDE 1 accentue ce point en expliquant que la journée d'un patient est rythmée par un soin, une attente de résultat ou encore un examen.

B. L'appréhension

Durant les 2 entretiens, les infirmières ont évoqué 2 causes possibles de l'appréhension. La première est les soins invasifs comme le dit l'IDE 1 "c'est souvent les soins médicaux ou paramédicaux qui sont appréhendés, donc nos soins prescrits qui sont appréhendés, donc ce qui va être un peu invasif".

La deuxième cause identifiée est l'annonce d'un diagnostic avec l'appréhension de l'après. Pour affiner leur point de vue, l'IDE 1 attire l'attention sur des examens tels que l'IRM, qu'elle ne qualifie pas de soin invasif à proprement parler, mais tout de même "intrusif dans la sphère vitale" du patient.

De plus, cette infirmière exprime l'importance de "prendre en compte aussi les phobies ou les peurs sociales de chacun". Concernant l'IDE 2, celle-ci met plus en lumière l'appréhension "liée à la peur d'avoir mal" et à l'anxiété.

Les actions menées par les 2 infirmières afin de réduire l'appréhension sont basées sur leur propre cursus et expérience personnelle, et de ce fait assez différentes les unes des autres. La première infirmière explique au patient le soin, son intérêt et continue durant le soin sauf si le patient ne le souhaite pas.

Elle le questionne également sur ses connaissances sur le soin afin de corriger ou non ses à priori. L'infirmière sera amenée à le divertir également en parlant d'un autre sujet, un sujet qui l'intéresse.

De plus, elle explique que certaines personnes "n'ont pas besoin d'être rassurées avec des mots, elles ont juste besoin d'être entendues. Tu vas juste écouter."

Pour finir, l'IDE complète en disant qu'elle préfère être dans l'hyper honnêteté vis à vis du patient cependant elle précise bien qu'elle le fait "en fonction de la personne qui est en face de moi".

La seconde infirmière insiste davantage sur le fait "de valider cet inconfort" afin par la suite de pouvoir "aller les chercher là où ils sont pour les ramener à la conscience, à la réalité de maintenant".

L'appréhension du patient a un impact sur le soignant, qu'elles m'ont toutes les 2 exprimées. Elles peuvent se sentir jugées, se retrouver dans un état de panique. L'IDE 2 confie s'être "retrouvée vraiment démunie" et qu'il s'agit d'une grosse frustration en tant que soignant.

Toutefois, la première infirmière nuance en disant que "Ça dépend dans quelle posture je me trouve". L'impact de l'appréhension du patient sur le soignant sera amoindri si ce dernier se sent compétent en maîtrise et en connaissance : "Je vais être plus rassurée, donc également plus rassurante".

C. L'alliance thérapeutique

Les 2 infirmières sont d'accord sur l'intérêt de l'alliance thérapeutique. L'IDE 2 l'exprime bien en disant "Ce qui va être important, c'est de rentrer en relation". La première infirmière ajoute "qu'on a besoin de cette relation là, main dans la main pour faire le soin correctement", la seconde renchérit par ces mots "si on ne crée pas cette alliance, on ne pourra rien faire avec nos patients."

Les professionnelles de santé montrent au cours de l'entretien l'importance de l'alliance thérapeutique. C'est pour cette raison qu'elles vont constamment chercher à la créer, voire la renforcer, si déjà présente, par différents moyens.

Le premier moyen mis en avant par ces 2 professionnelles est l'écoute du patient (IDE 1 - "Je montre que j'ai entendu que j'ai écouté" ; IDE 2 - "je vais beaucoup observer et beaucoup écouter.").

Le second est la compréhension mutuelle durant la communication. Il est primordial pour favoriser l'alliance thérapeutique de comprendre le patient mais également de se faire comprendre. Pour cela, il sera nécessaire d'utiliser un vocabulaire adapté et compréhensible par le patient, comme l'évoque la seconde infirmière "on va parler le même langage que lui".

Par ailleurs, l'IDE 2 aborde les différentes techniques de communication permettant de favoriser l'alliance avec le patient comme le fait de "se mettre à hauteur du patient, même aller carrément en position basse par rapport à lui". La première infirmière ajoute l'importance de réaliser un retour positif au patient. Selon elle, "ils nous ont accordé leur confiance. Du coup, je trouve ça légitime qu'ils aient un retour positif de notre part".

Un point que je souhaitais aborder lors de mes entretiens était le lien entre l'alliance thérapeutique et la distraction. Les infirmières se rejoignent en exprimant l'idée qu'on ne peut créer de distraction sans créer avant tout l'alliance avec le patient. L'IDE 1 l'exprime bien en disant qu'il s'agit d'une relation de cause à effet et qu'il y a "l'alliance qui permet la distraction, mais tu as la distraction qui du coup va renforcer l'alliance".

D. La distraction

Sur le thème de la distraction, 2 mots reviennent régulièrement dans les 2 entretiens : focaliser et défocaliser. L'IDE 1 définit la distraction comme étant "l'art de focaliser le cerveau où il n'est pas" mais également comme étant "des indications d'hyper vigilance qui vont prêter l'attention à autre chose que ce qui se passe actuellement". La définition de la seconde IDE se rapproche de la première. Pour elle, "c'est une façon de défocaliser le patient de ce qui va arriver."

Pour réaliser cette distraction, elles emploient toutes deux des outils ou techniques différentes mais complémentaires. La première infirmière considère que "Tout est distraction et rien ne l'est".

Sur cette base, elle utilise l'hypno relaxation ainsi que la communication afin de distraire le patient en amenant la conversation sur un autre sujet. Elle s'adaptera aux différentes gênes et phobies des patients à la manière de l'aromathérapie pour les odeurs de plaie, ou encore en masquant le soin lors d'une phobie visuelle.

Quant à la seconde infirmière, elle pratique davantage de techniques telles que l'hypnose, la communication thérapeutique ainsi que du pacing respiratoire. Elle utilise également la musique et parfois la réalité virtuelle.

Elles trouvent toutes deux de nombreux avantages dans l'utilisation de ces techniques et outils. Elles permettent à l'IDE 1 de "consacrer ce temps à cette personne là pour être la plus concentrée, la plus en harmonie avec elle et d'être à l'écoute de ses sensations et de ses besoins" mais également d'avoir un sentiment de "fierté d'avoir fait les soins comme je l'entends".

L'IDE 2 la rejoint sur ce point en disant que "C'est très bien pour le patient, mais qu'est ce que ça fait du bien pour nous aussi". Elles s'accordent également sur un des objectifs de la distraction, le "bon souvenir du soin" comme l'évoque la seconde infirmière : "l'objectif, c'est diminuer la douleur du moment, les appréhensions, les peurs et surtout qu'il garde un bon souvenir de ce soin."

Mon dernier point est l'influence de la distraction sur le consentement du patient. Pour elles, le consentement doit être obtenu avant la distraction car comme le dit l'IDE 2 "De toute manière, il faut qu'il consente pour faire le soin". La première infirmière ajoute aussi l'idée que "tu perds le bénéfice de ta distraction et tu reviens sur un sujet houleux".

VI. Discussion

À la suite des recherches documentaires et des entretiens réalisés, j'apporterai une vision globale de mon travail en mettant en relation les différents points de vue abordés. J'intégrerai également mon point de vue sur les différentes notions.

Tout d'abord, je vais parler du patient et de sa condition au sein de l'hôpital. Au cours des entretiens, j'ai pu questionner les infirmières sur ce qu'était pour elles un patient. Pour elles, il s'agit d' "une personne qui va avoir un problème physique ou moral" (IDE 2) et qui pourra bénéficier d'une "aide potentiellement fournie" (IDE 1) par le professionnel.

Elles ont toutes les deux insisté sur un point qui m'a marqué, "Le patient porte bien son nom parce que bien souvent il faut qu'il soit patient" (IDE 2). Effectivement, quand une personne est hospitalisée, elle passe la plupart de son temps à attendre. Attendre un soin, un examen, un résultat, une visite qu'elle soit médicale ou familiale, le patient attend constamment.

Je trouve ce point important car à l'inverse des patients, les soignants passent leur temps "à courir" entre les soins, les patients. Il existe une notion du temps différents entre les deux, 15 minutes pourront passer extrêmement vite pour un soignant tandis que pour un patient, elles peuvent être perçus comme longue et stressante. Il me semble donc important de prendre en compte cette donnée en tant que futur professionnel car montrer que l'on prend en compte ce point, montre l'attention portée aux patients et qu'ils ne sont pas considérés comme des objets de soins.

Comme vu dans le cadre théorique, les soins invasifs sont les plus susceptibles de susciter de l'appréhension chez un patient. Défini par le dictionnaire Larousse comme "une méthode d'exploration médicale et de soins nécessitant une lésion de l'organisme", ceux-ci peuvent induire une douleur favorisant l'anxiété voire la peur du patient.

Les infirmières s'accordent sur ce sujet mais ajoute l'idée d'annonce d'un diagnostic avec l'appréhension de l'après. En effet, l'annonce est un moment que le patient peut fortement appréhender. Le résultat qui lui est donné peut considérablement changer sa vie en ayant un impact sur différents plans (personnel, familial, social, professionnel, ses passe-temps...).

À l'inverse des soins invasifs, les soins relationnels auront la possibilité de diminuer cette appréhension. En effet, rassurer le patient, expliquer les soins ou examens à venir, l'accompagner, l'écouter, instaurer une relation... va permettre de diminuer cette appréhension. Pour Walter HESBEEN, il ne peut y avoir de pratique soignante si la relation entre le patient et le soignant est inexistante. Malheureusement, je trouve qu'il peut être compliqué d'instaurer cette relation car comme exprimé précédemment, les soignants ne cessent de "courir" et ne prennent plus ou ne peuvent plus prendre le temps de rester avec les patients.

Au cours d'un des entretiens, une des infirmières a attiré mon attention sur des examens comme l'IRM. Elle ne le qualifie pas de soin invasif mais "intrusif dans la sphère vitale" du patient. Quand un patient passe un IRM, il se retrouve dans un espace confiné et étroit, la distance nécessaire pour que le patient se sente bien n'est alors plus respecté pouvant entraîner une angoisse. Si on ajoute le bruit et le temps que l'examen se fasse (dure longtemps) cette angoisse est susceptible de grandir.

La seconde infirmière a mis en avant "la peur d'avoir mal". La prise en charge de la douleur est l'un des principaux rôles des soignants. Comme vu auparavant, la douleur est "une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes" (vérifier si def OMS). C'est une donnée subjective qui ne peut être décrite que par la personne la vivant. Elle est composée de différentes composantes (émotionnelle, cognitive, comportementale et sensorielle) qu'il est essentiel de prendre en compte.

Au cours de mes différents stages et expériences personnelles, j'ai pu entendre de nombreuses personnes, professionnel ou non, dire "tu exagère", "ça fait pas si mal" ou encore "il joue la comédie". Cependant, comme l'explique la définition, chaque personne ressent différemment la douleur. En tant que soignant, je pense qu'il est indispensable de ne pas juger la douleur des autres mais bien de l'évaluer et d'agir en fonction.

J'ai questionné au cours des entretiens les infirmières concernant l'impact de cette appréhension sur les soignants. Elles m'ont évoqué un sentiment de jugement, s'être "retrouvée vraiment démunie" (IDE 2). Toutefois, l'IDE 1 nuance en disant "Ça dépend dans quelle posture je me trouve". Elle explique que si elle se sent compétente dans ce qu'elle fait, cette appréhension aura moins d'impact sur elle : "Je vais être plus rassurée, donc également plus rassurante".

Je suis en accord avec elle. Quand un soignant doit réaliser pour la première fois un soin qu'il n'a jamais effectué auparavant, il peut ressentir une appréhension, un stress. Si le patient devant recevoir ce soin a un discours, une attitude, une gestuelle indiquant une appréhension, une peur... cela risque d'induire une panique, un stress supplémentaire au soignant. Il pourra alors avoir plus de difficulté à rassurer, à mettre en confiance le patient. C'est pourquoi je trouve les techniques utilisées par les 2 infirmières pour diminuer cette appréhension très intéressantes. Elles permettent malgré ce stress de diminuer un temps soit peu l'appréhension présente.

Elles utilisent des techniques pour diminuer cette appréhension différentes mais complémentaires. Elles

expliquent le soin, son intérêt, partent des connaissances du patient, elles instaurent une relation soignant-soigné, base de l'alliance thérapeutique. Phaneuf l'exprime bien en disant qu'il s'agit de "la substance même de l'alliance thérapeutique".

Afin de continuer à renforcer cette relation et alliance, elles vont écouter le patient, faire preuve de non-jugement et d'empathie. De plus, la seconde infirmière a évoqué des techniques de communication comme "se mettre à hauteur du patient, même aller carrément en position basse par rapport à lui". Une des idées utilisée par la première infirmière m'a marquée, elle réalise un retour positif au patient.

Comme exprimé au-dessus, les soins, les examens ou autre acte médical peut amener de l'appréhension, par conséquent un acte peut se transformer en épreuve aux yeux du patient. C'est pour cela que je trouve, après réflexion, qu'il est nécessaire de faire un retour au patient car comme le dit l'infirmière "ils nous ont accordé leur confiance. Du coup, je trouve ça légitime qu'ils aient un retour positif de notre part".

Une autre action qui je pense peut également renforcer l'alliance thérapeutique et diminuer l'appréhension, l'anxiété du patient est le contact physique. Un simple toucher, prendre la main peut permettre de rassurer certaines personnes. Cela montre également notre intérêt, on prend en compte ce qu'ils nous disent et/ou nous montrent.

Une de mes questions concerne l'influence de la distraction sur le consentement. Le consentement permet de mettre le patient au centre du soin, en valorisant son accord. Il est fondamentalement lié à l'autonomie de ce dernier car comme l'expriment les psychologues O. NUNGE et S. MORTERA, « L'autonomie repose sur la capacité de la personne à faire des choix, à assimiler ses propres décisions, à se sentir responsable de ses actes, à savoir se positionner par rapport à l'ordre social, à être cohérent avec ses valeurs, à repérer les règles et lois qu'elle respecte et cela en étant conscient du pourquoi elle les respecte ». Le respect du consentement et favoriser l'autonomie du patient font partie des valeurs soignantes et ont une influence sur l'alliance thérapeutique.

La distraction fait partie du rôle propre de l'infirmier même si certaine technique nécessite une formation. Il est par conséquent obligatoire de demander le consentement du patient avant toute distraction. Par ailleurs, les infirmières s'accordent en disant que "De toute manière, il faut qu'il consente pour faire le soin" (IDE 2) et que "tu perds le bénéfice de ta distraction et tu reviens sur un sujet houleux" (IDE 1).

Un des termes principaux de mon travail est la distraction défini par Bourdaud comme "le pendant de la concentration : lorsqu'on est concentré sur une chose, on est distrait de toutes les autres choses autour, et inversement. On peut ranger sous ce terme toute technique ou approche qui vise à diriger l'attention de l'enfant vers un évènement ou un stimulus non agressif de l'environnement immédiat". J'ai pu me rendre compte au fil des mes recherches et des entretiens que l'alliance thérapeutique, les valeurs citées précédemment, qui sont pour moi essentielles dans ma futur pratique, et l'obtention du consentement du patient sont indispensables à la mise en place de la distraction.

Il existe différents outils, techniques de distraction qui apportent des avantages. La première infirmière utilise l'hypno relaxation et la communication afin de divertir le patient. La seconde met en place de l'hypnose, utilise la communication thérapeutique et également du pacing respiratoire. Toutes les deux utilisent des techniques tels que la réalité virtuelle, la musique ou encore l'aromathérapie. L'IDE 1 voit comme avantage dans l'utilisation de ces techniques la possibilité de "consacrer ce temps à cette personne là pour être la plus concentrée, la plus en harmonie avec elle et d'être à l'écoute de ses sensations et de ses besoins".

L'article "La distraction dans les soins" met en lumière plusieurs avantages comme l'amélioration de l'humeur, limiter la peur et l'anxiété, améliorer la relation entre le professionnel et le soigné mais également d'autonomiser la personne. En effet, certains outils et techniques comme l'hypnose peuvent être apprise au patient leur permettant ainsi d'être acteur de leurs soins mais également dans le cadre de la douleur, de mieux l'anticiper.

Pour conclure, il n'est pas rare de rencontrer dans les services un patient qui appréhende un soin. Ce travail de recherche m'a permis de me rendre compte des différentes raisons pour lesquelles un patient appréhende un soin ou un autre acte médical. Il est par conséquent important de ne pas banaliser les soins car chaque patient est différent, chacun à ses phobies, ses peurs, ses craintes. En tant que future soignante, je trouve important de prendre en compte chacun de ces paramètres afin de s'adapter au mieux et laisser un bon souvenir du soin au patient.

Je retiens également l'importance de l'alliance thérapeutique. J'avais déjà conscience de son importance dans la prise en soin du patient mais comprendre son utilité et l'impact qu'elle a dans l'appréhension d'un patient me permettra d'y faire davantage attention dans ma pratique professionnelle.

J'ai pu également découvrir de nouvelles techniques de distraction. Par ailleurs, l'utilisation de ces techniques n'ont pas seulement un impact positif sur les patients mais également sur les soignants. Par exemple, les auxiliaires de puéricultrices N. Deniau, V. Monteil et C. Wuilque ont remarqué que l'utilisation de la réalité virtuelle a permis la réalisation d'un soin dans un contexte plus serein pour le soignant ou encore l'aromathérapie qui amène une odeur agréable dans les services. Je pense que l'utilisation des techniques de distraction apporte un certain mieux-être aux soignants l'instaurant. Cela m'amène donc à me poser la question suivante : "En quoi l'utilisation d'outils et de techniques de distraction impact le bien-être des soignants et favorise une meilleure prise en soin ?"

VII. Conclusion

Au début de ce travail de recherches, il y avait 2 situations d'appels qui avaient en point commun un patient qui appréhendait le soin à venir. Suite à cela, un certain nombre de questions me sont apparues amenant ainsi à une question de départ qui est : En quoi la distraction comme outil de communication peut-elle favoriser l'alliance thérapeutique et le consentement d'un patient qui appréhende le soin ?

Mes recherches ont été guidées grâce aux différentes notions abordées dans ma question de départ. j'ai étendu mes recherches afin d'enrichir d'avantages mes connaissances et obtenir différents points de vue. J'ai par la suite construit un guide d'entretien avec différents objectifs me permettant d'interroger deux infirmières. Cela m'a permis d'obtenir leurs opinions concernant mon sujet.

Ensuite, j'ai croisé mes recherches avec l'analyse des entretiens en y incorporant mon point de vue de future professionnelle.

Ce travail de recherches m'a permis d'évoluer en tant que personne mais également en tant que soignante en me permettant de me questionner sur ma pratique professionnelle.

J'ai beaucoup appris sur l'appréhension que ce soit sur ses causes, ses impacts et les différents moyens pour l'atténuer. Durant ces 3 années, j'ai appris énormément de choses sur l'alliance thérapeutique, que ce soit en cours comme en stage j'ai pu voir son importance dans la prise en soin. Cependant, ce travail m'a permis de découvrir de nouveau point de vue et l'impact qu'elle peut avoir sur l'appréhension d'un patient. Concernant la distraction, la découverte de nombreuses techniques me donne fortement envie de continuer à apprendre à les utiliser, même me former comme pour l'hypnose et la communication thérapeutique. Je souhaite réellement continuer à approfondir ce point car selon moi, il s'agit d'un moyen efficace pour apporter un mieux-être au patient. Par ailleurs, au fil de mes recherches, j'ai pu remarquer que ces différentes techniques ont un impact sur les soignants d'où mon ouverture : En quoi l'utilisation d'outils et de techniques de distraction impact le bien-être des soignants et favorise une meilleure prise en soin ?

En revanche, j'ai trouvé frustrant de devoir se limiter à un certain nombre de pages. L'appréhension, l'alliance thérapeutique et la distraction sont des sujets que j'ai trouvé vraiment intéressants et j'ai trouvé cela compliqué de ne pas pouvoir développer autant que je le souhaitais. J'ai également rencontré des difficultés à la formulation de ma question de départ.

Malgré cela, j'ai apprécié de réaliser ces recherches ainsi que les entretiens sur un sujet qui m'intéressait énormément.

VIII. Bibliographie

Ouvrage :

- Artaud, J. (1997). L'Écoute : attitudes et techniques L'Écoute dans les relations humaines. Lyon : Chronique Sociale.
- Curchod, C. (2019). Les situations de soins complexes, un défi à relever pour les infirmières. Millau : Seli Arslan
- HESBEEN, W., Dupuis, M., & et al. (2009). DIRE ET ECRIRE LA PRATIQUE SOIGNANTE DU QUOTIDIEN : REVELER LA QUETE DU SENS DU SOIN. Paris : Seli Arslan.
- Phaneuf M. (2011). La relation soignant-soigné, Rencontre et accompagnement. Paris, France: Chenelière Education.
- Talbot, F. (2000) L'anxiété, ce mal nécessaire.

Article :

- Aim, P., Pham-Dinh, C., Jousselin, C., Bioy, A., Etienne, R., Bouillevaux, I., Bass, F., Genty, G., Groguenin, K., & Bigeon, N. (2019, Juin). Hypnose et communication thérapeutique. *Santé mentale*, n°239, p. 29-85.
- Gilioli, C. (2022, Juin-Juillet). Le consentement, de quoi parle-t-on ? *Gestion hospitalière*, n°617, p. 341-346.
- Louÿs, P. (2022, Juillet 18). Appréhension - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples. Dico en ligne Le Robert. <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/apprehension>
- Malaquin-Pavan, E. (2010, Octobre). La douleur induite par les soins. *Soins*, 749, p. 33-58.
- Paillard, C. (2021). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières : vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné*. Noisy-le-Grand : Setes.
- Roosen, M. (2007). L'influence de l'attitude des soignants dans la gestion de l'anxiété chez les patients. *Éducation du Patient et Enjeux de Santé*, Vol. 25 (n°2), page 29 - page 34.
- Wanquet-Thibault, P. (2020, Novembre). La distraction dans les soins. *L'infirmière*, n°2, p. 28-30.

Site Web :

- Académie de Strasbourg. (2015). *L'autonomie*. https://pedagogie.ac-strasbourg.fr/fileadmin/pedagogie/stss/DEPOT_DOCUMENTS/BAUMEIER_Elisabeth/Bilan_autonomie_14_10_2015.pdf
- ALLAVENA, S., ANDRE, S., et al. (2019). *Prévenir la douleur induite par les soins*. https://rsva.fr/wp-content/uploads/2019/12/prevenir_la_douleur_induite_par_les_soins_adulte.pdf
- Andrey, B., & Pelloni, C. (2018, January 5). « *Et si on s'écoutait parler...* ». HEdS-FR. Retrieved May 1, 2023, from https://www.heds-fr.ch/media/1428/synth%C3%A8se-et-r%C3%A9férences_20171214.pdf
- *autonome* | *Dictionnaire de l'Académie française* | 9e édition. (n.d.). Dictionnaire de l'Académie française. Retrieved May 1, 2023, from <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9A3280>
- Bevalot, A. (n.d.). *L'alliance thérapeutique.... pour quoi faire ?* Aurore Bévalot L'aparté Psy. Retrieved May 1, 2023, from <https://www.aurorebevalot.com/alliance-therapeutique/>
- Bioy, A., & Bachelart, M. (2022, July 29). *L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques*. Cairn.info. Retrieved May 1, 2023, from <https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2010-4-page-317.htm>
- Bourdaud, N. (2018). *HYPNOSE ET DISTRACTION PRÉOPÉRATOIRE CHEZ L'ENFANT*. <https://www.mapar.org/article/1/Communication%20MAPAR/m3rnydbs/Hypnose%20et%20distracti on%20préopératoire%20chez%20l'enfant.pdf>
- Bracconi, M., Hervé, C., & Pirnay, P. (2017). *Réflexions éthiques sur le principe de l'autonomie du patient*. EMRO. Retrieved May 1, 2023, from <https://www.emro.who.int/emhj-volume-23-2017/volume-23-issue-12/reflexions-ethiques-sur-le-principe-de-lautonomie-du-patient.html>
- CHU Nante. (n.d.). *La relation soignant/soigné et ses aspects*.

- https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/relation-soignant-soigne_1459520255564-pdf
- COHEN-BITTAN, J., RAY, P., & BODDAERT, J. (n.d.). *Gestes invasifs chez le patient âgé : utiles ou futiles ?* Retrieved May 1, 2023, from https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Gestes_invasifs_chez_le_patient_age_utiles_ou_futiles.pdf
 - *Définitions : communication - Dictionnaire de français Larousse.* (n.d.). Larousse. Retrieved May 1, 2023, from <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>
 - *Définitions | ICN.* (2023). International Council of Nurses. Retrieved May 1, 2023, from <https://www.icn.ch/fr/politique-infirmiere/definitions>
 - *Définitions : invasif - Dictionnaire De Français Larousse.* (n.d.). Larousse. Retrieved May 1, 2023, from <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/invasif/44072>
 - *Définitions : relations - Dictionnaire de français Larousse.* (n.d.). Larousse. Retrieved May 1, 2023, from <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rerelations/67845>
 - *Définitions : soin, soins - Dictionnaire de français Larousse.* (n.d.). Larousse. Retrieved May 1, 2023, from <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soin/73236>
 - Deniau, N., Monteil, V., & Wuilque, C. (2019). *Quand le soin et le virtuel ne font qu'un !* https://www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/temoignage_romo-v5-aout.pdf
 - *distraindre* — Wiktionnaire. (2022, décembre 12). Wiktionnaire. Retrieved May 1, 2023, from <https://fr.wiktionary.org/wiki/distraindre>
 - Dreamaway. (2020, April 10). *La réalité virtuelle au service de la Médecine.* DreamAway. Retrieved May 1, 2023, from <https://www.dreamaway.fr/realite-virtuelle-medecine/>
 - Dujardin, O. (2018, October 24). *Les huiles essentielles apaisent les patients en soins palliatifs.* Actusoins. Retrieved May 1, 2023, from <https://www.actusoins.com/304779/les-huiles-essentiels-apaisent-les-patients-en-soins-palliatifs.html>
 - *empathie | Dictionnaire de l'Académie française | 9e édition.* (n.d.). Dictionnaire de l'Académie française. Retrieved May 1, 2023, from <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9E1130>
 - *Fiche 13 : j'exprime mon consentement.* (n.d.). Ministère de la Santé. Retrieved May 1, 2023, from <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/guide-usagers-votre-sante-vos-droits/article/fiche-13-j-exprime-mon-consentement-429226>
 - *Fiche 14. Soins infirmiers invasifs : l'effraction cutanée par aiguille.* (2022, July 29). Cairn.info. Retrieved May 1, 2023, from <https://www.cairn.info/hypnose-en-soins-infirmiers--9782100746828-page-167.htm>
 - Formarier, M. (2022, July 29). *La relation de soin, concepts et finalités.* Cairn.info. Retrieved May 1, 2023, from <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-33.htm>
 - FORMATIONS PARAMEDICALES. (2017, October 27). *Les soins relationnels – PaReDoc.* PaReDoc. Retrieved May 1, 2023, from <https://formationsparamedicales.wordpress.com/2017/10/27/les-soins-relationnels/#more-1415>

- Healthy Mind. (2021, March 10). *Musicothérapie et bienfaits sur la santé : ce qu'il faut savoir*. Healthy Mind. Retrieved May 1, 2023, from <https://healthymind.fr/musicotherapie-bienfaits-sante/>
- IFSI Dijon. (2020). *L'empathie*. <http://www.ifsidijon.info/v2/wp-content/uploads/2020/02/lempathie-2020.pdf>
- info Droits. (2020). *La communication*. <https://cnps.ca/wp-content/uploads/2020/03/Communication-fr-QC2016.pdf>
- JARSAILLON, UGGA, GRAND, BETHENOD, & CANARD. (2016). *FORMATION : DROITS DES USAGERS Le patient usager, acteur de sa santé*. <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/FORMATION.pdf>
- JOANNES, C. (2009, avril 16). *Cours - Psychiatrie - La reformulation*. Infirmiers.com. Retrieved May 1, 2023, from <https://www.infirmiers.com/etudiants/cours-et-tests/cours-psychiatrie-la-reformulation>
- Kiné santé. (n.d.). *Qu'est-ce que l'aromathérapie? Définition*. Laboratoire INSPHY. Retrieved May 1, 2023, from <https://www.insphy.com/A-17640-qu-est-ce-que-l-aromatherapie-notre-definition.aspx>
- Mamane, B., & Martel, C. (2022, May 9). *Quand la sophrologie s'invite dans les soins infirmiers en péri-opératoire*. Infirmiers.com. Retrieved May 1, 2023, from <https://www.infirmiers.com/profession-ide/quand-la-sophrologie-sinvite-dans-les-soins-infirmiers-en-peri-operatoire>
- Marion, C. (2020, octobre 14). *La communication positive dans les soins, l'article qu'il ne faut pas lire ! Les mots positifs*. <https://www.lesmotspositifs.com/blogue/communication-positive-dans-les-soins/>
- Médoucine. (2018, janvier). *Musicothérapie : la musique comme thérapie*. PasseportSanté. Retrieved May 1, 2023, from https://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=musicotherapie_th
- Ministère de la Santé. (2023, mars 10). *La douleur*. Ministère de la Santé. Retrieved May 1, 2023, from <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur>
- *Musicothérapie*. (2023, mars). Métiers de la musique. Retrieved May 1, 2023, from <https://metiers.philharmoniedeparis.fr/musicotherapie.aspx>
- Pasquelin, A. (2022, January 31). *La réalité virtuelle a trouvé sa place à l'hôpital*. Hospitalia. Retrieved May 1, 2023, from https://www.hospitalia.fr/La-realite-virtuelle-a-trouve-sa-place-a-l-hopital_a3029.html
- *Patient* — Wikipédia. (2023, avril 28). Wikipédia. Retrieved May 1, 2023, from <https://fr.wikipedia.org/wiki/Patient>
- Phaneuf, M. (2016, mars). *L'alliance thérapeutique comme instrument de soins*. <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2016/03/Lalliance-therapeutique-comme-instrument-de-soins.pdf>
- Pierre Fabre. (2016, June 6). *L'aromathérapie fait son entrée à l'hôpital*. Pierre Fabre. Retrieved May 1, 2023, from

- <https://www.pierre-fabre.com/fr/article/aromatherapie-pourquoi-les-huiles-essentielles-arrivent-a-lhopital>
- Psychologue.net. (2020, January 30). *Distance et espace proxémique dans les relations sociales*. Psychologue.net. Retrieved May 1, 2023, from <https://www.psychologue.net/articles/distance-et-espace-proxémique-dans-les-relations-sociales>
 - *Refus de soins | APHP*. (2022, February 18). APHP |. Retrieved May 1, 2023, from <https://www.aphp.fr/patient-public/proches-familles-visiteurs/refus-de-soins>
 - Schmid, M. (2019, May 7). *L'importance du comportement non verbal – Les interactions au travail*. Blogs - Le Temps. Retrieved May 1, 2023, from <https://blogs.letemps.ch/marianne-schmid-mast/2019/05/07/limportance-du-comportement-non-verb-al/>
 - Thine, A. (2017, December 15). *L'utilisation de l'aromathérapie en milieu médical et hospitalier*. Plantes et Santé. Retrieved May 1, 2023, from <https://www.plantes-et-sante.fr/articles/aromatherapie/1326-laromatherapie-a-lhopital-du-changement-dans-lair>
 - Tracq, B. (n.d.). *C'est quoi la communication thérapeutique ? - Toute notre actualité*. Hypnose. Retrieved May 1, 2023, from <https://www.hypnoses.com/toute-notre-actualite/c-est-quoi-la-communication-therapeutique>
 - Vernois, V. (n.d.). *Les différents types d'hypnose*. Psynapse. Retrieved May 1, 2023, from <https://psynapse.fr/documentation-hypnose/types-hypnose/>
 - *VIEILLISSEMENT À DOMICILE*. (2018). <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2018/12/Note-Conceptuelle.pdf>
 - Vieyra, E., & Souchon, V. (2017, octobre). *La sophrologie : définition, bienfaits et rôle du sophrologue*. PasseportSanté. Retrieved May 1, 2023, from https://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=sophrologie_th
 - Violland, A.-C. (2022, July 29). *Patients, proches, soignants : peur de souffrir, peur de voir souffrir*. Cairn.info. Retrieved May 1, 2023, from <https://www.cairn.info/revue-infokara-2010-2-page-52.htm>
 - VIROT, C. (2002). *De la transe spontanée à l'hypnose médicale en anesthésie*. <https://www.campus-hypnoses.com/medium/W1siZiIsIjIwMjAvMDEvMTQvNzU5NDg4NWs5b190cmFuc2Vfc3BvbnRhbmlVILnBkZiJdXQ/transe-spontanee.pdf?sha=3decdd173ef9f7c2>
 - Warchol, N. (2022, July 29). *Autonomie*. Cairn.info. Retrieved May 1, 2023, from <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-87.htm>
 - Winance, M. (2022, July 29). *2007/4 Dépendance versus autonomie... De la signification et de l'imprégnation de ces notions dans les pratiques médicosociales*. Cairn.info. Retrieved May 1, 2023, from <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2007-4-page-83.htm>

Loi et décret :

- *Article 1 - Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers*. (2017, novembre 27). Légifrance. Retrieved May 1, 2023, from

https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000033479583

- *LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1)*. (2016, février 3). Légifrance. Retrieved May 1, 2023, from <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031970253>

Mémoire :

- LEPRETRE, N. (2021). *Hypnose et douleurs induites par les soins*. https://centredoc.chu-rennes.fr/ifs/ifs/doc_num.php?explnum_id=2865
- LE QUERLER, A. (2021). *L'importance de la distraction en pédiatrie*. https://centredoc.chu-rennes.fr/ifs/ifs/doc_num.php?explnum_id=2861
- Simon, V. (2012). *Avoir peur d'avoir mal, c'est déjà avoir mal*. https://www.sparadrap.org/sites/default/files/inline-files/TFE_Simon_2012.pdf

Cours :

- Davy, A. (2021). Les généralités sur la douleur. IFSI CHU Rennes.
- Le Bihan, C. (01/2021). Théorie de la communication. IFSI CHU Rennes.

IX. Annexes

A. Guide d'entretien

B. retranscription des entretiens

C. tableau d'analyse des entretiens

1. Guide d'entretien

Bonjour. Je m'appelle Coralie Deu et je suis en troisième année à l'IFSI du CHU de Rennes. En raison de mon travail de fin d'étude sur le thème de la distraction durant un soin, je voudrais vous poser quelques questions. Il est important que vous sachiez que cet entretien va être enregistré mais il sera entièrement anonymisé. Vous êtes dans le droit de ne pas répondre à une question si jamais vous ne le souhaitez pas.

- Présentation du professionnel :
 - Pouvez-vous vous présenter ?
 - Quel est votre parcours professionnel ?

- Comment définissez-vous un soin ? Un patient ?

Relance : différents types de soins ? Position du patient dans le contexte d'un soin nécessaire ?

Objectif : Obtenir une définition personnel du professionnel de santé

- Dans l'exercice de vos fonctions, avez-vous été confronté à un patient qui appréhendait un soin ? Si oui, qu'avez vous mis en place pour diminuer cette appréhension ?

Relance : Si non, que feriez-vous si cela vous arrivait ?

Objectif : Identifier les types de soins pouvant provoquer de l'appréhension, connaître les actions mises en place par le soignant dans ce type de situation

- Au regard du patient, qu'est ce qui peut être à l'origine de l'appréhension d'un soin pour le patient ?

Relance : utiliser les réponses de la question 1, le regard du patient sur le soin (crainte, confiance envers le soignant, obligation du soin)

Objectif : Identifier les origines de l'appréhension d'un soin, connaître les impacts sur les soignants

- Quelles peuvent être les conséquences de cette appréhension pour vous ?

Relance : dans la réalisation du soin, de votre attitude

Objectif : Identifier les conséquences de l'appréhension d'un soin

- L'alliance thérapeutique peut-elle avoir un rôle dans l'appréhension d'un soin ?

Relance : la confiance, la relation avec le patient, l'écoute

Objectif : Identifier les origines de l'appréhension d'un soin

- Comment définissez-vous la distraction ?

Relance : exemple de techniques de distraction (VR, sophrologie, communication thérapeutique...)

Objectif : Obtenir une définition personnel du professionnel de santé

- Avez-vous déjà vu ou utilisez des techniques ou outils de distraction avant et/ou pendant un soin ?
- À vos yeux, quel intérêt y trouvez-vous dans la prise en charge de votre patient ?

Relance : alliance thérapeutique, "simplifier" le soin

- Au regard du patient, quel intérêt peut-il y trouver dans sa relation avec le soin ?

Relance : ressentit, alliance thérapeutique

Objectif : Identifier les avantages des techniques ou outils de distraction pour le soignant et le patient

- Pensez-vous que la distraction, auprès d'un patient appréhendant un soin, ait une influence sur l'alliance thérapeutique ?

Relance : influence la confiance ? La relation ?

- Pensez-vous que cette distraction puisse amener jusqu'au consentement d'un patient réfractaire au soin ?

Relance :

Objectif : Connaître le positionnement du soignant sur la place de la distraction dans l'alliance thérapeutique et le consentement du patient

L'entretien est à présent terminé.

Souhaiteriez-vous apporter d'autres informations sur le sujet ? Sur le déroulement de l'entretien ?

2. Retranscription des entretiens

Entretien n°1 :

EIDE : Du coup, est ce que tu peux te présenter, parler de ton parcours?

IDE I : Ok. Je suis infirmière diplômée d'état depuis juillet 2019. J'ai été diplômée de l'école de Guillaume Régnier. J'ai commencé à travailler dès mon diplôme au C.H.U. Le premier poste était en neurologie pendant 2 mois, après neuro-vasculaire pendant quatre mois après trois ans de nuit sur le pool général de nuit. On tourne partout sauf la réa et la pédiatrie. On va vraiment partout dans tous les pôles. Et jusque là, décembre dernier, je suis passée deux jours sur le pool du pôle abdomen et métabolisme.

EIDE : Ok, t'as vu plein de choses en fait.

IDE I : Ouais là, ça va faire trois ans et demi. Je suis sur un pool donc ouais, j'apprends plein, plein, plein de choses.

EIDE : Mais c'est pas trop dur de s'adapter ?

IDE I : Ça dépend des situations, ça dépend des zones de distractions environnementales, le téléphone, ça dépend de la prise en charge, ça dépend des gens que tu rencontres en face de toi, ça dépend de tes collègues qui peuvent t'aider ou pas, ça dépend de pas mal de choses. En fait, il y a pas mal de facteurs qui vont aider ou ne pas aider dans la situation. Donc non, de nuit ça va parce que t'as moins de distractions, les gens sont censés se reposer, t'as quand même des soins, mais moins techniques. C'est surtout de la surveillance, et savoir alerter quand il y a besoin. Mais là, je remarque la difficulté du jour quand on passe de jour. Surtout là, de tourner sur tous les services d'hospitalisation, tu as intérêt à t'accrocher. Et puis la cadence est assez importante. Après ça dépend, ça dépend vraiment de pas mal de paramètres en fait. Donc, Bon voilà.

EIDE : Du coup, je t'avais déjà dit mais mon mémoire est sur le thème de la distraction durant le soin. Donc, ma première question c'est comment est ce que tu définis un soin ?

IDE I : Comment je définis un soin. Je n'ai pas révisé avant de venir.

EIDE : Tant mieux, tant mieux comme ça, ça fait plus naturel. C'est ta définition à toi.

IDE I : Pour moi, un soin, ça va être une aide apportée à autrui, quel que soit son domaine de référence. Typiquement un soin, par exemple, on disait que j'étais de nuit. Le sommeil est un soin dans le sens où tu aides les gens à récupérer, donc du coup par là tu peux soulager les douleurs, tu peux soulager plein de choses. Donc en gros, pour moi, le soin c'est synonyme d'aide et de soutien en fait. Et puis après là, je te parle de physique avec les soins invasifs et non invasifs comme les prises de sang et tout ça, mais ça passe aussi par le soin relationnel, la communication. Et c'est une aide sur un autre plan, sur un autre aspect. Ouais, je pense que l'aide ça serait le mot.

EIDE : soin égale aide.

IDE I : Mais pas dans le sens, c'est pour ça que je préfère le mot soin, c'est que des fois c'est des gens qui ne réclament pas d'aide, et je ne suis pas là pour dire je suis l'héroïne qui vient aider et qui vient sauver des gens. Pour moi, un soignant, c'est un pilier sur lequel s'appuyer et se reposer dans des situations où la personne n'est pas apte à y parvenir par elle. On est un maillon, un outil pour guider du coup.

EIDE : Ok. Et du coup, comment est-ce que tu définirais un patient?

IDE I : Un patient. Et bien, quelqu'un qui recevrait cette aide là, qui recevrait ce soutien ou cette... Quelqu'un qui serait bénéficiaire de cette aide potentiellement fourni et qui a bien sûr le droit au refus de soins. Des fois on est en refus de soins, on est dans le refus d'aide en fait. Si on va dans le plus plus large, on regarde dans des phrases, refus de soins, pour moi, c'est un refus d'aide. La personne ne veut pas être aidée,

elle ne veut pas d'aide, d'aide annexe, d'aide externe. Du coup, un patient c'est quelqu'un qui bénéficierait de ce soutien et de cette aide. **Toujours avec son consentement.**

EIDE : Toujours le consentement. Du coup, est ce que dans tous les lieux où tu as travaillé, est ce que t'as déjà été confronté justement à un patient qui appréhendait un soin?

IDE 1 : Toujours.

EIDE : Du coup, qu'est ce que tu mets en place?

IDE 1 : Ce que je mets en place, c'est que déjà je préviens la personne. **Je n'arrive pas avec le plateau dans les mains, je vais voir la personne, je lui explique qui je suis, je me présente, je lui dis qu'il y aura un soin, souvent technique. Du coup, c'est souvent les soins médicaux ou paramédicaux qui sont appréhendés, donc nos soins prescrits qui sont appréhendés, donc ce qui va être un peu invasif.** Du coup je préviens la personne, **je lui explique l'intérêt du soin si ça n'a pas déjà été fait, s'il en avait parlé avec le médecin, ce qu'il sait déjà du soin, savoir comment il voit la chose, est ce qu'il a eu des indications ou savoir sur quelles bases lui il part déjà.** Et puis j'apporte mes modifications s'il n'a pas toutes les infos, j'apporte mon regard de soignante. Je lui explique qu'on va prendre le temps, que je sais, même si je suis pressée sur le moment et bien que je vais essayer de m'accorder du temps pour le faire, pour le faire bien, même si on cours tout le temps, mais dédier ce temps là à cette personne et après je mets un système de délai en cours par exemple, là je dis pour l'instant je viens vous expliquer, je vais chercher mon plateau de soins, je vais préparer mon matériel, je reviens dans dix quinze minutes.

EIDE : Donc tu m'as une temporalité.

IDE 1 : Ouais, c'est ça. **Je mets une temporalité** pour les aider. Si je dis 1h, ben il faut pas que je revienne avant parce peut-être que la personne n'aura pas eu le temps de se préparer psychologiquement. Si je dis cinq minutes et que j'en mets quinze, ben je m'excuse parce que j'ai été prise ailleurs, que voilà, c'est hors de ma volonté. Mais en général j'essaie de m'y tenir et de dire que **je consacre ce temps à cette personne là pour être la plus concentrée, la plus en harmonie avec elle et d'être à l'écoute de ses sensations et de ses besoins.** Et **après, pendant tout le soin, j'explique ce que je fais,** quand je déballe le matériel, je lui explique s'il y a des questions en même temps. Pendant que je fais le soin, j'explique, je demande le consentement s'il y a besoin d'introduire quelque chose quelque part, je demande de faire un peu de... **Je fait un peu d'hypnose relaxation.** Si ça te parle un petit peu.

EIDE : Oui, ça me parle.

IDE 1 : Je vais amener la personne soit à penser à complètement autre chose. Si je vois que ça ne marche pas... **Des fois je demande à ce qu'il respire. Mais des fois il est hyper ventilé donc c'est contre productif. Du coup ben je diverte un petit peu. Je parlais d'où il habite.** Et pendant tout ce temps, j'explique **sauf si la personne me demande de ne pas le faire.**

EIDE : Y a certaines personnes qui ne veulent pas savoir.

IDE 1 : Ne veulent pas savoir, qu'ils vont dire non me dites pas et je respecte ça aussi. Et justement, tout du long j'explique où je vais, doucement, je lui demande si ça va. Des fois, je casse les pieds aux gens pour leur demander si ça va toutes les cinq minutes, mais c'est important que même si eux ne se permette pas de le dire, de dire vous me dites où m'arrêter si y a un problème, vous restez immobile parce que j'ai besoin que vous soyez immobile, mais vous me le dites.

EIDE : Oui, ne pas hésiter à verbaliser.

IDE 1 : C'est ça, il faut parce que sinon on peut pas savoir.

EIDE : Mais du coup, tu disais que les soins invasifs c'était souvent une des raisons de l'appréhension. Est ce

que selon toi il peut y avoir d'autres choses?

IDE 1 : Oui. Alors là du coup, et là je parlais surtout pour la distraction pendant, un pendant un soin, et c'est souvent les soins invasifs qui sont appréhendés. Mais effectivement après t'as la prévention dans la prise en soin globale qui va être le diagnostic. Il y a des examens qui vont être passés, des imagerie, des bilans, des choses comme ça qui vont être passées et qui vont induire un diagnostic et le diagnostic ne sera pas forcément favorable. Ou voilà donc l'appréhension du résultat, l'appréhension du diagnostic, l'appréhension de l'après, des traitements qui vont être à mettre en place. Donc tu as une appréhension psychologique aussi sur le toute la santé du patient quoi. Je pense aussi. Et puis t'as l'appréhension aussi par exemple un IRM, c'est assez bruyant, c'est très conséquent, tu dois rester immobile tout ça. Alors c'est pas invasif. Mais c'est quand même intrusif dans la sphère vitale. bon j'ai jamais été dans un IRM, mais je vois à quoi ça ressemble. Il y a des gens que ça peut terroriser. Il faut prendre en compte aussi les phobies ou les peurs sociales de chacun aussi. Donc après c'est à nous de trouver les mots.

EIDE : trouver les mots pour rassurer.

IDE 1 : Et même des fois, ils n'ont pas besoin d'être rassurés avec des mots, ils ont juste besoin d'être entendus. Tu vas juste écouter.

EIDE : Qu'ils extériorisent.

IDE 1 : Voilà, tout à fait.

EIDE : Est ce que tu penses du coup que la relation avec le soignant, justement, va jouer sur cette appréhension ?

IDE 1 : super important. C'est pour ça que quand je te dis que je lui ai expliqué mon soin, tout ça, c'est que j'instaure déjà une relation qui est censée être de confiance. Après, c'est dans les deux sens. Ce que moi j'instaure comme confiance ne sera pas forcément au point. La personne ne va pas forcément le recevoir comme moi je l'envoie. Et du coup des fois tu vas être face à des gens qui sont un peu plus réfractaires. Mais la communication et ce que moi j'initie dans ses prises en soin et dans l'explication que je donne de mes soins, c'est de créer cette relation de confiance avec la personne.

EIDE : Du coup, toute cette appréhension, peu importe la raison, peu importe le soin, durant un soin qu'est ce que ça va avoir pour comme conséquence sur toi en fait?

IDE 1 : Ça dépend dans quelle posture je me trouve. Si je me trouve en tant que compétente parce que je connais le soin, je connais le service, je connais la spécialité et je vais connaître la pathologie. Je vais être à l'aise parce que je vais divulguer de l'aide Tu vois. Je vais être plus rassuré, donc plus rassurante. Typiquement une chambre vésicale ce n'est pas la première que je pose, j'en ai posé depuis, depuis 2016, je pose des sonde vésicale sur des hommes, sur des femmes, plus ou moins complexes, plus ou moins de grosses ou petit diamètre. Ça je sais m'adapter et je sais rassurer la personne. Je sais dire que ce n'est pas agréable mais qu'il faut souffler. Enfin, on peut amener la personne à se détendre et on a besoin de cette relation là, main dans la main pour faire le soin correctement. Pour un soin que j'ai peu ou pas pratiqué, Bon alors je vais rester quand même toujours bienveillante dans le sens où même si je ne maîtrise pas le soin, même si je ne suis pas très sûre de moi et que c'est la première fois que je le fais. Enfin, je vais rester quand même rassurante. Je ne vais pas inquiéter la personne parce que je me plante ou parce que je réfléchis mal. Mais je vais amener en fonction de la personne, comment elle se situe. Je vais préciser que c'est aussi une première pour moi ou que je n'ai pas l'habitude d'en faire que j'ai demandé à mes collègues. Je vais quand même rassurer sur le fait que je ne suis pas incompétente non plus. Mais que ce soit là spécifiquement, je ne suis pas forcément très connaisseuse, donc il y a des questions auxquelles je ne pourrais pas répondre mais

que s'il y a des questions avant ou après, je pourrais demander à une personne référente et ou personne connaissante.

EIDE : Tu Fais, tu fais les recherches après.

IDE 1 : Voilà c'est ça, je ne reste pas, je ne vais pas mentir en me disant mais si je suis hyper à l'aise, faites moi confiance, je ne vais pas être. [...] Alors que non, je [...] Tu vois, typiquement ce matin j'ai fait une installation de BCG en face, c'est en gros [...] un peu comme l'hexvix.

EIDE : Oui oui oui.

IDE 1 : Bien ça l'instillation. Et bien en fait l'hexvix c'est un peu du contraste. mais là le BCG c'est un traitement en gros pour [...] pourquoi exactement? Je ne sais plus, mais ça va être, On va instillé un produit qui va être gardé pendant 2 h dans la vessie pour faire un sorte de, un effet thérapeutique sur la vessie. [...] je n'ai jamais, donc c'est des kits, je n'ai jamais utilisé ce kit, je l'ouvre devant le patient et il y a un petit bout [...] C'est un kit donc c'est un peu particulier pour reconstituer le produit tout ça. Je lis devant le patient une première installation pour lui aussi, le déroulé donc je lisais, je faisais mon truc. Il me dit ça va être la première pour vous aussi ? Je lui dit: " Ben oui, je ne connais pas ce kit là, Je vais apprendre, voilà. Mais vous n'en faites pas". [...] Il me dit, Il m'a dit aussi c'est votre premier poste et je dis alors non, j'ai mon diplôme depuis quelques années, mais ce produit là en question, il ne fait que lui ici. Et moi je tourne sur plusieurs spécialités, plusieurs services. Donc je suis amenée à le rencontrer qu'ici et c'est la première fois que je le rencontre ici. [...] Donc en fait, je pense que je vais être dans l'hyper honnêteté. Pour dédramatiser avec la personne en disant que lui sait pas, moi non plus. Enfin du coup ça peut ne pas être rassurant, mais je l'emmène ça.

EIDE: justement c'est ce que j'allais te dire est ce que des fois être hyper honnête, ça jne devient pas...

00:14:56

IDE 1 : parfois Ça me porte préjudice, Mais en fait je le fais en fonction de la personne qui est en face de moi.

EIDE: oui Si tu sens que tu peux.

IDE 1 : Si je veux, je peux converser et amener sur un autre sujet [...] déjà en plus, ça distrait la personne puisqu'on parle d'autre chose, on ne parle pas de lui. [...] Je ne parle pas de moi essentiellement non plus, mais je parle d'autre chose. [...] Là, la personne du matin était réceptive à part quand je galérais un petit peu avec ma sonde et que là je dis il manque des choses dans mon site, dans mon kit, tout ça donc je demande à mes collègues [...] et en fait, le soin s'est très bien passé. Alors étape par étape, un peu compliquée pour moi parce que voilà. Mais le monsieur s'est mis dans sa bulle, il respirait, il répondait plus à mes questions, mais parce qu'il s'est mis dans son truc, j'ai dit là, c'est bien, restez dans votre bulle, respirez. Et en fait, une fois que c'était fini, il m'a dit [...] j'appréhendais beaucoup plus et il avait déjà eu des RTUV avec de l'hexvix. Et il avait été traumatisé par ces sondes, il m'avait dit au départ du soin. Je fais un rejet à la sonde déjà aussi. Toi tu vois, j'avais un discours qui m'a induit dans une panique du genre je ne maîtrise pas le soin et en plus ce monsieur il ne sait pas, il ne supporte pas les sondes quoi. [...] Et en fait, ça s'est très bien passé parce que j'ai pris le temps de lui expliquer que je lui ai raconté aussi mon parcours un petit peu pour que lui se sente à l'aise par rapport à moi et que [...] à la fin du soin il m'a dit mais en fait ça a été super bien quoi. Il dit j'ai pas eu mal. [...] Je sais plus c'est quoi la question de.

EIDE : C'était les conséquences de cette appréhension sur toi.

IDE 1 : Ça dépend des fois t'as des gens qui vont être un peu plus réfractaires et [...] et ben en fait je vais faire pareil, je vais me sentir plus bête parce que du coup ils vont être moins dans l'oisiveté. [...] je ne sais pas comment interpréter ce mot si péjoratif ou pas, mais alors c'est pas de la naïveté. [...] Mais je vais avoir un petit air guilleret que je n'aurais pas avec ces gens là ou moins, parce qu'en fait je sens que je suis jugée en

fait en tant que personne ou en tant que soignante ou pas, peu m'importe, mais du coup j'irais moins dans l'extravagance ou dans la miéllosité. Tu as un peu l'esprit mielleux [...] que je n'ai pas avec ces personnes [...] ou j'ai moins que ces personnes là parce qu'elles sont beaucoup plus braques Et que Mais je reste quand même honnête [...] alors peut être pas hyper honnête dans le sens, pas hyper honnêteté, mais je reste honnête dans le sens où [...] s'il me demande comment je fais, je vais dire pas c'est la première fois que je le fais ou [...] Je vais suivre la procédure, je vais regarder mon protocole, j'emmène mes protocoles avec moi pour montrer que je m'appuie sur quelque chose de référence. Il y a même des fois où je ne dis pas à la personne que c'est mon premier soin. C'est pas voilà à visée, à visée de [...] Comme on dit ? [...] Je ne veux pas leur cacher, mais je leur dis après parce que des gens qui sont anxieux, si tu leur dit avant, eh bien si c'est pour qu'ils se mettent contre toi, il n'y a aucun intérêt.

EIDE : Oui et ça ne fait que bloquer le soin.

IDE 1 : C'est ça. Donc quand tu vois que la personne elle est assez opposée à la réassurance, que c'est compliqué de lui faire instaurer une distraction justement mentale ou respiratoire ou quoi. Eh bien je ne dis pas [...] après tu le capte en plus, tu sens à la personne comment elle réagit, tu vois, tu le captas même avant le soin. [...] Et en fait, du coup là je ne sais plus c'était sur quoi [...] Un soin que je n'avais pas, que je n'avais pas dit au monsieur [...] j'ai dit « Vous voyez, c'était ma première fois et ça s'est très bien passé » tu vois. Je lui ai dit « Je vous avoue que c'était la première fois que je faisais ça » [...] Je ne sais plus ce que c'était, mais en tout cas, le monsieur était assez compliqué à détendre [...] et je lui ai dit à la fin « Bravo déjà », je félicite les gens à la fin [...] je lui ai dit « 'était la première fois que je faisais ce soin et je vous le dis maintenant parce que je vois que ça s'est bien passé et que [...] si je vous l'avais dit avant, vous auriez peut être été enfin un plus [...] Plus dur à réassurer tu vois, plus compliqué à [...] plus compliqué à rassurer et à soulager quoi. [...] Mais souvent des fois, je me sens un peu niaise dans le sens où je rassure les gens. [...] Enfin je rassure, je félicite les gens. Bravo! C'est super ce que vous faites. Et en fait du coup, je trouve qu'il y a un contexte un peu enfantin, un peu infantilissant parfois, mais je ne le fais pas à tout le monde non plus. [...] Et quand je le dis, je le dis aussi pour moi dans le sens où je leur dis je suis fière d'avoir pu faire un soin comme ça avec vous. Tu vois, je vais m'inclure dans cette miéllosité parce que je me dis [...] je pense qu'il y a des gens qui ont besoin de m'entendre, que c'est quand même pas rien et que bon [...] ils nous ont accordé leur confiance. Du coup, je trouve ça légitime qu'ils ont un retour positif de notre part.

EIDE : Ça vient aussi renforcer du coup la relation.

IDE 1 : Carrément. Du coup c'est dommage que des fois [...] je ne revois pas les gens mais en fait [...] je me dis c'est pas moi, fin moi même, c'est [...] qu'il y a un bon souvenir de cette hospitalisation, de ce soin, qu'il ne soit pas traumatisé pour les fois d'après. [...] je me dis au moins on se souviendra de moi de [...] la dernière fois avec l'infirmière je n'ai pas eu mal ou ça s'est super bien passé, ou j'ai fait ça ou enfin tu vois.

EIDE : Oui, comme ça le prochain soin qu'ils auront comme ça, il y aura moins d'appréhension.

IDE 1 : Carrément, carrément. parce qu'ils ont eu la bonne, parce qu'on a eu la bonne approche. L'autre fois, c'était le retrait d'une sonde vésicale [...] en fait, le monsieur, il appréhendait et je lui dis [...] Mais vous le savez, c'est moins douloureux que la pose parce qu'une fois que la pose est faite, je peux parler de douleur. [...] les mots, le mot qu'on emploie aussi sont importants tu vois [...] plutôt que dire, moins douloureux, je vais dire moins agréable, [...] là, avec la sonde déjà posé, c'est moins douloureux parce que les personnes l'ont vécu, ils savent ce que c'est. Je dis [...] je dis c'est pas, C'est moins douloureux. c'est pas agréable, mais c'est pas douloureux. Et du coup j'y suis allé doucement. Donc je dégonfle mon ballonnet. Je retire doucement et limite je suis l'inspiration, l'expiration, tu vois.

EIDE : Oui, tu t'adaptes à ton patient.

IDE 1 : À mon patient, à ça, à sa respiration limite de retirer quand il souffle, comme ça, quand il inspire, je le laisse tranquille et puis je retire quand il souffle. Ainsi de suite, comme au sport, un peu. [...] L'effort, je le

fais à son expiration et [...] Et en fait il me dit « c'est tout » Je dis « bah oui », il me dit « Bah j'appréhendais vachement plus ». J'ai dit. « Ben non, je vous l'ai dit, c'est pas agréable, c'est gênant, on sent qu'il y a quelque chose qui part, mais c'est plus naturel de faire sortir quelque chose que de le faire entrer par cet endroit là ». [...] Donc c'est des choses comme ça où tu dis j'ai perdu quoi [...] j'ai perdu [...] J'ai perdu entre guillemets cinq minutes à lui expliquer et à le rassurer. Pour quoi comme gain? Tu vois le gain, le gain du soin après? Parce qu'au final, pas besoin d'antalgiques pendant 2 h, parce qu'il a pas eu mal. Pas besoin de réassurer la fois d'après, parce qu'il appréhende.

EIDE : Tu gagnes du temps pour plus tard en fait.

IDE 1 : Carrément, et pour, et pour les gens. Tu vois, c'est un gain, c'est un confort [...] quand même Indéniable [...] parce qu'il m'a dit les fois d'avant quand il avait déjà eu des sondes et quand il enlevait les gens [...] C'était peut-être une représentation que lui s'était faite mais peut être qu'il ne prenait pas le temps de les retirer. Et du coup, ça dépend de la vitesse que tu mets dans tes soins aussi. [...] Après quand t'as pas le choix, tu peux ne par un choix, mais il vaut mieux perdre cinq minutes à prendre le temps et que ça se passe bien plutôt que tu fasses trop vite, que ça saigne, que le patient il soit douloureux pendant les heures et qu'après tu perds du temps à aller toujours le voir parce qu'il est douloureux.

EIDE : Du coup, je reviens dans la relation de confiance du coup, l'alliance thérapeutique en soi. Du coup, elle a un rôle dans l'appréhension du soin, ça c'est tu me l'as dit. [...] Mais toute cette appréhension du soin va pouvoir être diminuée par l'alliance. Mais du coup, tout ce qui est distraction quand même. Imaginons que l'alliance ne suffise pas [...] les outils de distraction que tu peux utiliser [...] est ce que tu en a déjà vu. Est ce que tu en as utilisé?

IDE 1 : En général, la distraction marche mieux quand l'alliance s'est construite parce que du coup les gens vont plus être plus réceptifs à ce que tu racontes. Des fois tu causes et ça fait chier des gens [...] Ben en fait, du coup dans ce cas là, tu te tais et des fois moi je laisse la télé allumée pendant un soin. [...] Ça dépend de comment la personne elle est. Soit je laisse la TV allumée même si au départ je demande peut être de baisser le son pour expliquer ou même pas [...] des fois si c'est le volume, je vois la personne dirigée un peu vers la télé. Je vais utiliser l'émission qui est en cours pour parler, soit parler de ce sujet là pendant le soin, soit le laisser vaquer à sa, à sa série pendant que je suis autre chose. [...] Il y a ça. [...] moi je parlais d'hypnose relaxation, en fait j'étais en [...] Je trouve que l'hypno relaxation fait partie de la communication dans l'alliance. Parce que du coup, si la personne n'est pas réceptive [...] enfin pas réceptive [...] pas réceptive à ta communication à toi et pas dans l'échange de personne à personne, ça va être compliqué. Parce que du coup il en aura rien à faire de ce que tu racontes et du coup il va pas se mettre [...].

EIDE : Il ne va pas adhérer.

IDE 1 : C'est ça, il ne va pas adhérer. Du coup, l'hypno relaxation je l'utilise assez régulièrement [...] je pense en fait on l'utilise sans, sans s'en rendre compte. [...] Ça va être [...] Moi je l'avais utilisé aussi une fois, c'est pas de la vraie hypnose parce que la vraie hypnose c'est des séances bien construites, avec un but [...]

EIDE : Et faut être formé.

IDE 1 : Et il faut être formé avec de la formation spécifique pour les soins. [...] Mais moi j'ai eu une formation d'hypnose mais pour du cabinet, en ville, l'hypnose ericksonienne [...] par une par un prestataire extérieur, une boîte privée donc que je ne peux pas utiliser au sein du CHU parce que c'est pas diplômé du CHU et du coup [...] c'est pas pour les soins [...] c'est plus, c'est pas pour les soins techniques, c'est pas pour le domaine hospitalier. Ça va être plus pour du domaine libéral avec une prise en charge d'une personne qui vient pour une problématique on passe 1 h à induire, consolider et après réveiller la personne de son état d'hypnose. Donc c'est encore différent. Mais c'est des bases qui ont été apportées grâce à ces formations là sur de la distraction, Une évadé mental, vraiment, que les gens aillent où ils veulent aller [...] Par le, par le

biais de la pensée. [...] J'avais eu le cas une nuit, un patient qui n'arrivait pas à dormir. Il faisait chaud dans la chambre. Il angoissait donc à 3 h ou 4 h du mat dormait toujours pas. Du coup, je suis allée dans sa chambre. Je lui ai expliqué ce que j'avais eu comme formation, que je pouvais éventuellement, s'il le désirait, mettre en place une relaxation. Juste induire le sommeil en fait et [...] mais pas sur le sommeil parce que c'est moi qui le fait dormir. induire le sommeil, induire la détente qui va amener le sommeil. C'est la nuance. Et au final, ça avait marché. J'étais trop fière de moi en fait, je lui avais juste suggéré d'aller dans un endroit en fait. C'est en plus tu n'a même pas besoin d'avoir la réponse. Tu suggères d'aller dans un endroit au départ. Donc il m'avait dit la forêt près de chez lui et il marchait dans les champs tout ça. Puis après j'ai pris ce référentiel là, la forêt, donc les arbres, les sentiers de randonnée, les couleurs. Tout ce référentiel là, je l'ai intégré dans mes propos en disant que du coup. C'est super intéressant comme formation. Là ça va être très résumé, mais de dire que là il se balade, il regarde autour de lui, peut-être qu'il promène ses animaux. Il rentre dans une forêt, des arbres plus ou moins grands, avec des écorces plus ou moins fournies, un feuillage plus ou moins présent en fonction de la saison dans laquelle il se trouve. Tu vois en fait, et là tu vois le monsieur il est parti dans ce qu'il voulait.

EIDE : Oui, tu ne faisais que lui indiquer un cadre, une histoire qui avec un thème où tu sais du coup, c'est lui qu'il a choisi.

IDE 1 : Ouais c'est ça truc. Tu sais pas lui où il est, mais en fait tu sais pas quelle saison, tu sais pas ou exactement, tu connais pas la temporalité de l'histoire, mais [...] Il y a des choses qui sont tu vas à la mer, bah t'as les vagues, t'as des oiseaux, t'as la plage, t'as le sable. Et en fait ces paramètres là, tu vas en faire une histoire, mais sans [...] c'est plus des indicateurs d'hyper vigilance, tu vois. Donc là j'ai quand je disais le tronc, [...] c'est comme quand on te dit de te mettre en pleine conscience de ton corps. Si je te dis là, tu ressens au bout de tes doigts le stylo que tu tripote et bien tu vas sentir tes doigts et le stylo.

EIDE : Oui.

IDE 1 : Alors que je te l'aurais pas dit, tu n'aurais pas forcément prêté attention à ça.

EIDE : Oui je [...] je ne me serais pas focalisé dessus en fait.

IDE 1 : Voilà. et bien en fait, c'est typiquement ça [...] du coup si tu induis juste un point d'hyper vigilance, typiquement là, les troncs d'arbre, et bien après c'est lui qui imagine je sais pas si y ou en chêne ou s'il y voit un peuplier aussi ou un boulot [...] Et je m'en fous en fait. Du moment que lui, il voit ce qu'il veut.

EIDE : Et que ça l'aide à s'évader.

IDE 1 : C'est ça. Après tu vois, tu pars sur ça [...] après les feuillages qui, qui vont virevolter au gré du vent. Mais le vent, est-ce qu'il y en a beaucoup ou pas? On sait pas [...] c'est juste des indications d'hyper vigilance comme ça qui vont prêter l'attention à autre chose que ce qui se passe actuellement. Donc ça c'est des bases hyper intéressantes que j'avais mis en pratique mais que je ne mets pas souvent parce qu'il faut un peu de temps quand même [...] Et puis ça dépend sur quel contexte. Mais typiquement, si tu mets [...] là faut quand même l'alliance [...] quand il n'y a pas d'alliance [...] Quand il n'y a pas l'alliance. C'est ça la question.

EIDE : Oui. Si y a pas l'alliance, qu'est ce que du coup tu mets en place ?

IDE 1 : [...] Quand je vois que c'est envers moi ou la professionnelle que je suis, que ça pêche, je peux si j'ai d'autres collègues qui sont disposés ou quoi [...] Demander à la personne si elle préfère que ce soit quelqu'un d'autre. Typiquement, c'est un homme et s'il préfère que s'il y a un homme de disponible, est ce qu'il préfère que soit mon collègue homme qui vienne? [...] trouver une solution. [...] S'il est contre parce qu'il ne veut pas se faire soigner, je peux faire en sorte que le médecin le voit avant. Est ce qu'il a eu toutes les informations? Est ce qu'il a besoin d'avoir plus d'informations médicales? Qu'est ce que je peux faire à l'instant T pour [...] En fait, c'est ça, je vais ouvrir la question, qu'est ce que je peux faire pour vous?

EIDE : tu vas enquêter.

IDE 1 : C'est ça. avant d'amener mon plateau. Parce que du coup, ça c'est quand j'ai été prévenir. Tu vois [...] d'où l'intérêt d'ouvrir avant. Je vais aller lui demander ce dont il a besoin. Est ce qu'il y a des choses que je peux mettre en place qui pourraient faire en sorte qu'il se sente mieux? Pas dire qu'il accepte? Qu'il se sente mieux dans la prise en soin. S'il me dit que c'est le médecin, je vais faire en sorte d'appeler le médecin, d'avoir un compte rendu. Voilà. Après je dirais bah le médecin peut se libérer dans quelques heures ou pas. Enfin tu vois. [...] s'il reste des questions, je peux essayer d'y répondre, si c'est parce que je suis une femme et qu'il préfère un homme, et ben je peux essayer de voir si un collègue comme est disponible. [...] S'il a besoin d'autre chose. En fait, je vais essayer de m'adapter comme ça [...] et l'alliance doit du coup se créer un petit peu au fur et à mesure et les gens très réfractaires [...] je vais leur demander de ce qu'ils attendent de nous à ce moment-là. Pourquoi sont-ils hospitalisés et qu'est ce qu'on peut faire si [...] on en vient à la question, qu'est ce qu'on peut mettre en place?

EIDE : Oui mais est ce que du coup tu utilises [...] Est ce que ça dans tout ça [...] dans le pire des cas, imaginons que rien de tout ça n'est efficace, que je prends l'exemple d'un patient qui phobique, [...] il est phobique. Donc même l'alliance thérapeutique fait que c'est très compliqué pour lui [...] de réussir à le rassurer pour le soins, hormis des médicaments, hormis des aides médicamenteuses, qu'est ce que tu pourrais du coup comme technique utilisée?

IDE 1 : Déjà, je me renseignerai si je suis assez compétente pour le faire en le distrayant moi-même, en créant peut être une hypnose relaxation [...] sur le même type que je te disais pour monsieur qui s'est endormi. [...] mais il faut que je sois à l'aise moi. c'est ce que je te disais pendant le soin tu ne peux distraire quelqu'un que si tu es à l'aise. [...] Parce que si t'es pas à l'aise, tu te perds dans ton truc et du coup tu sais plus où tu en es. C'est pour ça que quand tu es concentré et que tu ne connais pas forcément les soins, [...] tu as plus de mal avec ce genre de, de comportement et d'accompagnement relationnel. [...] Si je suis suffisamment à l'aise, je peux lui proposer de faire l'hypno relaxation, débiter avant, prépare matériel en amont, débiter et quand il a, Quand je vois que l'hypno relaxation marche un petit peu, qui s'est un peu assoupie ou que les traits se sont détendus. Voilà [...] je lui expliquais avant que quand je sentirais ces signes là, j'irais doucement, ma voie ne s'arrêtera pas. Je continue sur ce domaine là. Il en aura peut être des bruits sur lequel il peut [...] se baser tout ça [...] Mais ça c'est si j'suis à l'aise, si c'est des soins où je suis moins à l'aise, peut être demander à des référents hypnose [...] Dans les services, s'ils sont disponibles pour nous aider [...] Après avoir aussi avec l'urgence du soin, tu vois. Mais après du coup ça décale, mais si il y a un bénéfice derrière.

EIDE : Autant attendre.

IDE 1 : c'est ça adapter en fonction du contexte. Mais après là tu me poses une colle. t'as des réponses toi aussi ? Par rapport à ça?

EIDE : Après moi je sais que j'ai eu un patient justement une de mes situations c'était un patient qui était phobique des plaies, et il avait des points de suture à enlever en fait. Sauf qu'impossible de toucher, c'est ses fils

IDE 1 : parce qu'il voyait.

EIDE : Oui, il voyait et même qu'on a tenté plusieurs fois avec le consentement. On disait de tourner la tête, on lui parlait et tout ça, mais rien à faire. Il est réfractaire aux médicaments aussi donc Meopa par exemple, impossible de donner. En fait, il refusait. [...] Et ce patient là, je savais qu'il aimait les jeux vidéo en fait. Et il avait ramené un peu tout son matériel. Il avait un casque de réalité virtuelle. Donc du coup j'avais demandé à l'infirmière si c'était possible qu'il le mette [...] Et en fait pendant qu'on faisait le soin, il était en train de te jouer.

IDE 1 : Faire ce qu'il avait à faire.

EIDE : et du coup, ça s'est passé comme ça. Après il y a aussi tout ce qui est sophrologie j'ai pas, j'ai rarement vu. Après je ne sais pas ce que tu en penses, ce que c'est compliqué, un peu sophrologie des fois.

IDE 1 : faut être formé aussi je trouve, c'est moins facile à mettre en place et puis en fonction si c'est sur le ventre, les plaies

EIDE : oui, les plaies sur le ventre.

IDE 1 : En respirant ça va être compliqué. Effectivement, réalité virtuelle et c'est vrai que des casques il y en a pas dans tous les services non plus.

EIDE: Mais c'est ça qui est dommage.

IDE 1 : C'est vrai que j'ai pas l'ouverture de tout ce qui se fait sur l'hôpital par rapport à ce que je connais. Mais effectivement c'était une bonne idée. Mais moi tu vois, je te le dis, si c'est une phobie visuelle d'un truc qui voit sur lui, du coup cas tu fais en sorte qu'il voit pas s'il ne veut pas ne pas regarder. J'ai une dame à Belle-Île l'autre jour [...] elle a une grosse plaie au niveau pelvien sur une nécrose et en fait elle ne voulait pas voir la réfection de son pansement. Donc du coup il lui met un drap, un peu comme un champ opératoire. Ça peut être ça aussi. [...] En général j'engage sur quand même, sur des conversations en gros ce qu'il y a dans la pièce, tu vois.

EIDE : Oui, tu cherche une [...] on va dire une référence

IDE 1 : C'est ça. Typiquement cette dame-là, il y avait aussi de l'aromathérapie par rapport aux odeurs de la plaie. l'aromathérapie. Eh bien déjà s'il y a des si y a des kits dans le service, s'en servir là c'était j'ai trouvé un, une synergie désodorisant de plaie, on fait des choses bien spécifiques et du coup moi ça peut me lancer sur le sujet de l'aromathérapie, les bienfaits ce que les gens aiment ou pas.

EIDE : Les odeurs

IDE 1 : les odeurs. Je prends un peu toutes les, toutes les portes, toutes les clefs qui se prêtent à moi sur le moment pour le faire [...] ou en fonction s'il y a eu des visites ou s'il y a des dessins au tableau. tu vois, y a des gens, des fois, des parents, des grands parents qui ont des photos, des choses comme ça. Du coup, je pars sur quelque chose comme ça et je me rappelle qu'une fois, il y avait un soin, je crois qu'il fallait qu'elle soit allongée, mais qu'elle avait besoin de voir ses enfants ou ses petits enfants. Ce qu'on avait fait, c'est qu'on a pris la photo du tableau et on avait accroché sur la potence. Et du coup, comme ça, elle voyait sa photo pendant qu'on faisait le soin. [...] Mais c'est tout con hein, c'est ça ce que je te dis dans le [...] la perte de temps entre guillemets, c'est [...] tu mets un peu de temps à savoir à savoir le biais qui va marcher pour cette personne. Tu mets un peu de temps à l'installer, à le prévoir, à le préparer, mais en même temps le soin va se passer beaucoup mieux et de manière beaucoup plus fluide. Donc ça va être un gain pour tout le monde d'autant d'énergie, de confort et de, et de qualité de vie. Après quoi, par rapport au non traumatisme.

EIDE : Du coup, avec tout ça, avec tout ce que tu viens de dire, la distraction, comment la définirais-tu? Si tu devais définir la distraction.

IDE 1 : Je dirais que c'est l'art de focaliser le cerveau [...] où il n'est pas. [...] L'art de un peu dissocier le conscient du physique. [...] Ça dépend de ce qu'on dissocie, ça dépend de quoi on distrait tu vois. [...] Parce qu'on peut distraire. Ouais, c'est ça. Je pense que c'est la faculté de focaliser le conscient sur autre chose que son état présent corporel.

EIDE: et ça grâce à des outils, des techniques.

IDE 1 : Grâce à tout ce qui peut marcher.

EIDE : Tout ce qui passe sous la main.

IDE 1 : C'est ça. Ben tout ça [...] **Tout est distraction et rien ne l'est.** Tu vois ce fil rouge là qui me distrait depuis le début parce qu'il est coincé un tout petit peu derrière le tableau. C'est une distraction. Et pour autant, c'est quoi? Rien

EIDE : *c'est juste un* fil rouge qui est coincé

IDE 1 : Ouais, tu vois. Mais tu vois distraction, C'est un mot, C'est assez large parce que du coup, ça peut être aussi bien péjoratif que positif.

EIDE : Ça dépend comment on l'emploie

IDE 1 : c'est ça. Tout à l'heure, j'ai énoncé à une collègue avec qui j'étais à l'hôpital de semaine distraction des soins, dans les soins, et elle avait compris "interruption de tâche", Parce que nous, on est distrait à cause du téléphone. Des patients qui sonnent. j'ai dit Ah non, je crois pas que soit dans ce sens là, mais tu vois comme quoi chacun interprète aussi comme il l'entend.

EIDE : Oui, oui. [...] Oui, pour le soignant, une distraction c'est pas forcément bon

IDE 1 : C'est ça.

EIDE : Mais pour un patient justement, ce serait plus positif.

IDE 1 : Ben si ça peut aider à ce que le reste se passe bien, oui.

EIDE : Je n'avais pas pensé distraction dans ce sens là moi.

IDE 1 : Quand on le voit d'une manière en fait, c'est dur de voir autre chose.

EIDE : oui, oui, on est focalisé sur cette idée.

IDE 1 : Voilà.

EIDE : Mais oui, du coup, c'est donc toute cette distraction, peu importe. Outils, communication, hypnose pour un patient qui appréhende un soin. Quelle est l'influence que ça va avoir sur l'alliance justement, sur la relation ?

IDE 1 : Et bien je pense que c'est une relation de cause à effet en fait, dans le sens où tu as besoin de. [...] En tant que soignant, on a quand même besoin **de l'alliance thérapeutique avec le patient pour faire le soin et pour le distraire et parce qu'on l'a distrait et qu'on a créé cette relation, la relation est encore plus forte.** Alors moi j'ai pas eu l'occasion de m'en rendre compte parce que je ne suis pas les gens assez longtemps. Parce que je change de service quasiment tous les jours, mais moi en tout cas, quand je termine un soin, je mets un point d'honneur à avoir le ressenti de la personne [...] qui soit, qui soit en positif ou en négatif. Déjà par rapport aux [...] par rapport à des soins que je maîtrise moins bien ou c'est la première fois ou quoi [...] je m'excuse, je dis je suis désolée, même si ça s'est bien passé dans la globalité, je dis quand même. [...] Si ça a mis en péril, Enfin pas en péril, mais si ça a mis un petit peu de grain de sel dans l'engrenage de mon soin, je reste humble et je dis excusez moi pour les douleurs engendrées par des prises de sang qui [...] Qui tardent un petit peu à être [...] Être effective, productive et tout ça et c'est un peu douloureux. Ben à la fin, même si j'ai réussi, je dis bah excusez moi pour les misères ou des choses comme ça. [...] Je vais toujours finir par me faire un auto évaluation. Certes, j'ai réussi, mais j'ai induit un peu de douleur. Je vais dire excusez moi. Oh ma pauvre dame, excusez moi, c'était ça, c'est pas mon but, au contraire, je suis pas là pour vous faire mal, je suis pas là pour vous créer des misères comme ça. Enfin tu vois, j'ai juste. [...] Bon là du coup t'es pas dans la, tu est plus dans la compassion que dans l'empathie en disant ça [...] **Mais je trouve ça important de ne pas partir en n'ayant pas tenu compte de leurs signaux.** Je vois si elle crie mes qu'elle m'a rien dit. Je vais quand même leur dire « Ben excusez moi, c'était pas intentionnel » quoi. Et ils le savent, ils le savent, mais je

trouve que c'est important d'avoir un retour sur expérience dans le sens où j'ai entendu qu'ils avaient eu mal, j'ai entendu qu'ils étaient inconfortables. Eh ben je leur témoigne quelque chose par rapport à ça, tu vois? Donc ça, je pense que ça peut aussi jouer sur l'alliance.

EIDE : Ben oui, parce que tu prends en compte. Enfin, on voit que tu montres que tu prends en compte.

IDE 1 : Je montre que j'ai entendu que j'ai écouté .

EIDE : tu prends en compte le patient avec tout ce qu'il te montre.

IDE 1 : Quand ça s'est bien passé aussi. Moi je dis quand j'ai apprécié un soin, des fois j'ai eu les larmes aux yeux quand j'ai fait des soins. Typiquement une pause de sonde naso gastrique. Ça ne doit faire pleurer personne à part la personne à qui on pose la sonde [...] Mais une dame qui était angoissée, on avait retirée la veille parce qu'elle était bouchée. Il fallait la reposer le matin parce qu'il fallait ré aspirer son contenu gastrique. angoissé. Je lui avais dit la veille que c'était moi le lendemain matin, que je prendrai le temps avec elle, que je lui amènerai ce qu'il faut pour les spray de lidocaïne, le gel, de xylo à avaler. Je prendrai le temps. [...] Et en fait, elle s'est conditionnée dans son truc. Elle a été impressionnante. En fait, c'était plus gros que ce que je lui avais enlevé la veille. Mais elle n'a pas cillé. Vraiment. C'est vraiment [...] Elle était dans sa bulle, elle était hyper bien et je pense qu'elle était déjà de base anxieuse. Mais le fait que je la rassure, que je la, que je l'entende et que je l'accompagne de la sorte, que j'avais été dix minutes plus tôt. Bon, une demi heure plutôt. J'avais mis un Atarax IV pour essayer de la détendre. [...] j'ai dit je repasse, je le laisse faire effet. Des fois il y a un peu de l'effet placebo aussi bien, des fois ça n'a pas le temps de faire effet, mais je lui laisse le temps de faire effet et je reviens pour refaire. Et des fois quand il y a besoin vraiment dans Impératif timing, je me mets un timer, un chronomètre pour ne pas oublier que j'ai ça à faire aussi. Et il y a en fait cette dame. Et bah ça c'est super bien passé Et à la fin je lui ai dit « En fait je suis ému parce que ça s'est bien passé, que j'ai vu que vous étiez dans votre bulle et que le soin il s'est déroulé mais impec. » Alors j'ai passé un peu de temps avec elle, mais c'est la fierté d'avoir fait les soins comme je l'entends [...] et de prendre le temps avec les gens parce qu'on [...] on sait bien, on est à la chaîne, on prend pas le temps et tout. Ben quand tu as moyen de le faire, bah j'ai fini tard. j'ai fini avec 45 min de rab [...] Mais on s'en fout, parce que c'est pas parce que j'aurais été vite ou parce que j'aurais pas fait le soin que j'aurais fini plus tôt parce que j'aurais eu autre chose à faire. Et tu as toujours autre chose à faire.

EIDE : Et puis t'aurais peut-être regretter d'avoir fait ça vite.

IDE 1 : C'est sûr. Je ne suis jamais à l'aise quand je me dépêche et que tu vois des fois [...] des fois je peux m'excuser de passer en coup de vent, de dire que je suis désolée J'ai pas pu en venir avant parce que j'ai d'autres soins. Remettre le contexte auprès des gens de dire [...] je lui disais enfin oui je suis désolée, il y a, il y a, j'ai d'autres soins et je peux, je ne pouvais pas me libérer plutôt quoi. [...] Ou ben oui, excusez moi, je sais bien que je vais plus vite que ce que je ne voudrais moi même, mais j'ai un impératif et je ne peux pas me défaire de ça. Je dois juste réexpliquer le contexte aux gens. Je pense qu'ils ont juste besoin de savoir.

EIDE : Savoir ce qu'il se passe.

IDE 1 : Savoir ce qui se passe. Ils sont là pour être acteurs et pas juste des objets de soin. ils ne sont pas là [...] nous on fait juste un soin et on fait autre chose. Et eux, c'est leur journée qui est passée à faire ces soins là. Ils ne voient pas le reste. Eux, c'est leur soins.

EIDE : Ils ont aujourd'hui, ils ont ce soin là. Et c'est tout.

IDE 1 : c'est ça. Et tu sais, ça va être le résumé de leur journée, ça va être ce soin. Donc si tu la foiré ou que [...] ta le droit de te foiré, il n'y a pas un, j'ai le droit, on a le droit de se foirer parce que on est tous humains et que des fois ça ne veut pas et dans ce cas là on passe la main. [...] Mais, mais quand c'est le soin là, qui résume leur journée et leur état complet, psychique, clinique, tout ça, et bien en fait ta pas le droit de, on n'a pas le droit d' aller vite et de bâcler quoi.

EIDE : Oui parce que il y a des conséquences après sur sur tout en fait.

IDE 1 : C'est ça et je trouve que quand tu prends du recul sur ça parce que là je viens de le capter en le disant et bien en fait pour eux c'est dur de savoir comment c'est pour nous, mais pour nous c'est dur de savoir comment c'est pour eux. Parce qu'en fait on court tellement qu'on ne se rend pas compte qu'il y a deux heures qui sont passées en cinq minutes tu vois. Et puis voilà. Donc ouais, je pense que l'alliance se crée avant, pendant et après, elle s'alimente et [...].

EIDE : C'est comme un cercle en fait.

IDE 1 : C'est à.

EIDE : **tu a l'alliance qui permet la Distraction, mais tu as la distraction qui du coup va renforcer l'alliance.**

IDE 1 : Tout à fait, c'est bien résumé [...] c'est vrai parce qu'après t'auras pas que un soin à le refaire et que si ça s'est bien passé pour la première fois, il n'y a pas de raison que ça se passe mal pour la deuxième. Après on a pas tous de la même manière, on a chacun une manière de travailler et est ce que moi je fais ne sera pas fait par les autres? Est ce qu'une autre fait je ne pourrais pas le faire aussi bien et ainsi de suite, tu vois. Mais c'est l'importance de l'équipe aussi, tu vois?

EIDE : Oui, chacun est différent, chacun a ses façons de faire et du coup ça, ça peut convenir à chaque patient.

IDE 1 : C'est ça et puis si ça convient pas. Et bien on n'est jamais tout seul. Tu vois ce que j'allais dire [...] Admettons une prise de sang qui n'est pas fructueuse une fois, deux fois. Ben en fait si je ne me sens pas à la troisième fois ou si je ne suis pas sûre de mon coup, j'irais pas me risquer en fait. Je vais dire. Bah j'ai déjà essayé deux fois, ça ne marche pas. Je préfère déléguer, préciser à la personne que je vais. Je demande à une collègue de voir parce qu'avec une paire d'yeux et une paire de mains différentes, ça peut être différent. Il y a des jours, les gens ne vont pas avoir des veines et des jours ça va bien se faire. Des jours où j'y arrive à tous les coups, des jours où j'arrive pas du tout, mais c'est comme pour tout le monde hein, Je réexplique juste ça aux gens, je dis bah là aujourd'hui j'y arrive pas, j'arrive pas à avoir à lire vos veines, elles bougent, ça ne marche pas avec moi. Je vais demander à une collègue de venir voir. [...] Je vois des fois des gens qui viennent avec des gens qui sont des infirmiers, qui se sont acharnés pendant dix fois à essayer de bilanter quelqu'un C'est pas possible en fait. À partir du moment où tu as un autre collègue infirmier dans les parages, dans un étage, je ne sais pas, Un IADE, de nuit, t'appelles qui tu veux, mais au bout d'un moment tu arrêtes. Tu ne peux pas trouver la personne comme ça de part et d'autre [...] parce que là, ça aura tendance à égrainer la relation, tu vois. [...] parce que t'auras pas, même si t'es plein de bonne, de bonne volonté, si tu ne vas, si tu n'es pas à l'écoute de son ressenti, ben c'est pas possible. Après y a des fois tu es tout seul. [...] Et tu précises tu dis je suis désolé, je suis seule infirmière, il y a personne d'autre qui peut venir faire ce soin à ma place. C'est urgent, on en a vraiment besoin ou sinon tu rappelles le médecin. Tu dis j'arrive pas, je suis toute seule. Je, Je peux pas en fait. Est ce que c'est urgent? Et si oui, ben est ce que quelqu'un peut venir m'aider parce que je n'y arrive pas toi? Mais en fait c'est juste admettre.

EIDE : Ne pas s'acharner et admettre.

IDE 1 : *admettre* C'est points faibles, et c'est [...] ces moments de difficulté pour pouvoir toujours promouvoir le bien être de la personne qui est dans le lit, dans le fauteuil sans se dire non, je vais y arriver. On s'en fout de ton égo en fait. c'est pas ça le but. Moi des fois je m'en fous, mais des fois j'ai une collègue qui arrive direct, alors moi j'y arrivais pas. c'est un peu embêtant parce que tu dis pourquoi j'y arrivais pas mais ça avait l'air super simple. Mais en fait on s'en fout parce que la résultante c'est que le patient a eu son soin, qu'il a pas trop eu mal en espérant et que [...].

EIDE : Et que c'est fini.

IDE 1 : voilà, on passe à autre chose, toujours en écoutant leur ressenti.

EIDE : Du coup, est ce que tu penses que la distraction du coup peut amener jusqu'au consentement d'un même patient qui va être réfractaire aux soins?

IDE 1 : Je ne sais pas, mais je ne pense pas. [...] Je pense qu'il faut quand même avoir le consentement. [...] À partir du moment où tu distrais, tu emmène sur un autre terrain. Si tu distrais et qu'après, tu reviens sur l'état initial.

EIDE : Tu perds le bénéfice.

IDE 1 : En fait tu perds le bénéfice de ta distraction et tu viens sur un sujet Houleux. Donc je ne suis pas sur. [...] Après ça dépend de chacun. C'est vrai que ça dépend de chaque personne, de chaque soignant et de chaque patient [...] Après tu peux quand même engendrer une relation sans forcément te distraire. [...] Admettons là. Hôpital de jour ou hôpital de semaine, les gens y entrent à huit ou 9 h [...] pour refaire le point avec eux. Si eux ils sont contre, admettons. Ils ont été convoqués, voilà, ils viennent quand même et ils disent qu'ils sont contre. [...] Tu as essayé de voir pourquoi? Quelles sont les raisons de cette opposition là? Qu'est ce qui peut leur permettre de passer, passer ce cap là et puis de voir ce qui peut être mis en place pour leur confort, pour leur mieux être? Ce n'est pas un bien être le soin. C'est souvent un mieux être qu'un bien être. [...] Et en fait, tu n'auras pas que cet aspect là à discuter. Si tu parles de la relation, il y a peut être te parler de tes antécédents [...] des antécédents, de ce qui a pu mal se passer dans sa vie initialement, des soins traumatiques. J'avais le cas pour le monsieur de ce matin, des choses qui vont être, qui vont porter, qui vont peser dans la contrainte. [...] Pour la balance bénéfices risques du soin, ça va peser dans le risque parce qu'il y a des contraintes déjà vécues et que ça va amener du négatif à l'aspect du nouveau soin. Donc ça revient à qu'elle est la raison. Mais des fois les gens peuvent juste débarrer ça parce que tu l'as, tu leur tend la perche, soit tu discutes un petit peu, vous avez beaucoup de route, comment on vient vous chercher ce soir ou comment on vient vous chercher demain? Vous vivez seul à la maison? Ah bon? Vous n'avez pas, vous n'avez pas d'animaux tout ça? Donc là t'amène déjà un peu de Distraction Dans la relation, mais tu ne vas pas distraire à proprement parler. [...] en fait tu vas juste créer l'échange, tu ne vas pas. [...] Du coup, si je reviens sur ma définition, tu ne vas pas essayer de focaliser son esprit sur le non, enfin sur le, sur un endroit non présent. On sait que tu vas discuter, tu vas entrer en communication avec la personne. Qui va plus ou moins se livrer. Chacun est libre de dire ce qu'il veut ou pas, mais du coup c'est juste des biais de [...] c'est un peu de la médiation en fait. [...] on utilise un peu ce qu'on peut avoir de plus banal pour entrer en relation. Et puis après du coup tu dis je termine le dossier administratif, je reviens vous voir s'il y a des questions. Entre temps s'il y a besoin, vous sonner, je suis là pour vous. Tu vas juste remettre la base du soin. [...] Voilà, je viens aussi vite que possible, je fais en sorte de revenir vous voir. Tu reviens un peu plus tard. Admettons de proposer, je ne sais pas s'il y aura de boire. si, tu vois qu'il y a la télé Ah, vous regardez la télé? Vous regardez quoi? Ou tu rebondis juste ah elle est trop bien cette série, tu vois? Mais c'est tout con, mais en fait ça fait partie pour moi de la distraction, mais plus de l'ouverture de communication, plus que de la distraction. [...] Et après? Ben tu tâtonnes un peu [...] si tu vois qui est toujours contre et tu peux lui demander eh ben qu'est ce que. [...] qu'attendez vous de nous? [...] je reviens à ça parce qu'en fait je pense que la communication, il n'y a que ça de vrai [...] Mais en fait, je pense que même quand t'as quelqu'un de très très hermétique qui est très fermé en tous les cas si la communication de ça ne marche pas, ben ça ne marchera pas [...] Et après tout dépend de la temporalité de la prise en soin, des fois c'est des trucs urgents et t'appelle le médecin. Je dis ben là j'arrive pas. Le monsieur ne veut pas, la dame ne veut pas. [...] j'ai beau lui expliquer les intérêts, [...] le médecin fera quelque chose. [...] mais en fait, à partir du moment où tu as quelqu'un en face de toi, qui ne communique pas, qui ne parvient pas à t'écouter ou ne parvient pas à s'exprimer. [...] Ou qui n'adhère pas à ta façon de communiquer et que tu as appelé le médecin tout ça, au bout d'un moment tu ne peux pas. [...] En fait, tu ne peux pas forcer quelqu'un à faire ce qu'il n'a pas envie de faire. Ça c'est la base. Tu ne peux pas forcer quelqu'un à faire ce qu'il n'a pas envie de faire après un soin que tu n'as pas forcément envie. Mais c'est l'aspect santé qui va primer. Si toi ça ne marche pas, le médecin,

ça ne marche pas, pas. Tu ne pourras pas forcer la personne à le faire. [...] peut-être que ce n'est pas juste le bon jour, c'est pas le bon médecin. On ne connaît pas le contexte de la personne non plus si on a perdu son chien hier. Peut-être que sa mamie est à l'hôpital, on ne sait pas. On ne connaît pas leur vie. Donc on ne peut pas juger. Ce qu'on peut faire, c'est juste apporter du mieux être, une écoute active, tu vois? [...] Mais en fait, au bout d'un moment, si tu ne parviens pas à faire baisser les barrières entre l'être humain qui est en face de toi et toi-même être humain. Tu ne peux pas avancer.

EIDE : Oui, le soin ne pourra pas, ou alors il se fera dans des conditions.

IDE 1 : Donc il y a des médecins qui disent si refus de soins y'a refus de soins, on ne peut pas soigner, on en fait signer des fois des décharges aux patients comme quoi ils ne veulent pas se faire soigner. [...] Après si la personne en face de toi n'a pas envie.

EIDE : Elle n'en a pas envie. Mais le plus dur sera peut-être de savoir le pourquoi.

IDE 1 : Oui voilà.

EIDE : on revient à l'enquête.

IDE 1 : C'est savoir quelles sont les raisons. Qu'est ce qu'on peut faire pour ça? Et en fait, bah en fait, quelles sont les raisons? Déjà que tu amènes de la communication parce que la personne si elle te répond pas ? Ben tu reviens à qu'est ce qu'on peut faire pour vous? Si elle te répond pas, ben tu ne peux pas faire grand chose. Donc voilà. En fait, Le soin, **La distraction égale la communication**, en fait, c'est hyper important.

EIDE : Ok. Du coup c'est bon pour moi.

IDE 1 : Je réponds à toutes tes questions ?

EIDE : oui. Est ce que t'en ai des choses? D'autres informations sur le sujet comme ça qu'ils viennent?

IDE 1 : Euh non, je réfléchis. On a parlé de l'hypnose, c'était le gros dossier qui pourrait t'intéresser. Après la distraction c'est une affaire de tous les jours et ça passe de l'accueil de la personne à sa sortie, de l'explication, tu vois. C'est pareil quand quelqu'un sort, je lui amène les papiers, je lui explique et ça je me tiens disponible. S'il a des questions par rapport à ça. Et des fois on se rend compte qu'il y a des erreurs ou des choses qui manquent. Et ben. C'est vraiment de l'accueil, L'installation, A la sortie Tu vois, c'est [...] c'est tout du long, il n'y a pas [...] Moi je suis assez empathique et je suis pour l'humain. Et en fait, ça ne me viendrait pas à l'idée de parler à quelqu'un dans la rue. [...] Comme si je n'en avais rien à foutre. Donc pourquoi je le ferai ici? Alors que c'est des gens que je peux croiser dans la rue. [...] On me pose une question, Je vais sourire, je suis attentive à la question qu'on me pose, j'essaie de renseigner les gens. Donc en fait, je suis comme ça à l'extérieur. Donc je transpose en gros ma, ma relation à l'autre et mon [...] Mon appétence à la relation à l'autre dans mon soin. **Parce que le soin c'est de l'accueil, c'est de la prise en charge, de la prévention à la sortie, au rétablissement**, tu vois?

EIDE : Oui, c'est de A jusqu'à Z.

IDE 1 : exactement et c'est un cercle vertueux. [...] Si on a pas parlé de l'importance des mots aussi. On n'a pas dit ça, on n'a pas dit ça que [...] c'est bien, tu communique, mais du coup, l'importance des mots que tu choisis. C'est important ça [...] Parce que c'est pareil à ce que je disais. C'est pas plus douloureux si on va parler plutôt d'agréable.

EIDE : Que ça sonne positif à l'oreille et pas négatif.

IDE 1 : c'est ça. c'est comme en général quand tu poses la question de la douleur le matin ou prise de prise de post, souvent on va demander comment ça va ou est ce qu'il y a des choses à signaler. Après des fois les gens ils comprennent pas la question et du coup ils vont dire bah oui ça va, mais du coup est ce qu'il y a des douleurs ? [...] il ne faudrait pas dire le mot douleur ce que c'est comme nausées ou vomissements. Quand

tu le dis, ça peut induire l'effet tu vois. Alors que si tu parles de est ce qu'il y a des choses à signaler, eh ben tu ne dis pas douleur. Donc s'il a envie de dire douleur, il dit douleurs, s'il a envie de dire nausées, il dit nausées. Oui en fait quand je te dis ce que tu as, est ce que vous avez des douleurs ?

EIDE : Tu as induit un peu la réponse.

IDE 1 : *il va se dire* tiens des douleurs, tiens est ce que j'ai mal? et la personne va chercher à.

EIDE: *on va la faire* se focaliser sur.

IDE 1: c'est ça, donc là tu ne vas même pas la distraire, tu vas le concentrer sur le potentiel problème. Mais maintenant je le fais aussi parce que les gens ne me répondent pas quand je demande pas tu vois, donc tu ne peux pas soulager les gens qui ne disent pas. Donc en fait, comme je me rends compte que la plupart des gens ne disent pas quand ils ont mal ou qu'ils le disent pas de manière la plus objective [...] et ben on peut pas savoir tu vois. Donc ben là je pousse un peu, mais ouais, plutôt porter des mots positifs que tu vas, que tu vas modeler avec [...] par exemple, pendant une expérience de pose de sonde urinaire. Tu vas pas dire que c'est douloureux, tu vas dire que c'est pas très agréable. Tu veux bien l'entendre, tu l'as jamais vécu. Moi je le dis souvent, je dis j'ai jamais eu, mais je avec toutes les fois où je l'ai fait et à tous les retours de chacun, [...] avec tous les retours de chacun, je sais que ce n'est pas agréable [...] Mais tout le monde a survécu. Tu vois, tu peux faire un peu d'auto-dérision et de l'humour, tout ça. [...] ça dépend comment la personne le voit, tu vois. [...] Je veux dire, personne n'en est mort ou tout le monde à survécu, tu vois plutôt que dire personne n'est mort ou tout le monde est en vie tu vois. [...] Tout le monde est en vie ou, ou tout le monde a fini par un sourire, tu vois, juste amener une petite touche sympa quoi.

EIDE : Petite touche d'humour oui.

IDE 1: Et si eux disent mais c'est trop douloureux, je l'ai déjà vécu, je dis bah ça [...] tu peux rebondir en disant ce n'est pas censé être douloureux [...] Ce n'est pas censé être agréable, mais ce n'est pas censé être douloureux, donc on va faire en sorte que ça ne soit pas. Tu vois, tu rebondis un peu sur ce que les gens disent et ça prouve encore une fois que tu les écoutes.

EIDE : Ok bah merci.

IDE 1: Je t'en prie, merci à toi, ça me fait trop plaisir.

Entretien n°2 :

EIDE : Du coup, est-ce que vous pouvez vous présenter? Quel est votre parcours?

IDE 2: D'accord. Et bien moi je suis infirmière depuis 30 ans parce que 93-2023. Donc j'ai mon diplôme du 93. J'ai travaillé en clinique cinq ans à Brest et je suis arrivée en 98 sur Rennes, donc je voulais rentrer à l'hôpital public. Donc voilà, ça s'est fait tranquillement. J'ai fait beaucoup, beaucoup de remplacements, beaucoup, beaucoup de contrats et voilà. Et en 2000 donc, j'ai fait tous les services du C.H.U. Quasiment. En 2000, j'ai posé mes valises en chirurgie vasculaire et je suis donc en chirurgie vasculaire depuis 23 ans. Donc c'est un gros service très lourd, assez de chirurgie mais tellement passionnant. Je n'ai pas encore fait le tour. Puis quand t'es là depuis longtemps, tu te permets de faire autre chose.

EIDE : Tu as tes habitudes.

IDE 2: tu défocalisés de ta technique aussi, parce que ben tu apprends tous les jours en technique, mais t'as des techniques et là tes connaissances sont en vasculaire et tu te permettre d'aller peut être vers moi plus sur le côté douleur parce que c'est ce qui m'intéressait, parce que le patient parfois [...] j'étais démunie face à un patient auquel j'avais tout donné et qui restait dans sa douleur. Donc ça m'a interpellée cette douleur, parce

que ce sont des [...] tout types de douleurs, une douleur aiguë, douleurs induites, douleurs chroniques, douleurs neuropathiques. Donc en fait, on avait tous les types de coups de douleurs, toutes les composantes de la douleur. Et avec ça, ben tu donnes tout ce que tu peux lui donner, mais malgré tout il est douloureux. Donc j'ai fait un diplôme universitaire sur les plaies en 2013, [...] et une année très riche, très dure parce que 20 ans après mon diplôme reprendre mes études, ce n'était pas simple à faire. J'avais un cerveau comme un chamallow. [...] Comment dire. Et par contre, cette année a été intéressante puisque ça m'a permis de voir qu'il y avait des techniques alternatives aux traitements chimiques et bon, **il y avait l'acupuncture, mésothérapie, puis il y a l'hypnose.** C'est ça qui m'a interpellé. Et pourtant lors de cours j'ai rien compris, mais ça m'a quand même interpellé. Alors je me suis renseignée et en fait sur l'hôpital, il n'y avait plus de formation, d'hypnose, mais il y avait une formation en **communication thérapeutique.** Donc pour moi ça a été. [...] J'ai fait cette formation là un an après et ça a été une révélation. Tout d'un coup, tout ce que je [...] vois là, je faisais bien les choses, mais je pouvais encore mieux les faire. Donc ça a été une révélation, tant professionnellement que personnelle, parce que j'ai [...] avec ces outils là, même dans ma façon de faire avec mes enfants, j'ai complètement évolué, tu vois [...] Et avec les patients. Bah ce qui était intéressant, c'est que je me suis rendue compte que même avec des mots, je pouvais leur induire et des douleurs. Donc j'avais des outils pour faire autrement [...] et après des outils d'approches plus hypnotiques. Quand on ose les utiliser, on s'aperçoit aussi que ça marche et que on peut amener un patient vers un lieu où il se sent bien et que finalement ta douleur pendant le soin a diminué. Donc c'est trop chouette même. **C'est très bien pour le patient, mais qu'est ce que ça fait du bien pour nous aussi, ça augmente aussi notre qualité de soin.** Donc c'est vrai que voilà. [...] Et quand j'en discutais avec des gens formés à l'hypnose, ben eux me disaient quand j'utilisais ces outils d'approche hypnotique, ils me disaient mais tu fais de l'hypnose, je dis ben non, je ne suis pas formé, mais si, si, tu fais de l'hypnose. Donc en fait, pour être plus légitime parce que je me doutais bien qu'il se passait un truc, quand je fais ça, j'utilise et ces outils là je parle pour être plus légitime et pouvoir continuer aussi à me former. J'ai fait un diplôme universitaire en hypnose thérapeutique en 2016-2017. Voilà. Donc en fait, je vais dire que la communication thérapeutique, c'est ancré dans mes apprentissages, c'est devenu inconscient parce que maintenant c'est vrai que le Ne vous inquiétez pas, ça marche dans la bouche et j'arrive plus à le dire [...] Donc c'est vrai que je vois là, je dis rassurez vous, soyez rassuré, je vois que j'ai contaminé beaucoup de collègues, donc c'est très bien et.

EIDE : Contamination Positive.

IDE 2: mais tout à fait. Et puis avec les patients, ben je fonctionne différemment. Et puis après sur les hypnose formelles, bon je fais toujours avec l'accord du patient, mais voilà, je l'ai pas préparé, mais je sens que là je pourrais peut être lui proposer un outil, mais de plus où il **va être dans une transe plus profonde pour pouvoir justement mieux vivre ce moment de soin,** les détersion de plaies avec le bistouri, la curette. C'est vrai que si il le vit de façon positive et c'est très bien. Et **un des objectifs aussi c'est de le rendre autonome par l'auto hypnose** [...] Et ça marche parce que j'ai déjà fait plusieurs fois et d'où en fait tout mon temps recherche parce que je mène une recherche paramédicale depuis 2019 et là depuis septembre, j'ai du temps dédié pour la mener cette recherche. Et c'est très long au niveau de la recherche et le temps d'avoir toutes les autorisations. Et mon sujet en fait de recherche paramédicale, c'est la modification de l'intensité de la douleur ressentie par le patient lors des soins d'amputation avec l'auto hypnose. Donc je le forme à l'auto hypnose et lui se gère sur sa douleur mais en complément de toutes les thérapeutiques. Donc j'ai un temps dédié à 50 % pour pouvoir mener comme cela a commencé vraiment ma recherche. Mais déjà il y a tout un protocole d'écrit et j'ai deux financements pour pouvoir le faire donc je suis ravie. [...] Voilà un côté je suis tutrice des étudiants donc depuis très très très longtemps. Ça fait plus de dix ans maintenant, je dirais treize peut être treize quatorze ans depuis le début en fait, parce qu'avant on était, on faisait les évaluations du patient quand c'était des évaluations les MSP. [...] Et à côté je donne des cours au diplôme universitaire sur les plaies. Donc en fait j'ai plusieurs casquettes, je suis la vieille, je suis la vieille du service. Donc c'est à dire on m'appelle maman, on m'appelle. [...] Mais c'est voilà, c'est en fait ce qui est bien, c'est qu'avec la pratique et l'expérience, on se permet de faire autre chose et ça permet en plus de s'enrichir de plein, plein de choses.

EIDE : tu te sens en confort, en confiance.

IDE 2: Mais tout à fait. Ouais, et puis on est avec le patient, du coup on est moins focalisé sur les soins aussi. On fait nos soins et on sait qu'on les fait quand même relativement bien tout en et tout en sachant qu'il faut toujours se remettre en question sur sa pratique. Mais à côté on peut parler de, des petits enfants, du jardin, machin, et puis ça focalise complètement du soin. Voilà en gros mon parcours.

EIDE : Ok du coup pour ma question, comment est ce que vous définiriez un soin?

IDE 2: Le soin ça va être [...] c'est un acte, alors ça peut [...] parce que le soin c'est aussi le soin relationnel à partir du moment où on est en contact avec le patient. En fait, on assure aussi ce côté là et il peut ça peut devenir un soin, dans l'objectif de le rendre plus confortable aussi, ton patient, mais le soin sinon plus dans le soin tel qu'on le connaît, c'est [...] c'est ça va être une action qu'on va faire auprès du patient pour amener un. Voilà un résultat. Alors ça peut être du bien être, ça peut diminuer une douleur, mais c'est peut être injecter un médicament pour que justement son, sa maladie, si je mets de l'héparine, c'est pour permettre à son sang d'être fluidifié, pour justement qu'il évite de se reboucher. Voilà, Donc en fait c'est un oui, c'est un acte fait par le soignant vers le patient, mais bon, il y a le soin, donc voilà, c'est moi, je mets vraiment soin technique, puis il y a surtout le soin relationnel et les deux vont vraiment bien ensemble quoi.

EIDE : l'un ne va pas sans l'autre,

IDE 2: l'un ne va pas sans l'autre. Tout à fait.

EIDE : Et du coup, comment est ce que vous définissez un patient?

IDE 2: Eh bien, un patient, c'est une personne qui va avoir un problème physique ou morale, mentale à un moment donné de sa vie, qui va devoir consulter, peut-être même être hospitalisé. Après, le patient porte bien son nom parce que bien souvent il faut qu'il soit patient aussi, parce que voilà. [...] ils sont beaucoup dans l'attente et c'est à nous de faire en sorte qu'ils vivent cette attente de façon plus confortable. Voilà en gros le patient et c'est de tout âge, autant les bébés que nos personnes âgées à plus de 95-80 ans.

EIDE : Vous en avez déjà un petit peu parlé, mais vous avez du coup été confronté à des patients qui appréhendaient un soin?

IDE 2: Oui, souvent, bien souvent hein.

EIDE : Et du coup, pour diminuer cette appréhension, qu'est ce que vous mettez en place ?

IDE 2: Ben en fait alors ce qui est important, ce qui va être important, quand on voit un patient qui appréhende le soin, alors ça va être, on va le voir de différentes manières, il va soit verbaliser, mais nous le fait qu'on, l'observation est très importante. Je rentre dans une chambre ou je vais chercher mon patient, la salle d'attente, je vais voir si ça va ou si ça ne va pas parce que je vais l'observer. Je vais voir comment il se tient sur sa chaise, comment, comment est son corps, s'il a le regard figé, s'il y a peut être des plaintes qui sortent de sa bouche. Donc en fait, je vais beaucoup observer et beaucoup écouter. Parce que les mots aussi ont leur importance, l'inconfort donc [...] après donc ça va être par l'observation. Puis ce qui va être important c'est de valider cet inconfort qui peut être lié à une douleur, à la peur et à plein d'autres choses. [...] Si on ne valide pas cette peur, cet inconfort, cette douleur, on a tout faux avec notre patient. C'est-à-dire qu'on a. On aura du mal à entrer en relation avec lui. Ce qui va être important, c'est de rentrer en relation justement. Et c'est justement en allant chercher là où il est dans cet inconfort, dans cette douleur, à partir du moment où on entre en relation avec lui et justement par des techniques de communication thérapeutique, se mettre à hauteur du patient, même aller carrément en position basse par rapport à lui. Voilà, on entre en relation et puis on va parler le même langage que lui. Et là ce qui va être important, c'est créer l'alliance thérapeutique. Parce que si on ne crée pas cette alliance, on ne pourra rien faire avec nos patients. Donc voilà, ça, ça va être important. Et donc c'est vraiment par l'observation qu'on va voir cet inconfort, l'inconfort

lié à la peur, à la douleur, à l'inconfort, plein de choses en fait. L'anxiété aussi. Et la peur même peut augmenter les douleurs, donc ça voilà. [...] après, dans la deuxième partie de ta question, qu'avez vous mis en place pour diminuer cette appréhension. Ben ça va être déjà bien comme je te disais, valider l'inconfort et puis le ramener ici maintenant. Parce que les patients qui sont justement et qui ont cette peur, qui ne sont pas bien, qui est. Ben ils y sont dits dans un état de conscience modifié, c'est à dire que ils sont focalisés sur leurs peurs et là tout leur sens sont en alerte, tout ce qu'ils vont voir, ça va multiplier par dix, leurs peurs, tout ce qu'ils vont entendre, tout ce qu'ils vont même ressentir, sentir par l'odorat. C'est parfois les odeurs ramènent tellement à des souvenirs que ça peut augmenter encore plus la peur et la douleur. Donc voilà, le truc c'est qu'il faut aller les chercher là où ils sont pour les ramener à la conscience, à la réalité de maintenant, pour pouvoir après faire des choses avec eux, de façon à ce qu'ils vivent de façon plus confortable, le moment, le soin et cetera. [...] Et il y a plein de techniques qui existent en communication thérapeutique pour aller les chercher, y a plein de choses comme bah justement tout ce que je te disais se mettre à hauteur, position basse, reformuler, valider et dire que moi aussi je serais comme vous, moi combien de fois je leur dis je dis ouais mais moi aussi je sais pas si moi je supporterais ce que vous vous supportez, mais je [...] Je serai comme vous. Mais voyez, là j'ai des petits outils qui peuvent vous aider à mieux vivre ce moment. Et puis après voilà, c'est leur proposer des choses, c'est faire du pacing respiratoire, c'est pour les détendre. Je ne leur dis pas que je fais ça, je fais ça et je les regarde leur respiration. Et moi j'ai parlé sur l'expiration, donc ça va les apaiser parce que j'ai commencé à parler lentement, tranquillement, je saupoudre de mots positifs et là je vais voir mon patient qui va s'apaiser. Ça marche superbement bien. Il y a plein de techniques qui existent en communication thérapeutique. Il faut se former.

EIDE : Mais moi j'aimerais bien et j'aimerais bien me former plus tard. C'est pour ça que je fais mon mémoire là dessus. Du coup, vous en avez un petit peu parlé au tout début, les conséquences de cette appréhension sur vous ?

IDE 2: Ben depuis que je suis formée, ben ça va beaucoup mieux.

EIDE : Oui j' imagine.

IDE 2: Après les appréhensions, on ne sait pas trop comment prendre les patients. Parce que voilà, on essaie de les rassurer mais en leur disant allez ne vous inquiétez pas, tout va bien se passer, mais on les inquiète encore plus. Donc c'est vrai que voilà, vous n'aurez pas mal, mais le patient qui n'est pas bien et qui a peur en fait, n'entend pas la négation. Donc, tout ce qu'on aura beau lui dire, ne vous inquiétez pas, vous n'aurez pas mal. Ah bon? Parce qu'il faut que je m'inquiète? Ah bon? Parce que je vais avoir mal? eux il retourne en fait dans l'autre sens, la négation, donc voilà, c'est vrai que mes mots, j'utilisais tous ces mots avant d'être formés. [...] Donc on essaie de faire au mieux avec les outils qu'on a, mais c'est vrai que voilà, on était pas forcément performants pour et moi je n'étais pas performante non plus hein. Donc le bon courage du patient qui va au bloc mais après allez me former, ça m'arrachait la gorge de dire bon courage. C'est horrible de dire ça au patient qui part au bloc.

EIDE : ça fait un peu Tu reviendras peut être pas.

IDE 2: Là, mais voilà tout à fait. Donc en fait, voilà, c'est vrai qu'il y a plein de choses, mais après c'est vrai que même face à des patients agressifs, même toi en communication thérapeutique, on peut aller les chercher là où ils sont, dans leur agressivité ou leur énervement. Peut être qu'avant ben bon, je ne suis pas une colérique, mais je pourrais me mettre en colère parce que suis un patient agressif donc bah du coup. Qu'est ce qu'on fait? Souvent? On répond du tac au tac. Oui donc voilà, je sais que maintenant je fonctionnerai différemment, mais voilà, [...] face à un patient qui vraiment qui a beaucoup d'appréhension. Ouais, on essaie de dire mais ne vous inquiétez pas, tout va, tout va, tout va bien se passer, mais on n'est pas forcément sûr.

EIDE : Oui, ça fait un peu en plus des promesses qu'on n'est pas sûr d'en tenir.

IDE 2: En plus. Mais tout à fait. Ah mais c'est clair! Mais bon, on agit en tant que soignant et puis voilà, On sait que [...] nous après on sait que certains soins, on sait que ça va, ça va apporter de la douleur par exemple, ou [...] on ne va pas leur dire [...] Mais en même temps c'est ouais, je pense qu'avant ouais, je faisais comme je pouvais, de façon quand même à ce qu'ils acceptent le soin. Mais voilà, c'était quand même compliqué. C'est pour ça que, à un moment donné, moi dans ma pratique, je me suis retrouvé vraiment démunis. Et puis je me dis j'arrive même pas à les soulager. Quoi que c'est une grosse frustration de notre part en tant que soignants, d'être dans cette, cette étape où on t'arrive même pas à soulager ton patient quoi. Et puis tu ne sais plus quoi lui dire parce que de toute manière rien ne marche. Donc ben je vais encore appeler le docteur. pour la 20^e fois et je vais voir ce que je peux faire pour vous. Mais en fait, tant qu'on n'a pas. Voilà, il y a des études qui ont montré [...] qu'en fait notre relation à un tel impact même sur la douleur que la façon dont on donne un médicament. En suivant trois attitudes différentes, aller avec le même médicament. Si tu as une attitude très joyeuse, joviale, tenez, je vous donne ce médicament, je vous assure, mais il est hyper efficace et associé à cet autre médicament l'association des deux. Mais vous allez être soulagés rapidement. Ça ton patient dans cette étude là, Le patient, il, en fait il, [...] Sa douleur a totalement disparu et t'as même des centres du cerveau qui, qui se qui s'éveillent comme le contexte singulier antérieur. Toi tu utilises le même produit avec une autre attitude neutre. Bien là, donc je vous donne ce médicament associé à celui là. Voilà, donc je vous les donne, ça va être efficace. L'étude montre que la douleur diminue un petit peu mais au niveau du cerveau rien ne se passe. Et tu as une attitude totalement négative du soignant. Il dit bon ben je vous donne un truc, donc je vous donne celui-là associé à celui-là, mais je ne suis pas sûr que ça agisse, je vous les donne, mais bon. Et ben là, cette étude a montré que le patient restait dans sa douleur alors que c'était le même médicament. Tu vois? Comme quoi l'impact de nos mots sur l'efficacité d'un traitement, les mots et l'attitude. Comme quoi. C'est même un article qui était sorti dans Neurosciences Letters en 2012. Si tu veux, je pourrais te donner. Ben j'ai fait la slide, ouais, je te donnerai.

EIDE : Ouais, ça m'intéresse beaucoup. Du coup, avec tout ce qu'on a dit, comment est-ce que vous définissez la distraction avec tout ça?

IDE 2: avec tout ça? Ben la distraction, ça [...] c'est une façon de focaliser le patient de ce qui va arriver. Donc ça peut être même d'une [...] l'appréhension peut être face à une chirurgie qui va arriver par rapport à un soin, une prise de sang, une pose de perf, un pansement. La distraction, c'est distraire le patient de manière à ce qu'il ne [...] ne se focalise pas sur le soin qui va venir et surtout la douleur que ça va engendrer. Donc voilà, ça va être vraiment de chez personnes âgées, ça marcherait bien de parler des petits enfants ou de leur métier d'avant, ou du jardinage, ou la cuisine. Et bien en fait ça les défocalise complètement du soin et le soin, il se passe très très bien. Donc voilà, la distraction, ça peut être amené simplement par eux, par la façon dont on doit parler d'autre chose. et pas du soin, ne pas utiliser de mots qui font mal. Je vais vous piquer, je vais utiliser la Curette ou Bistouri, machin. Non, ce n'est même pas la peine de parler de ça. On parle du temps, du beau temps, quoi. Et puis ça peut être aussi la musique tout aussi ça peut être des patients aiment écouter de la musique parce qu'ils sont plus auditif, donc que bah tiens, qu'est ce que vous aimez écouter? Ou [...] Ou alors ça peut être autre chose [...]

EIDE : J'ai eu un patient, moi qui c'est une de mes situations pour mon mémoire qui est phobique des plaies. [...] et en fait il fallait lui retirer des fils. En fait impossible de toucher ses fils et refuser tout traitement pour l'aider à se détendre et je [...] et en parler avec lui avant. En fait je savais que du coup il aimait les jeux vidéo et il avait amené un peu tout son attirail et il avait mis un casque de réalité virtuelle. Ben du coup j'ai demandé à l'infirmière s'il pouvait le mettre. Oui, une fois qu'il l'a mis. Du coup il veut ce petit jeu tranquille et nous on a pu toucher les fils.

IDE 2: oui oui tout à fait. c'est pas mal quoi. Moi je suis formé à l'hypnose mais je suis la seule du service. Mais on a un casque de réalité virtuelle à la consultation pansement. Que j'utilise aussi de temps à autre. Et puis en même temps je fais de l'hypnose comme ça, c'est pas mal aussi. mais mes collègues l'utilisent et c'est vraiment bien. Franchement, à partir du moment où tu dis focalise sur le patient de son soin mais que c'est

vrai que tu peux [...] après y en qui veulent regarder. J'ai eu une dame, c'était la consultation pansement. Hier je suis allée faire de l'hypnose justement et elle était totalement focalisée. Elle n'arrêtait pas de progresser. Moi je me mettais en travers, qu'elle me voit moi. Et finalement, à un moment donné comme elle l'était, elle était d'accord pour une hypnose plus formelle. Et ben ça a marché en fait. Parce que là, elle a lâché prise, parce qu'elle est tellement focalisée sur sa plaie qu'elle a eu du mal à décrocher.

EIDE : L'intérêt dans la prise en charge du patient l'utilisation de ces techniques.

IDE 2: Ben l'intérêt c'est qu'il garde un bon souvenir du soin. Parce qu'on sait, et ça c'est prouvé. Et Milton Erickson, c'est un psychiatre américain qui a ramené l'hypnose permissive parce que ce n'est pas de l'hypnose directive. L'hypnose permissive, c'est le patient qui va trouver toutes les solutions dans son inconscient. Et c'est vrai que moi dans l'hypnose c'est pas moi qui [...] c'est le patient qui fait son truc. Moi je suis juste là à parler avec lui et en fait lui disait que par rapport à la douleur par exemple, la douleur du moment, du présent ne représente qu'un tiers de la douleur totale, c'est à dire qu'elle est majorée de la douleur mémorisée et majorée de la douleur anticipée. Donc si on agit sur ces deux composantes, du coup on diminue la douleur. [...] Donc l'idée c'est que le patient garde en mémoire un souvenir plutôt agréable de ce soin, de manière à ce que sur l'anticipation du coup, il y ait moins d'appréhension pour que la douleur du moment ne soit pas augmentée par cette peur et cette appréhension. Voilà, donc en fait c'est ça l'objectif, c'est diminuer la douleur du moment, les appréhensions, les peurs et surtout garder un bon souvenir de ce soin. Et nous on voit. Moi je vois bien, dans la cicatrisation même, il y a un impact, il peut y avoir un impact sur la cicatrisation parce qu'un patient moins douloureux, tu peux faire une détersion plus poussée et donc tu favorise sa cicatrisation. Un patient qui reste dans sa douleur, qui majore sa douleur. Tu ne peux pas faire la détersion que tu veux, du coup tu peux avoir des retards de cicatrisation, voire même des aggravations de plaies. Donc ça fait partie des critères secondaires de mon étude aussi.

EIDE : du coup dans la relation de soin, l'intérêt que tu peux trouver à utiliser ses techniques ?

IDE 2: Ça permet de plus pousser ta relation. Chaque patient que j'ai eu en travaillant comme ça avec eux sur justement ce côté ben la distraction ou d'autres méthodes pour les focaliser, ils sont beaucoup mieux et c'est [...] je vois la consultation depuis qu'on a repris la consultation pansement suite au départ en retraite d'une de nos collègues qui faisait que de la consult et qu'on a amené nos petites touches en plus. on a amené nos petites touches en plus de de distraction. L'hypnose réalité virtuelle. On a remarqué que les patients arrivaient avec le sourire dans notre consultation. Tu vois, rien que ça en fait.

EIDE : C'est qu'ils savaient que [...].

IDE 2: Ils savent que voilà, on a des méthodes, certains bien ils viennent nous bien régulièrement, donc c'est nous, on leur dit ah vous avez envie, va voir les copines, c'est tu vois, il y a pas d'appréhension enfin. Et pourtant ils savent qu'on va faire des soins qui peuvent potentiellement induire des douleurs. Mais il arrive tu vois avec le sourire c'est.

EIDE : ayant eu une bonne perception dans le passé, comme tu disais ça à impacté le soin.

IDE 2: mais tout à fait et le fait d'aller chercher le patient là où il est et dans cette peur, dans cette douleur, dans le fait de valider ses inconforts et le patient, ils se sentent entendus à partir du moment où ils sont entendus, ils entrent en relation avec toi et ça c'est peut être le plus important. En fait, c'est aller chercher le patient là où il est et partir toujours du patient.

EIDE : Pour créer une relation de confiance.

IDE 2: tout à fait et créer cette alliance thérapeutique.

EIDE : Du coup, est ce que tu penses que la distraction auprès d'un patient qui a pris un soin [...] ben oui, tu me l'as dit. je me répète. [...] Ben oui, ça a une influence sur l'alliance thérapeutique, oui.

IDE 2: Mais tout à fait. De toute façon, tu ne peux pas créer une distraction si tu n'as pas créé l'alliance avec ton patient parce qu'il faut cette relation de confiance établie dès les premières secondes.

EIDE : Tu peux pas rentrer dans une pièce avec un patient que tu ne connais pas.

IDE 2 : et lui dire ben tiens, ben tiens, on va tiens, on va parler de votre maison, mais moi j'ai pas envie de parler de ma maison. C'est tu vois? Nan, non, il faut vraiment et en plus toi ne serait ce que par rapport à l'hypnose, je vais d'abord entrer en contact avec qu'on va parler d'autre chose que de l'hypnose. [...] Alors quand sur les soins que je peux faire, la consultation peut aller rapidement parce que l'idée c'est de les soulager et que vraiment que tout se passe bien. Mais quand je suis appelé dans d'autres services pour aller faire de l'hypnose, parfois ce n'est pas lors de la première séance qu'on fait. D'abord c'est vraiment créer l'alliance thérapeutique, rentrer en contact avec eux, les écouter parce qu'ils ont beaucoup de choses à raconter et puis voilà. Et puis je leur propose que alors soit sur cette journée là, est ce que vous voulez peut être un peu de relaxation, mais sinon je dis je reviens quand vous voulez. Peut-être dans deux jours. Et puis là on fait une vraie séance formelle.

EIDE : Et du coup, est ce que tu penses que la distraction peut enfin puisse amener au consentement du patient?

IDE 2: Bien. De toute manière, il faut qu'il consentit pour faire le soin. Avant de faire un soin, il faut qu'il accepte. Après tu peux. Après. Alors avant de faire le soin, tu peux faire de la distraction si ça peut permettre de l'apaiser et le faire sortir de sa peur. Il arrive. Il a peur. Déjà, tu valides cette peur, tu dis voilà. Qu'est ce qui fait que vous soyez dans cet état? Bon, j'ai mal dormi, j'ai peur de ce que le médecin peut me, m'annoncer. J'ai peur de mourir. Et puis, comment dire. [...] c'est que ton patient arrive, il n'est pas bien. Donc ce qui va être important, ça va être justement d'entrer en relation avec lui. Ben justement, parler des techniques que je t'ai dit, hein, c'est valider l'inconfort, et cetera. À partir de là, ben la distraction ça va te oui, une fois que tu sens que la relation se fait. Voilà, vous avez des enfants, euh voilà, tu, tu vas les chercher et tu as touché les cordes sensibles, ce qu'ils aiment en fait, voilà tout ça. Et puis ben finalement tu le distrais, tu vas parler de choses plutôt positives et [...] Moi j'utilise des mots positifs aussi pour les rassurer. Donc voilà, tranquillement. Voilà, vous pouvez peut-être me dire qu'est ce qui vous fait peur justement sur cette consultation? Alors l'œil va te dire je sais pas. Donc comme je te disais ah ben peut être la peur d'avoir mal, la peur de l'annonce du médecin, et cetera. Toi si tu dis mais non, ne vous inquiétez pas, mais tout va bien se passer. Ben là non, c'est pas bon.

EIDE : On n'a pas bien reçu.

IDE 2: Ben non, tu ne l'écoutes pas. Et là, donc c'est vraiment validé. Si je comprends le fait que vous ayez peur, moi aussi j'aurais peur. Mais vous savez, voilà, en fait, le médecin est là pour justement prendre soin de vous. et puis calmement il va vous expliquer les choses, tu vois, tu saupoudre de mots positifs. [...] Puis voilà. Donc tout va se faire vraiment tranquillement, soyez vraiment rassuré et voilà. Et puis il y a vous avez des petits, enfin voilà, vous habitez où? Oh, c'est pas très loin de chez moi ça. Puis tu vois, et dans ton intonation de voix même, tu changes ton Intonation pour être [...]. je vais essayer de prendre quelque chose. Ouais, un ton un peu plus [...]

EIDE : *sucré*

IDE 2 : pourquoi pas et puis voilà. Et c'est vrai que [...] Du coup ils vont adhérer à tout.

EIDE : Ok, du coup c'est fini. Merci beaucoup.

IDE 2 : Je t'en prie.

3. Tableau d'analyse des entretiens

Thème	Parties	IDE 1	IDE 2
soin	définition	<p>“ça va être une aide apportée à autrui, [...] quel que soit son domaine de référence”</p> <p>“pour moi, le soin c'est synonyme d'aide et de soutien”</p> <p>“Parce que le soin c'est de l'accueil, c'est de la prise en charge, de la prévention à la sortie, au rétablissement”</p>	<p>“ça va être une action qu'on va faire auprès du patient pour amener un résultat.”</p>
	différents types de soin	<p>“Le sommeil est un soin dans le sens où tu aides les gens à récupérer”</p> <p>“je te parle de physique avec les soins invasifs et non invasifs comme les prises de sang et tout ça”</p> <p>“ça passe aussi par le soin relationnel, la communication”</p>	<p>“c'est aussi le soin relationnel à partir du moment où on est en contact avec le patient.”</p> <p>“je mets vraiment soin technique, puis il y a surtout le soin relationnel et les deux vont vraiment bien ensemble quoi.”</p>

Thème	Parties	IDE 1	IDE 2
patient	définition	<p>“quelqu'un qui recevrait cette aide là. Qui recevrait ce soutien”</p> <p>“quelqu'un qui serait bénéficiaire de cette aide potentiellement fournis”</p> <p>“et qui a bien sur le droit au refus de soins”</p> <p>“toujours avec son consentement”.</p>	<p>“c'est une personne qui va avoir un problème physique ou morale, mentale à un moment donné de sa vie, qui va devoir consulter, peut-être même être hospitalisé”</p>
	position du patient durant l'hospitalisation	<p>“Ils sont là pour qu'ils soient acteurs et pas juste des, des objets de soin”</p> <p>“ça va être le résumé de leur journée, ça va être ce soin”</p>	<p>“le patient porte bien son nom parce que bien souvent il faut qu'il soit patient”</p> <p>“ils sont beaucoup dans l'attente”</p>

Thème	Parties	IDE 1	IDE 2
appréhension	cause	<p>“c'est souvent les soins médicaux ou paramédicaux qui sont appréhendés, donc nos soins prescrits qui sont appréhendés, donc ce qui va être un peu invasif”</p> <p>“l'appréhension du résultat, l'appréhension du diagnostic, l'appréhension de l'après, des traitements qui vont être à mettre en place.”</p> <p>“Et puis t'as l'appréhension aussi par</p>	<p>“liée à la peur d'avoir mal et à plein d'autres choses”</p> <p>“L'anxiété aussi.”</p> <p>“l'appréhension peut être face à une chirurgie qui va arriver par rapport à un soin, une prise de sang, une pose de perf, un pansement.”</p> <p>“comme je te disais ah ben peut être la peur d'avoir mal, la peur de l'annonce du médecin,</p>

		<p>exemple un IRM [...] Alors c'est pas invasif. Mais c'est quand même intrusif dans la sphère vitale"</p> <p>"Il faut prendre en compte aussi les phobies ou les peurs sociales de chacun aussi"</p>	<p>et cetera."</p>
	action mise en place	<p>"Je n'arrive pas avec le plateau dans les mains, je vais voir la personne, je lui explique qui je suis, je me présente"</p> <p>"je lui explique l'intérêt du soin si ça n'a pas déjà été fait"</p> <p>"ce qu'il sait déjà du soin, savoir comment il voit la chose, est ce qu'il a eu des indications ou savoir sur quelles bases lui il part"</p> <p>"Je mets une temporalité"</p> <p>"après, pendant tout le soin, j'explique ce que je fais [...] sauf si la personne me demande de pas le faire "</p> <p>"Des fois je demande à ce qu'il respire. Mais des fois il est hyperventile donc c'est contre productif. Du coup, je diverte un petit peu. Je parle d'où il habite [...]"</p> <p>"ils n'ont pas besoin d'être rassurés avec des mots, ils ont juste besoin d'être entendus. Tu vas juste écouter."</p> <p>"je pense que je vais être dans l'hyper honnêteté. Pour dédramatiser avec la personne en disant que lui sait pas, moi non plus [...] je le fais en fonction de la personne qui est en face de moi."</p>	<p>"ce qui va être important c'est de valider cet inconfort autant de douleur que la peur que plein de choses"</p> <p>"valider l'inconfort et puis le ramener ici maintenant"</p> <p>"le truc c'est qu'il faut aller les chercher là où ils sont pour les ramener à la conscience, à la réalité de maintenant, pour pouvoir après faire des choses avec eux, de façon à ce qu'ils vivent de façon plus confortable, le moment, le soin et cetera"</p>
	impact sur le soignant	<p>"Ça dépend dans quelle posture je me trouve."</p> <p>"Si je me trouve en tant que compétente parce que je connais le soin, je connais le service, je connais la spécialité et je vais connaître la pathologie [...] Je vais être plus rassuré, donc également plus rassurante."</p> <p>"j'avais un discours qui m'a induit dans une panique du genre je ne maîtrise pas le soin et en plus ce monsieur il ne sait pas, il ne supporte pas les sondes quoi"</p> <p>"parce qu'en fait je sens que je suis jugée en fait en tant que personne ou en tant que soignante ou pas, peu m'importe, mais du coup j'irais moins dans l'extravagance ou dans la miellosité."</p>	<p>"on ne sait pas trop comment prendre les patients."</p> <p>"on essaie de les rassurer mais en leur disant allez ne vous inquiétez pas, tout va bien se passer, mais on les inquiète encore plus"</p> <p>"C'est pour ça que, à un moment donné, moi dans ma pratique, je me suis retrouvé vraiment démunis."</p> <p>"Donc on essaie de faire au mieux avec les outils qu'on a"</p> <p>"c'est une grosse frustration de notre part en tant que soignants, d'être dans cette étape où on n'arrive même pas à soulager son patient quoi. Et puis tu ne sais plus quoi lui dire parce que de toute manière rien ne marche."</p>

Thème	Parties	IDE 1	IDE 2
l'alliance thérapeutique	intérêt de l'alliance thérapeutique	<p>"super important"</p> <p>"j'instaure déjà une relation qui est censée être de confiance"</p> <p>"on peut amener la personne à se détendre et qu'on a besoin de cette relation là, main dans la main pour faire le soin correctement"</p> <p>"la distraction marche mieux quand l'alliance s'est construite parce que du coup les gens vont plus être plus réceptifs à ce que tu racontes"</p>	<p>"Ce qui va être important, c'est de rentrer en relation"</p> <p>"Parce que si on ne crée pas cette alliance, on ne pourra rien faire avec nos patients."</p> <p>"c'est aller chercher le patient là où il est et partir toujours du patient."</p>
	moyen utilisé pour créer ou renforcer l'alliance thérapeutique	<p>"Mais je trouve ça important de ne pas partir en n'ayant pas tenu compte de leurs signaux"</p> <p>"j'ai entendu qu'ils avaient eu mal, j'ai entendu qu'ils étaient inconfortables. Eh ben je leur témoigne quelque chose par rapport à ça"</p> <p>"Je montre que j'ai entendu que j'ai écouté"</p> <p>"tu vas discuter, tu vas entrer en communication avec la personne. Qui va plus ou moins se livrer."</p> <p>"on utilise un peu ce qu'on peut avoir de plus banal pour entrer en relation"</p> <p>"je félicite les gens à la fin [...] ils nous ont accordé leur confiance. Du coup, je trouve ça légitime qu'ils aient un retour positif de notre part"</p>	<p>"je vais beaucoup observer et beaucoup écouter."</p> <p>"on entre en relation avec lui et justement par des techniques de communication thérapeutique, se mettre à hauteur du patient, même aller carrément en position basse par rapport à lui."</p> <p>"on va parler le même langage que lui"</p> <p>"c'est aller chercher le patient là où il est et partir toujours du patient."</p>
	lien entre la distraction et l'alliance thérapeutique	<p>"c'est une relation de cause à effet en fait, dans le sens où tu as besoin en tant que soignant de l'alliance thérapeutique avec le patient pour faire le soin et pour le distraire et parce qu'on l'a distrait et qu'on a créé cette relation, la relation est encore plus forte."</p> <p>"tu a l'alliance qui permet la Distraction, mais tu as la distraction qui du coup va renforcer l'alliance"</p>	<p>"Tu ne peux pas créer une distraction si tu n'as pas créé l'alliance avec ton patient parce qu'il faut cette relation de confiance établie dès les premières secondes"</p>

Thème	Parties	IDE 1	IDE 2
distraction	définition	<p>"Je dirais que c'est l'art de focaliser le cerveau où il n'est pas"</p> <p>"Je pense que c'est la faculté de focaliser le conscient sur autre chose que son état présent corporel"</p> <p>"c'est juste des indications d'hyper vigilance qui vont prêter l'attention à autre chose que ce qui se passe actuellement"</p>	<p>"c'est une façon de défocaliser le patient de ce qui va arriver."</p> <p>"c'est distraire le patient de manière à ce qu'il ne se focalise pas sur le soin qui va venir et surtout la douleur que ça va engendrer."</p>

	<p>outils et techniques de distraction</p>	<p>"Tout est distraction et rien ne l'est"</p> <p>"La distraction égale la communication"</p> <p>"Je fait un peu d'hypnose relaxation"</p> <p>"je peux converser et amener sur un autre sujet [...] ça distrait la personne puisqu'on parle d'autre chose, on ne parle pas lui"</p> <p>"le monsieur s'est mis dans sa bulle, il respirait, il répondait plus à mes questions, mais parce qu'il s'est mis dans son truc"</p> <p>"des fois moi je laisse la télé allumée pendant un soin"</p> <p>"si c'est une phobie visuelle d'un truc qui voit sur lui, du coup cas tu fais en sorte qu'il voit pas s'il ne veut pas ne pas regarder"</p> <p>"il y avait aussi de l'aromathérapie par rapport aux odeurs de la plaie"</p>	<p>"Il y avait l'acupuncture, mésothérapie, puis il y a l'hypnose"</p> <p>"L'hypnose permissive, c'est le patient qui va trouver toutes les solutions dans son inconscient."</p> <p>"communication thérapeutique."</p> <p>"c'est faire du pacing respiratoire"</p> <p>"Et puis ça peut être aussi la musique tout aussi ça peut être des patients aiment écouter de la musique parce qu'ils sont plus auditif"</p> <p>"on a un casque de réalité virtuelle à la consultation pansement"</p>
	<p>intérêt</p>	<p>"consacrer ce temps à cette personne là pour être la plus concentrée, la plus en harmonie avec elle et d'être à l'écoute de ses sensations et de ses besoins"</p> <p>"qu'il y ai un bon souvenir de cette hospitalisation, de ce soin, qu'il ne soit pas traumatisé pour les fois d'après"</p> <p>"c'est la fierté d'avoir fait les soins comme je l'entends et de prendre le temps avec les gens"</p>	<p>"C'est très bien pour le patient, mais qu'est ce que ça fait du bien pour nous aussi, ça augmente aussi notre qualité de soin."</p> <p>"il va être dans une transe plus profonde pour pouvoir justement mieux vivre ce moment de soin,"</p> <p>"un des objectifs aussi c'est de le rendre autonome par l'auto hypnose"</p> <p>"on est avec le patient, du coup on est moins focalisé sur les soins aussi"</p> <p>"l'objectif, c'est diminuer la douleur du moment, les appréhensions, les peurs et surtout qu'il garde un bon souvenir de ce soin."</p> <p>"ça permet de plus pousser ta relation."</p> <p>"On a remarqué que les patients arrivaient avec le sourire dans notre consultation"</p>
	<p>influence sur le consentement</p>	<p>"je ne pense pas. Je pense qu'il faut quand même avoir le consentement."</p> <p>"tu perds le bénéfice de ta distraction et tu reviens sur un sujet houleux. Donc je ne suis pas sûr."</p>	<p>"De toute manière, il faut qu'il consentit pour faire le soin"</p> <p>"Alors avant de faire le soin, tu peux faire de la distraction si ça peut permettre de l'apaiser et le faire sortir de sa peur"</p>

X. Abstract

NOM : DEU

PRÉNOM : Coralie

TITRE DU MÉMOIRE : L'impact de la distraction sur l'alliance thérapeutique et le consentement d'un patient qui appréhende un soin

Apprehension about care is not uncommon in the departments. It may be related to fear or pain, it is the role of the nurse to deal with it. This can be done by establishing a distraction. However, it is essential to establish a therapeutic alliance with the patient. After encountering two situations that questioned me, I decided to write my thesis on this topic. After many questions, I reached an initial question which is: How can distraction as a communication tool favour the therapeutic alliance and the consent of a patient who is apprehensive about care?

Through research, I was able to define the notions of distraction, therapeutic alliance, apprehension, consent and therapeutic communication. Then I realized two interviews with nurses in order to obtain their points of view on my subject. I analysed them afterwards and gave my personal reflection on the subject.

This work allowed me to understand what apprehension is and its causes. It showed me new techniques of distraction and their benefits for the patient as well as the nurse. Furthermore, I was able to understand the importance of the therapeutic alliance in the implementation of a distraction.

L'appréhension d'un soin n'est pas une chose rare dans les services. Qu'elle soit liée à une peur ou une douleur, il est du rôle du soignant de la prendre en charge. Pour ce faire, il est possible d'instaurer une distraction. Cependant, il est indispensable de mettre en place une alliance thérapeutique avec le patient.

Ayant rencontré deux situations qui m'ont questionné, j'ai fait le choix de rédiger mon mémoire sur ce thème. Suite à de nombreux questionnements, je suis arrivée à une question de départ qui est : En quoi la distraction comme outil de communication peut-elle favoriser l'alliance thérapeutique et le consentement d'un patient qui appréhende le soin ?

Grâce à des recherches, j'ai pu définir les notions telles que distraction, alliance thérapeutique, appréhension, consentement et communication thérapeutique. Puis, j'ai réalisé deux entretiens auprès d'infirmières afin d'obtenir leurs points de vue sur mon sujet. Je les ai par la suite analysé et donné ma réflexion personnelle sur le sujet.

Ce travail m'a permis de comprendre ce qu'est l'appréhension et ses causes. Il m'a montré de nouvelles techniques de distraction et leur bénéfice pour le patient mais également le soignant. De plus, j'ai pu comprendre l'importance de l'alliance thérapeutique dans la mise en place d'une distraction.

MOTS CLES : therapeutic alliance, consent, distraction, apprehension of care

MOTS CLÉS : alliance thérapeutique, consentement, distraction, appréhension d'un soin

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.

2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2020-2023