



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

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

La bienveillance de l'infirmière

***“Un sourire coûte moins cher que l'électricité
mais il donne autant de lumière”***

Abbé Pierre

Formateur référent : Lisa DJADAOUJEE

ROBINNE Eléonore
Formation infirmière
Promotion 2021 - 2024
Date : 6 mai 2024



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION RÉGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**

Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat d'Infirmier

Travaux de fin d'études : Mémoire d'initiation à la recherche en Soins Infirmiers

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

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

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

Le 6 mai 2024

Identité et signature de l'étudiant : Robinne Eléonore

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

La réalisation de ce travail de fin d'étude a été possible grâce à plusieurs personnes qui m'ont entourés et à qui je voudrais témoigner toute ma gratitude.

Tout d'abord, je voudrais adresser ma reconnaissance à ma directrice de mémoire, Madame DJADAOUDJEE, pour le temps qu'elle a consacré à m'apporter les outils pédagogiques indispensables à l'aboutissement de ce travail de recherche.

J'adresse mes sincères remerciements à ma référente pédagogique, Madame OLÉRON, pour sa confiance et son écoute attentive et tous les encouragements qu'elle m'a apportés pendant ces trois années de formation.

Je remercie également toute l'équipe pédagogique de l'université de Rennes et les intervenants professionnels ; responsables de ma formation, pour avoir assuré la partie théorique de celle-ci.

Je remercie les deux infirmières, Marine et Mélissa, qui m'ont d'abord accompagnées en stage et m'ont permis de poursuivre mon intérêt pour le métier en acceptant de répondre à mes questions.

Je voudrais exprimer toute ma reconnaissance à mes amies de promo, et mon amoureux, qui n'ont pas cessé de me soutenir dans les bons comme dans les moments difficiles.

Je remercie mes très chers parents et toute ma famille, pour leur amour inconditionnel, leur patience et leurs judicieux conseils qui ont contribué à mon épanouissement.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. Intérêts et motivations.....	1
2. Situations d'appel.....	1
3. Questionnements.....	3
CADRE THÉORIQUE.....	3
1. Le patient anxieux.....	3
1.1. Définition de patient.....	3
1.2. Le patient autonome.....	4
1.3. Définition de l'anxiété.....	4
1.4. Les expressions de l'anxiété.....	5
1.5. Les sources d'anxiété.....	6
1.5.1. les représentations.....	6
1.5.2. l'environnement hospitalier.....	6
2. L'infirmière.....	7
2.1. La première rencontre.....	7
2.2. Valeurs et éthique du soin.....	8
2.2.1. Devoirs généraux.....	8
2.2.2. Devoirs envers le patient.....	8
2.3. Concept de Bienveillance.....	9
2.3.1. Définition.....	9
2.4. Posture professionnelle.....	9
2.5. Mode de communication.....	10
2.5.1. L'écoute.....	10
2.5.2. Communication non verbale.....	11
3. L'alliance thérapeutique.....	12
3.1. Cadre conceptuel et définitions.....	12
3.2. La relation soignant-soigné.....	13
3.2.1. L'infirmière, le moteur de l'alliance.....	13
DISPOSITIF MÉTHODOLOGIQUE.....	14
- Objectifs.....	14

- Population interviewée.....	15
- Difficultés rencontrées.....	15
ANALYSE.....	16
DISCUSSION.....	18
CONCLUSION.....	24
BIBLIOGRAPHIE.....	26
ANNEXES.....	28
RÉSUMÉ.....	57

SIGLIER

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

AS : Aide-Soignante

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

DSM-IV : Manuel Diagnostique et Statistique

HAS : Haute Autorité de Santé

HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

INTRODUCTION

Dans le cadre de ma formation en soins infirmiers, je suis amenée à travailler sur un mémoire de recherche à partir d'un sujet qui nous a interpellé en stage. Ce travail me permet d'abord de développer ma qualité de réflexion intellectuelle et d'expérimenter une analyse descriptive à partir d'entretiens réalisés avec des professionnels. D'autre part, ce travail a pour but d'améliorer les pratiques soignantes. Le thème de mon mémoire porte sur l'impact de la posture bienveillante de l'infirmière face à un patient anxieux pour atteindre l'alliance thérapeutique. Cette idée a émergé suite à un stage en service de néonatalogie, dans lequel j'ai rencontré différentes pratiques soignantes sur majoritairement les mêmes types de patients. Ce stage m'a permis d'appréhender la relation soignant-soigné, d'où l'authenticité est remise en question car chaque soignant a pu me transmettre sa passion.

1. Intérêts et motivations

Devant les problématiques que j'ai rencontrées, j'ai d'abord eu la grande motivation de rechercher les différences et les similarités chez les professionnels de santé que j'ai rencontrés. Cette quête m'a permis de construire ma propre manière de penser et d'aborder le soin auprès du patient. En tant qu'étudiante et future professionnelle, je pense en effet que j'ai tout intérêt à me pencher et à questionner les pratiques professionnelles afin de développer une approche personnelle et distinctive du soin.

De plus, la compétence relationnelle m'a toujours intéressé et c'est un de mes points forts en stage et j'ai été d'autant plus motivée à travailler sur cette compétences, car elle entre dans ma zone de confort. À ce jour, j'ai le projet professionnel de continuer mes études vers le Master de Pratique Avancée qui traite particulièrement les relations entre soignants et soignés.

Grâce à ce mémoire de recherche, je souhaite approfondir mes connaissances techniques de communication pour établir une relation de qualité avec le patient, en incluant la posture professionnelle.

2. Situations d'appel

1) En unité de néonatalogie, j'ai suivi une infirmière puéricultrice qui m'a semblé dès le début douce et attentionnée dans ses soins. Nous avons accompagné au cours de la journée, une jeune maman et son conjoint avec leur premier bébé. La maman avait exprimé son souhait d'allaiter sa fille et cet apprentissage nécessitait la présence de l'infirmière puéricultrice. Pour moi, c'était la première fois que j'assistais à ce soin intime, en position d'observatrice et apprenante sur la posture de l'infirmière.

Avant d'entamer ce soin, l'infirmière avait pris le temps de se présenter, de souhaiter la bienvenue, d'expliquer le fonctionnement du service et pour finir, le déroulé de la mise au sein pour le début de

l'allaitement. Elle a choisi des mots rassurants et positifs, en s'adressant à la maman mais aussi au papa. À ce moment-là, le comportement de l'infirmière m'a beaucoup touché par son authenticité et sa posture professionnelle. Elle représentait un soutien émotionnel et un apport de connaissance pour répondre aux besoins de cette famille. Pendant tout le déroulé du soin, j'ai observé la posture de l'infirmière et son comportement : elle avait un débit de parole juste et un ton de voix calme, une distance physique correcte et n'hésitait pas à montrer l'exemple d'un bon positionnement sur elle, elle conduisait la maman dans ses gestes avec douceur et assurance. Tous ces détails ont conduit l'ambiance dans une tranquillité et une sécurité du soin

À la fin du soin, j'ai constaté que la maman s'abandonnait aux conseils de l'infirmière et s'investissait dans le soin en reprenant la même attitude de douceur vis-à-vis de son bébé. J'ai senti qu'une alliance thérapeutique commençait à s'installer, conduite par la confiance entre le soignant et le soigné.

2) En unité de néonatalogie, j'ai suivi une infirmière puéricultrice dans un soin auprès d'une maman dans le but de lui expliquer le système de lactation et de l'aider à s'autonomiser. En effet, la maman avait le souhait d'un allaitement maternel.

En arrivant dans la chambre, nous avons trouvé la maman allongée sur le lit. L'infirmière a d'abord questionné la maman pour évaluer sa capacité à tirer son lait. La maman nous a confirmé qu'elle connaissait le fonctionnement du fait de son expérience avec son premier enfant, quelques années plus tôt. L'infirmière lui a alors remis un planning de lactation pour tracer les horaires et la quantité de lait en prenant des exemples.

Elle a fini par annoncer à la maman que notre venue était aussi prévue pour la solliciter à effectuer un premier tirage. Dans un contexte de fatigue pour la maman, cette dernière a avoué qu'elle voulait décaler le créneau du tirage pour d'abord se reposer. L'infirmière a de suite insisté sur l'importance du tirage du lait régulier pour favoriser la lactation et a donné plusieurs arguments en tentant de convaincre la maman de finalement s'installer pour tirer son lait. J'ai remarqué à ce moment-là le comportement de l'infirmière: elle se tenait loin de la maman, environ 2m50, ne bougeait pas, étant accoudée au lavabo en adoptant une attitude d'autorité et convaincante. Elle avait un ton de voix assez monotone et répétait les mêmes mots pour soutenir ses encouragements. Elle pouvait couper la parole à la maman pour toujours appuyer l'argument de la régularité du soin et de la facilité pour le service d'avoir des horaires fixes. Enfin, elle laissait des moments de silences entre elle et la maman.

Au fur et à mesure, j'ai remarqué que la maman semblait de plus en plus gênée et se refermait sur elle-même en baissant les yeux, les larmes lui montait aux yeux. En sortant de la chambre, la maman pleurait et exprimait son stress.

Finalement, L'infirmière a mentionné son retour dans la chambre pour laisser la maman tranquille et se reposer, le tirage du lait n'a pas abouti comme prévu.

3. Questionnements

À partir de ces situations qui m'ont interpellées, j'ai beaucoup remis en question ce que j'avais observé. Je me suis d'abord penchée sur la pratique de l'infirmière en me demandant comment cette dernière reconnaît un patient anxieux. Puis, j'ai cherché à analyser l'attitude soignante à l'hôpital et j'ai constaté que certains soignants osaient être authentiques auprès des patientes et d'autres non. Je me suis alors demandé pourquoi certains soignants montrent-ils leur authenticité et/ou des signes de bienveillance et pas d'autres ? Cela relève-t-il de leur caractère propre ? Par rapport à la bienveillance, j'ai pu échanger avec des professionnels de terrain et approfondir ma réflexion. J'ai eu envie de questionner les limites de la bienveillance et son rôle face à l'anxiété du patient. Enfin, est-ce que la gestion de l'anxiété est-elle plus importante que le soin ?

Ces questionnements personnels et partagés m'ont permis d'ouvrir ma question de départ qui est :

En quoi la posture bienveillante de l'infirmière influence-t-elle l'alliance thérapeutique face à un patient anxieux ?

Pour présenter ce mémoire de recherche, et à partir des auteurs, je commencerai par mettre au clair le mot 'patient' et je m'attarderai particulièrement sur le patient anxieux. Puis, je m'appuierai sur les valeurs infirmières pour faire apparaître la posture bienveillante. Pour finir, je vais résumer la notion d'alliance thérapeutique et mettre en avant le rôle primordial de l'infirmière en tant que son moteur.

CADRE THÉORIQUE

1. Le patient anxieux

1.1. Définition de patient

Pour commencer, la définition du patient se retrouve dans plusieurs contextes. À la base étymologique, le patient est dérivé de sa racine latine *patiens*, qui signifie : "celui qui souffre". Par ailleurs, selon Le Larousse, le patient est défini comme étant synonyme de "malade" et de "personne soumise à un examen médical ou à des interventions chirurgicales". Selon l'OMS, (Organisation Mondiale de la Santé) un patient est "une personne qui reçoit des soins". Du point de vue des soignants, le patient est d'abord un individu avec son propre passé, sa propre identité et ses propres sentiments. En considérant ces diverses définitions, nous pouvons déduire que le patient est défini comme une personne à part entière, bénéficiant de soins médicaux et d'une attention singulière. Dans le cadre du parcours de santé du patient, tel qu'établi par le Ministère de la Santé et de la Prévention, s'intègre l'éducation

thérapeutique dont l'objectif est d'encourager l'autonomie du patient et de le rendre acteur de sa propre prise en charge médicale.

1.2. Le patient autonome

Selon l'article de Soyer, L. (2022) Le patient au cœur de l'éducation thérapeutique, dans la revue *L'infirmière*, n°26, p 18 : l'autonomie est définie par "la capacité à se gouverner soi-même". Cela suppose pour le patient de posséder la faculté de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir, de faire des choix et de la liberté d'agir en acceptant ou en refusant en fonction de ses propres décisions. Cette définition est soutenue par la loi du 4 mars 2002, relative aux droits du patient qui déclare 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." Dans ce cas, "le patient est considéré comme un sujet ouvert, [...] un être en devenir, capable aussi de développer des compétences en auto soins et d'adaptation" (*L'infirmière*, n°26, p 18). Selon l'OMS, l'autonomie du patient est un principe éthique d'où "il s'agit du respect pour chacun de disposer soi-même de sa santé et de choisir les options qui correspondent à ses souhaits, ses valeurs ou ses projets de vie". Elle poursuit en disant : "Le respect de l'autonomie est la norme qui prescrit de respecter les capacités de prise de décision des personnes autonomes, en connaissance de cause." En fin de compte, l'autonomie du patient est définie par l'OMS comme : "la capacité d'une personne à choisir son praticien, à maîtriser sa volonté à consentir ou non à un traitement, à suivre ou non les recommandations ou les conseils du soignant."

Nous avons vu que l'autonomie est à la base des principes éthiques et demeure la principale raison pour laquelle il convient de respecter chaque individu en tant qu'être humain. Malgré les contraintes rencontrées, il est primordial que le patient reste toujours au centre des discussions en équipe et des efforts déployés en sa faveur.

1.3. Définition de l'anxiété

Tout d'abord, Le Dictionnaire en ligne nous présente une définition de l'anxiété qui est celle d'une "inquiétude pénible, tension nerveuse, causée par l'incertitude, l'attente". Pour le Vidal, "l'anxiété est une réaction normale qui devient une maladie lorsqu'elle survient alors qu'aucun événement ne la justifie vraiment". L'encyclopédie Philosophique se penche sur le point de vue fonctionnel et définit l'anxiété comme "un signal d'alarme de l'organisme ; un système d'alerte biologique qui prépare le corps à réagir à des situations *potentiellement* dangereuses." Elle va plus loin en démontrant le mécanisme physiologique : "cela se traduit par une augmentation de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle, de l'activité des glandes sudoripares et de la respiration". Le DSM-IV (Manuel Diagnostique et Statistique) des troubles mentaux, propose de définir l'anxiété comme "un état émotionnel pénible et

désagréable associant nervosité et inquiétude”. Grâce à l’ouvrage Anxiété et troubles anxieux de Graziani. P. (2005) p 13, il est important de comprendre que l’anxiété est distincte de la peur ou de la panique. En effet, “la peur fonctionnellement associée à la confrontation, à l’anticipation et à la préparation du danger alors que l’anxiété [...] est associée à une tendance de fuite ou d’agression défensive.” Dans cet ouvrage, Rachman (1998) propose deux tableaux (cf annexe n° 1) pour montrer les ressemblances et les différences entre l’anxiété et la peur de manière concrète. Pour conclure, “l’anxiété se différencie de la peur en ceci qu’elle ne concerne en principe aucun danger précis si surtout réellement menaçant.” (Les états anxieux Radat. F (1998) p 4).

Ainsi, nous pouvons nous pencher sur les manifestations de l’anxiété.

1.4. Les expressions de l’anxiété

Lorsque l’anxiété persiste, elle peut devenir accaparante et perturber le fonctionnement normal d’un patient. Selon la Clinique Psychologique du Québec, on la reconnaît anormale lorsque son intensité est exagérée par rapport au danger réel, ou que les inquiétudes sont irréalistes et excessives ou encore qu’elle entraîne un niveau de détresse important. Dans la majorité des services de soins conventionnels, nous retrouvons différentes expressions d’anxiété de la part des patients : une agitation, un certain trouble du sommeil, ou bien une hypertension, des céphalées. L’OMS a recensé plusieurs symptômes du trouble anxieux :

- des difficultés à se concentrer ou à prendre des décisions ;
- de l’irritabilité, des tensions ou de l’agitation ;
- de la nausée ou une détresse abdominale ;
- des palpitations cardiaques ;
- de la transpiration, des tremblements ou des frissons ;
- des problèmes de sommeil ;
- un sentiment de danger imminent ou de panique, l’impression de ne pas avoir d’issue.

Dans Prendre en charge un patient anxieux p 30, l’auteur décrit qu’il y a plusieurs catégories de patients anxieux : “Tout d’abord, il y a les anxieux de nature, ceux qui manifestent leurs symptômes quelle que soit la situation. Viennent ensuite, ceux dont l’environnement médical du geste envahissant sur le corps, de l’appréhension de la maladie ou de son diagnostic.” Elle finit par révéler la dernière catégorie de patient anxieux, celle de la phobie. Pour finir sur les expressions de l’anxiété, la mesure HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) est un outil utilisé pour détecter les troubles anxieux et dépressifs. (cf annexe n° 2) Elle comprend 14 éléments évalués sur une échelle de 0 à 3. Sept questions portent sur l’anxiété et sept autres sur la dimension dépressive, ce qui permet d’obtenir deux scores distincts. C’est

l'HAS qui a instauré cet outil et permet aux soignants d'évaluer les besoins des patients pour y répondre au mieux. Ainsi, les patients se sentent écoutés et peuvent facilement s'exprimer sur leur anxiété s'ils le veulent.

1.5. Les sources d'anxiété

1.5.1. les représentations

Reprenons le même périodique que plus haut, où Vizzari. M, p 30, nous dit que de plus en plus, les patients viennent en hospitalisation avec une certaine représentation de soin, à cause des informations mauvaises trouvées sur Internet. Elle avoue entendre par le personnel médical qu'il est difficile de combattre ou de corriger l'état anxieux du patient lorsque ce dernier est non justifié.

Selon une étude issue de l'article périodique Recherche en Soins Infirmiers dont le titre est : Connaître les représentations du patient pour optimiser le projet éducatif de Robin-Quach R. p 36, on peut démontrer que des patients ont une vision de la maladie et/ou de la santé inadaptée. En effet, l'étude dévoile que la prise en charge du patient s'avère beaucoup plus large que le simple cadre sanitaire. Par conséquent, malgré le travail obligatoirement interdisciplinaire, la prise en charge du patient nécessite une ouverture d'esprit du côté soignant mais aussi du côté patient afin de modifier les représentations de la maladie, de la santé...

De plus, les représentations peuvent s'accompagner de souvenirs d'expériences difficiles. Prenons l'exemple des enfants grâce à l'article scientifique intitulé Les inquiétudes de l'enfant avant un soin (2022) de Minguet B. Elle nous explique que "l'enfant se construit parfois, des représentations tout à fait fausses quant aux conséquences des actes de soin." On comprend que l'enfant peut imaginer que la cicatrice reste énorme après une opération, ou bien qu'il ne se réveille pas après une anesthésie, ou encore qu'il pourrait être transpercé par les rayons x. Par conséquent, une fois adulte et confronté à une hospitalisation ultérieure, le patient pourrait développer des symptômes d'anxiété induits par ce souvenir d'expérience réelle ou potentielle.

Nous venons de voir qu'il existe les représentations mentales comme source d'anxiété chez le patient, nous nous pencherons particulièrement sur le facteur hospitalier.

1.5.2. l'environnement hospitalier

Dans le cas de l'hospitalisation, plusieurs événements peuvent déclencher un effet anxiogène pour les patients concernés, comme le dit Charazac P. dans Psychogériatrie L'hospitalisation (2005) p 414. "l'hospitalisation est un événement redouté qui constitue parfois un mode d'entrée brutal dans la vieillesse." L'auteur nous dévoile une des raisons pour laquelle certains patients refusent l'hospitalisation

: “L’hospitalisation éprouve le narcissisme du patient qui se représente, en dépit de ses droits, comme un être dépendant ayant perdu tout pouvoir de décision.” De même que toute première hospitalisation pour n’importe quel patient présente un “traumatisme qui active [...] des angoisses jusqu’ici contenues.” En effet, on se rend compte que l’aménagement des locaux des services de soins conventionnels joue un rôle majeur pour moduler l’état anxieux. La liste des stimulus négatifs est longue : bruit des scopes, les sonnettes; les odeurs particulières des produits antiseptiques... “Le bruit est facteur de stress, il a des effets négatifs sur le bien-être général des patients” (François, D. (2015) Le niveau sonore est l'affaire de tous. *L'infirmière magazine*, n°359, p 25.) En addition aux stimuli inconnus des nouveaux patients, il est courant que ces derniers rencontrent au cours d’une journée, plusieurs soignants, entre les aides-soignants (AS), les infirmiers (IDE), les internes et leurs externes, les agents de service et bien d’autres encore. Nous comprenons que cette dimension parasite la communication soignante. (La communication entre soignant et soigné: repères et pratiques de Bioy, A., Bourgeois, F., & Nègre, I (2013) p 61). Il existe aussi une autre source de parasite plus proche du patient ; c’est celle du voisinage. La présence de voisin de chambre ou l’interruption d’un membre de la famille accentue, dans certains cas, le malaise et le bon déroulé du soin. Selon une étude de Bonny Y. dans L'espace en partage : approche interdisciplinaire de la dimension spatiale des rapports sociaux 2017 : “4 patients sur 10 se disent pas, peu ou moyennement satisfaits du calme et de la tranquillité de la chambre ou de son confort.”

Maintenant que nous avons pu identifier des éléments de compréhension du patient, dans son identité et ses faiblesses, nous allons aborder la place de l'IDE dans le parcours de soins de ces patients.

2. L’infirmière

2.1. La première rencontre

Vous n'aurez jamais une deuxième chance de faire une bonne première impression.

- *David Swanson*

Comme nous l’avons vu ; accueillir un patient dans un contexte anxiogène, s’inscrit dans une démarche du prendre soin. Le Ministère de la Santé et de la Prévention (2015) présente les mesures d’accueil du patient, d’où est écrit : “L’accueil du patient et de son entourage est le premier soin. Sa qualité influence la relation future. Il est le lien qui lui permet de s’exprimer tout au long du séjour et favorise un climat de confiance.” Autrement dit, cette première rencontre restera déterminante pour les deux individus diamétralement opposés. L’équipe de l’hôpital de Mantes-la-Jolie cite : « Le temps de l’accueil est un moment privilégié d’écoute et d’informations pour le patient et son entourage, favorisant une relation de confiance fondamentale pour le vécu de l’hospitalisation. »

De plus, l'image corporelle du soignant est la première expression de sa disponibilité et de sa capacité à accueillir (Vandenbulcke, C. affirme dans L'accueil : l'hospitalité à l'hôpital - concept et évaluation. (1999) *Recherche en soins infirmiers*, n° 57, p 8)

Ainsi, tout au long de la journée, les soignants accueillent les patients et doivent faire face aux émotions de peur et d'angoisse que ces derniers ressentent, tout en cherchant à instaurer la confiance et la sécurité nécessaires pour favoriser l'adhésion aux soins.

2.2. Valeurs et éthique du soin

2.2.1. Devoirs généraux

Pour aborder les valeurs de l'infirmières, je me suis principalement basée sur la source issue du Ministère de la Santé et de la Prévention, cadre de référence et élaboration des normes. D'après celle-ci, "la philosophie des soins infirmiers est fondée essentiellement sur des valeurs humanistes, une approche globale de l'Homme et de la santé." Ensuite, les valeurs infirmières sont référencées en trois catégories principales qui sont :

- Le respect de la dignité et de la liberté de l'être humain. Ces valeurs contribuent au développement d'un projet de vie et d'un projet de soins librement consentis par chaque personne soignée.
- La compétence professionnelle. Elle est garantie par un diplôme d'Etat. Pour autant « l'infirmière a le devoir de maintenir et d'améliorer ses compétences tout au long de son exercice professionnel ». (Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières)
- La responsabilité professionnelle. Elle implique un engagement professionnel et personnel.

Pour comprendre l'application de ces valeurs, il nous faut regarder le cadre du métier, et c'est l'article R. 4312-4. du code de déontologie infirmiers qui le prouve : "L'infirmière respecte en toutes circonstances les principes de moralité, de probité, de loyauté et d'humanité indispensables à l'exercice de la profession."

Nous avons vu les principes généraux, nous vous présenterons les devoirs envers le patient, toujours issu de la source Légifrance, dans le but de découvrir la provenance du concept de bienveillance.

2.2.2. Devoirs envers le patient

Selon l'article R. 4312-10. "L'infirmier agit en toutes circonstances dans l'intérêt du patient. "Ses soins sont consciencieux, attentifs et fondés sur les données acquises de la science." "Il y consacre le temps nécessaire en s'aidant, dans toute la mesure du possible, des méthodes scientifiques et professionnelles les

mieux adaptées.” Par ailleurs, dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, il est écrit : « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. Ainsi, « Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.

Nous avons choisi de citer cette source afin de vous faire comprendre que l'infirmière est soumise à des obligations de bienveillance dans son exercice professionnel. Le terme de bienveillance n'est pas explicitement inscrit dans les décrets mais nous allons voir que ces définitions précédentes rejoignent fondamentalement ce concept dans les soins infirmiers.

2.3. Concept de Bienveillance

2.3.1. Définition

Afin d'entrer un peu plus dans le vif du sujet sur la bienveillance de l'infirmière, voici une définition que propose monsieur Dupuis, M. dans la revue *ActuSoins*, Soignants : la bienveillance peut-elle être enseignée ? (octobre 2018). “Bienveillance vient du latin *benevolentia*, dans lequel veillance renvoie à une certaine volonté. Il s'agit de vouloir le bien, de bien vouloir [...]. Et puis bienveillance, par homonymie, nous fait penser à bien veiller c'est-à-dire à veiller bien, ce qui ne veut pas dire surveiller, mais être attentif. Dans les deux cas, qu'il s'agisse de volonté ou d'attention, on fait allusion à quelque chose qui n'est pas spontané, en tout cas à quelque chose qui doit être maintenu, entretenu.”

Pour compléter, le webmagazine *EVE* écrit par l'auteure Donzel, M. (février 2020) Vous avez dit « bienveillance » ? On passe le concept à la loupe ! nous apprend que c'est à partir des années 1950 (après un long chemin de construction et d'inscription dans la langue française) que la bienveillance apparaît comme une “posture accueillante, non-jugeante” et “ouverte à la différence”. Elle est qualifiée pour être “une source d'apaisement pour qui la pratique autant que de sentiment d'être en confiance pour qui en bénéficie et d'amélioration globale de la qualité des relations”.

Le terme de bienveillance est le cœur du métier de l'infirmière, à défaut de ne pas être inscrit spécifiquement dans le code déontologie. Cela revient à “veiller et bien veiller qui est le propre de celui qui se sent responsable d'autrui” (La bienveillance, cœur de tout soin, *Éthique & Santé*, Volume 8, Issue 4, Décembre 2011, p 171). Grâce à l'attitude bienveillante du soignant, le patient sera amené à reconnaître l'importance de manifester de la bienveillance envers ses proches qui le soutiennent. Nous constatons que le cercle vertueux de la bienveillance peut être très efficace dans le système de soins.

Nous allons voir la posture bienveillante de l'infirmière.

2.4. Posture professionnelle

Afin d'illustrer ce concept très discuté des auteurs, nous commencerons par la définition de la posture professionnelle donnée par Le dictionnaire des concepts en soins infirmiers de Paillard, C. (2016) p 503 : “La place que l'on veut occuper dans la vie professionnelle ; dans une situation donnée. Ce terme englobe un ensemble de connaissances mises en actions (savoir-faire et savoir-être) pour assurer son désir d'efficacité mais aussi pour favoriser un soin basé sur une relation professionnelle avec les individus”. Cette explication souligne que la posture professionnelle est constituée de plusieurs éléments théoriquement acquis pour guider l'action de prodiguer des soins. Concrètement, certaines postures inconscientes peuvent transmettre des messages forts (Bioy A. Communication soignant-soigné : repères et pratiques (2013) p 56). Par exemple, le geste de croiser les bras pendant une discussion peut indiquer une réticence de la part de l'interlocuteur au partage des idées. En revanche, l'attitude contraire serait de “hocher la tête, sourire et regarder franchement, directement la personne dans les yeux”, nous dit l'auteur. Cette posture physique fait preuve d'encouragement pour la suite de la discussion et prouve que l'écoute est optimale. Paillard, C. dans Le dictionnaire des concepts en soins infirmiers p 503 confirme que “par la posture s'incarnent les valeurs d'un professionnel en relation à autrui”. Cependant, la posture du soignant n'est pas innée, pour Paillard, C. : “c'est nécessairement un choix personnel relevant de l'éthique. Ce choix peut être modifié par différents facteurs humains. En effet, Manoukian, A. nous révèle dans La relation soignant-soigné (2001) que l'état psychologique de l'infirmier, ses conditions de travail, ses représentations et ses expériences antérieures peuvent avoir un impact sur la posture qu'il adoptera. A contrario, lorsque l'infirmier se trouve dans un état psychologique positif et que son environnement de travail ainsi que ses expériences antérieures sont favorables, cela facilitera l'adoption d'une attitude appropriée.

Pour revenir au concept de posture professionnelle, nous retiendrons la définition de Mulin T. dans Posture professionnelle, Dictionnaire des concepts de la professionnalisation (2022) (p 314) qui désigne “la situation dans laquelle agit un professionnel, tout autant que le système d'attitudes qu'il adopte dans cet exercice”.

Nous avons vu le concept général de la posture professionnelle, nous verrons ensuite concrètement ses outils indispensables.

2.5. Mode de communication

2.5.1. L'écoute

Rappelons grâce aux cours sur La relation d'aide de Le Bihan C (2023) qu'un des outils de la relation d'aide, est l'écoute active. Il s'agit d'un processus actif et volontaire du soignant. Il est judicieux de différencier le verbe écouter qui signifie prêter l'oreille pour entendre, et entendre qui signifie comprendre, saisir le sens. (cours sur la relation d'aide Le Bihan C.)

A partir de là, on peut faire entrer l'auteur Bioy A. dans Communication soignant-soigné : repères et pratiques (2013) p 39. Il nous apprend que l'écoute soignante impose une application affective avec le patient ainsi qu'une "attention particulière centrée uniquement sur le patient". On comprend que lorsque le soignant se met en position d'écoute active, cela lui permet d'entendre le patient dans sa globalité et donc sa souffrance et même percevoir au-delà des sons ; ses craintes, ses doutes, ses éléments de faiblesses etc. L'auteur poursuit en révélant trois niveaux d'écoute :

- Le premier niveau d'écoute implique que le soignant recueille attentivement les paroles du patient, quelles que soient leur nature (récits personnels, situation actuelle, etc. Pour cela le soignant se rend disponible et adopte une attitude psychologique propice à recevoir les propos du patient.
- Le second niveau d'écoute est centré sur ce qui est dit "au-delà des mots". On retrouve dans ce niveau le non verbal (posture physique, expressions faciales) et le paraverbal (ton de voix, silences) par exemple. Ainsi, le soignant va utiliser sa compétence d'analyse et associer un visage tendu à un indice de douleur physique ou psychologique. Sans cette analyse invisible, le soignant risquerait d'omettre des informations sur le patient.
- Le troisième niveau d'écoute est celui qui concerne les émotions et les sensations. Il conclut avec les deux autres niveaux car c'est là que le soignant va s'intéresser aux affects du patients mais aussi à la façon de s'approprier les sensations corporelles. Par exemple, le soignant va écouter les insomnies du patient, ses difficultés de respiration ou encore ses maux de tête.

Quand l'auteur nous apprend encore que l'ensemble d'un message est constitué de 7% de paroles, de 38% d'intonation et 55% du langage du corps (p 53), le soignant en posture d'écoute a tout intérêt à tenir une importance à la communication non-verbale et c'est ce que nous allons voir juste après.

2.5.2. Communication non verbale

Nous avons énoncé que la communication non-verbale comporte plusieurs sous-parties et nous allons nous attarder seulement à la proxémie, en lien avec l'entretien de l'IDE 2.

Tout d'abord, le même auteur que plus haut nous apprend (p 54) que le concept de proxémie a été inventé par Edward T. Hall et ce dernier a identifié quatre distances de base. Il y a la distance publique, sociale, personnelle et intime (dans l'ordre décroissant des mesures en cm). En service, un soignant va se tenir idéalement à la distance personnelle (entre 45 cm et 1,20 m). Il est important de prendre en compte ces mesures pour comprendre parfois les sources d'anxiété chez certains patients. En effet, la distance intime (entre 15 et 45 cm) est régulièrement bouleversée dans le contexte de soin. Cependant, pour un soignant, instaurer la bonne distance avec un patient n'est pas inné. De plus, chaque relation est singulière. C'est l'expérience est quelques principes de bases qui vont être les clés de l'infirmière pour appréhender la juste distance.

Toutes ces clés sont données à l'infirmière pour se les approprier et faire preuve de créativité pour le patient dans le but d'atteindre l'alliance thérapeutique.

3. L'alliance thérapeutique

3.1. Cadre conceptuel et définitions

L'origine du concept d'alliance thérapeutique est faite à partir du mot 'alliance' et 'thérapeutique' que nous allons définir brièvement et faire des liens avec les définitions des auteurs. Tout d'abord, l'auteur Mateo, M-C dans Concepts en sciences infirmières (2009) p 66, écrit que l'alliance désigne "une union par engagement mutuel, un accord". Et la thérapeutique est par extension "l'art de prendre soin, qui est la partie de la médecine, qui a pour objectif le traitement des maladies".

À partir de cela, nous verrons que le développement de ce concept est lié premièrement à Freud en 1937 : Selon ce dernier, il s'agit d'un pacte avec l'ego du patient, d'un contrat psychologique entre le patient et le thérapeute.

Selon Rogers, c'est la perception par le patient de la capacité d'empathie du thérapeute, qui influence le travail thérapeutique.

Selon Greeson, l'alliance thérapeutique repose sur trois composantes ; le transfert, l'alliance de travail et la relation réelle.

Selon Bibring, la situation thérapeutique représente "une nouvelle relation d'objet".

Selon Luborsky, l'alliance thérapeutique a un aspect dynamique plutôt que statistique.

Selon Bordin, il convient d'intégrer à la fois les aspects relationnels non spécifiques (les liens) et les aspects relationnels techniques (tâches et objectifs) au sein d'un seul modèle.

Selon Ricoeur, la relation de soin, singulière dans son instantanéité, peut être définie comme un "pacte de soins". Ce pacte est basé sur la présence, la confiance et la conscience comme une alliance scellée entre deux sujets et orienté vers un ennemi commun : la maladie.

Toutes ces définitions sont issues de Mateo, M-C dans Concepts en sciences infirmières (2009) p 66.

Cette fois, la définition de l'alliance thérapeutique fait l'objet de nombreuses controverses au fur et à mesure des années. Cependant, nous remarquons que toutes les théories s'accordent à dire qu'elle concerne la collaboration entre le patient et le thérapeute (soignant). Dans le livre qui s'intitule L'alliance thérapeutique : fondements et mise en oeuvre (2011) de Collot, E, Roten, Yves écrit p 6, que l'alliance thérapeutique "s'inscrit dans un processus interaction basé sur la négociation (l'échange) et la réciprocité (le partage)". Il poursuit pour dire qu'une bonne alliance thérapeutique se crée lorsque le soignant et le patient s'entendent sur les objectifs à atteindre et le développement du plan, en concluant une responsabilité dans les résultats attendus.

Pour aller plus loin, on retiendra que l'alliance thérapeutique désigne un lien particulier entre le patient et le médecin ou le soignant, dans le but d'atteindre un accord sur des décisions thérapeutiques. Cette alliance repose sur une éthique et des valeurs communes. "Loin d'être figée, elle évolue selon un mouvement fait de moments de ruptures et de réparation." (Pratiquer l'éducation thérapeutique : l'équipe et les patients. De la Tribonnière, X. Edition Elsevier, p 36)

3.2. La relation soignant-soigné

Grâce au cours théorique sur la relation soignant-soigné du semestre 2, nous retrouvons tout d'abord la définition de la relation soignant-soigné : c'est "une situation complexe aux composantes multiples, techniques, psychologiques, affectives ; procédant d'une subtile alchimie". Elle comporte quatre niveaux par ordre croissant. Il y a d'abord la relation de civilité, dans laquelle on retrouve l'action de se présenter. Un médecin va décrire sa fonction, une infirmière aussi et cela permet au patient de repérer son entourage et de savoir à qui s'adresser en fonction de ses besoins. Deuxièmement, il y a la relation fonctionnelle, qui permet au soignant de recueillir des informations sur le patient et de mieux orienter les soins. Troisièmement, il y a la relation de soutien, dans laquelle on retrouve l'écoute active, et enfin, il y a la relation thérapeutique. Cette dernière est atteinte lorsque le soignant et le soigné coopèrent ensemble sur un projet thérapeutique adapté. Elle comporte également plusieurs dimensions : la dimension éducative, thérapeutique, coopérative, autoritaire / acceptation et de dépendance voire maternage.

Cela dit, le modèle "paternaliste" du soignant qui possède les savoirs et qui prend en charge les intérêts du patient dans le principe de bienfaisance est devenu obsolète selon l'ouvrage de De la Tribonnière, X. Il semble intéressant de se pencher sur le nouveau modèle, appelé : le modèle partenarial. En effet, ce modèle s'est révélé à travers l'essor de la responsabilité et l'autonomie du patient. Celles-ci favorisent "une meilleure prise en charge et une meilleure adhésion de celui-ci au plan de soin proposé. [...] Le patient est au centre. Plus précisément, c'est la relation soignant-soigné qui se trouve au centre du dispositif. On parlera de la relation « patient-soignant »." Le modèle partenarial repose sur plusieurs critères : l'empathie, le climat de confiance, ou la reconnaissance de l'expertise du patient sur sa maladie ou encore la reconnaissance et la participation de ce dernier aux prises de décisions. De cette relation partenariale s'établit une véritable alliance thérapeutique entre les deux parties.

3.2.1. L'infirmière, le moteur de l'alliance

Il nous a semblé judicieux d'illustrer l'alliance thérapeutique dans la pratique professionnelle et c'est Mateo M-C. qui le propose dans L'alliance thérapeutique : fondements et mise en œuvre (2011) p 67. "Le

psychiatre demande à l'infirmière un suivi à domicile d'une personne qui sort de l'hôpital. La première démarche consiste à se présenter et à faire un recueil de données le plus exhaustif possible. Il s'agit d'apprendre à se connaître, à se faire confiance afin de contractualiser avec elle la suite des soins en s'appuyant sur son projet personnel. C'est le début de l'alliance thérapeutique."

Dans l'alliance nommée ci dessus, l'infirmière est la personne qui va être le moteur du plan, car c'est elle qui contient le plus souvent le savoir théorique de la maladie.

Dans le cours sur la relation soignant-soigné, nous avons relevé 3 attitudes pour le professionnel de santé : l'engagement : l'infirmier doit s'engager personnellement dans la relation en considérant le malade sans jugement de valeur, tel qu'il est, avec un autre mode de raisonnement, d'autres réactions et d'autres sentiments. L'objectivité : l'objectivité est indispensable afin d'éviter une déformation de ce qui pourrait être observé ou entendu. La disponibilité : une disponibilité du soignant et sollicitée pour pouvoir observer, écouter, identifier les demandes de la personne soignée. Ce sont ces attitudes qui déterminent la qualité de la relation soignant-soigné. Dans le livre Relation Soignant-soigné (2008) de Manoukian. A. Edition Lamarre p 57, l'auteur nous parle de la relation d'aide qui est similaire à la relation soignant-soigné, fondée également sur la confiance, l'authenticité etc. Ici, nous admettons que le soignant cherchera toujours avant tout à "accompagner et soutenir le patient, dans son questionnement plutôt que de lui répondre" Le savoir théorique venant de l'infirmière est important mais peut être insuffisant dans certaines situations. On apprend encore dans le livre que les effets de la relation d'aide sont : l'obtention d'un soulagement émotionnel de la part du patient et un réorientation des objectifs définis par le soignant. Le soignant adopte en premier des manières telles que l'acceptation, l'authenticité ou l'empathie dans le but de créer un climat de confiance. Puis il laisse les différentes interactions se dérouler naturellement, ouvrant ainsi des axes thérapeutiques potentielles.

DISPOSITIF MÉTHODOLOGIQUE

- *Objectifs*

Pour confronter mes recherches théoriques issues de différents auteurs, j'ai mené deux entretiens avec des infirmières titulaires du diplôme d'État.

Le but de ces entretiens était d'abord d'obtenir une vision concrète de mon sujet et puis de répondre à mes questionnements de départ. En effet, étant donné que le concept d'alliance thérapeutique est très subjectif, je souhaitais découvrir les avis personnels des infirmières afin de bénéficier de leurs perspectives et de développer ma propre compréhension, ainsi que ma future pratique professionnelle. J'ai effectué un entretien semi directif avec un guide d'entretien, dans lequel j'ai rédigé des questions ouvertes sur l'ensemble de mes trois thèmes. De plus, je voulais que mon interlocutrice puisse s'exprimer librement et

répondre aux questions selon son expérience et ses croyances. Grâce à cette méthode, j'ai recueilli des données nuancées entre les deux infirmières et j'ai aimé les comparer pour les analyser.

J'ai également rédigé des objectifs associés à chaque thème que je vais présenter sous forme de liste :

Sur le thème du patient :

- Décrire un patient anxieux dans un service de soins conventionnel
- Caractériser le patient anxieux

Sur le thème de l'infirmière :

- Déterminer les outils de l'infirmière
- Décrire le profil type de l'infirmière
- Associer la bienveillance aux pratiques infirmières

Sur le thème de l'alliance thérapeutique :

- Démontrer les qualités relationnelles du soignant
- Prendre en compte la perception du patient

Ces objectifs selon mon guide semi directif m'ont aidé à orienter mes questions de relance.

- *Population interviewée*

Dans un premier temps, il m'a semblé évident que j'interroge l'infirmière avec qui j'avais partagé ma première situation d'appel dans l'optique de répondre à mes questionnements sur cette dernière. En effet, j'ai beaucoup travaillé avec elle lors de mes journées de stage et j'ai pu observer sur le long terme sa pratique professionnelle. C'est à partir de ces interpellations que j'ai voulu approfondir sa manière particulière de travailler face aux différents profils de soignants. Dans la suite de mon analyse, je l'appellerai l'IDE 2.

D'autre part, j'ai pensé à interviewer ma tutrice infirmière lorsque j'étais en stage à l'unité de soins intensifs de cardiologie. Ici, c'est le contexte particulièrement anxiogène des soins intensifs qui m'a interpellée. L'infirmière travaille dans ce service depuis au moins 4 ans et il m'a semblé intéressant d'aborder son approche personnelle sur l'anxiété. Étant donné qu'elle fut la première à être interviewée, je l'appellerai l'IDE 1.

- *Difficultés rencontrées*

J'ai réalisé mes difficultés en débutant l'analyse des entretiens. D'abord, je crois que j'ai rédigé mon guide d'entretien trop rapidement, lorsque je l'ai imaginé, mon cadre théorique n'était pas encore abouti. Mes questions manquaient de pertinence et de profondeur, comme je l'avais envisagé. De plus, je ne me suis pas assez accroché à mon guide d'entretien initial et j'ai changé des questions selon mon ressenti avec

l'infirmière. Cela m'a gêné non pas par faute de respect du guide, mais surtout par le fait que je n'avais pas les mêmes réponses. Par conséquent, les réponses des infirmières manquaient de précision selon moi, surtout celles de l'IDE 1 qui étaient dispersées à travers toutes les questions. Cela m'a demandé du temps pour analyser et organiser et je sais que la prochaine fois, je serai plus attentive à ce travail.

ANALYSE

Afin d'analyser les deux entretiens avec les infirmières, j'ai choisi de réaliser un tableau quantitatif rassemblant les différents thèmes abordés dans mon mémoire.

C'est une analyse qualitative qui fait l'objet du recueil de plusieurs données issues des réponses de chaque infirmière interrogées.

Dans ma première question de recherche, ("Que mets-tu en place concrètement pour entrer en relation avec le patient ?") j'ai compris que les infirmières avaient trois moyens principaux pour entrer en relation avec le patient. Tout d'abord, le plus important pour elles, c'est de comprendre la situation, c'est-à-dire écouter l'anamnèse du patient et investiguer. Elles se servent de questions ouvertes pour évaluer les connaissances du patient sur sa situation, mais aussi pour recueillir l'état de celui-ci. Par exemple, l'IDE demande d'abord au patient s'il sait pourquoi il est hospitalisé, et après elle questionne son ressenti, alors que l'IDE procède à l'inverse. Puis, se présenter représente le deuxième élément fondamental pour entrer en relation avec le patient. Les deux infirmières ont un accord commun pour dire que se présenter permet surtout au patient de se repérer dans sa prise en charge. Simplement, elles annoncent leur prénom et leur fonction. Enfin, rassurer le patient, à travers une reformulation et des explications permet aux infirmières de se mettre au niveau du patient et de favoriser une bonne entrée en relation.

Dans ma deuxième question de recherche, qui interrogeait le contexte d'anxiété chez les patients ("As-tu déjà rencontré des patients anxieux et si oui dans quel contexte ?"), les deux infirmières se sont mises d'accord pour dire que c'était majoritairement le facteur de l'imprévu. Cependant, la différence des services fait la différence de contextes et plus précisément, Marine et Mélissa ont des arguments nuancés. Marine s'occupe de patients anxieux pour eux-mêmes alors que Mélissa s'occupe de parents anxieux pour leur bébé principalement.

Dans ma troisième question, ("As-tu remarqué des similitudes entre les signes d'anxiété ?"), les infirmières ont recensé deux types de signes d'anxiété : des signes verbaux et paraverbaux. Elles témoignent pour des patients qui expriment clairement leur anxiété par des mots ou au contraire, ceux qui ne disent rien mais qui se montrent en retrait. On retrouve une majorité de patients qui exprime leur

anxiété verbalement dans le service de soins intensifs de cardiologie avec l'IDE 1, et l'inverse dans le service de néonatalogie avec l'IDE 2.

Dans ma quatrième question, portant sur les moyens utilisés pour soulager l'anxiété chez les patients, ("Quels moyens utilises-tu pour apaiser ces patients anxieux ?"), les deux infirmières ont d'abord exprimé la relation d'aide, qui se manifeste par de l'écoute, une certaine proxémie et parfois des explications supplémentaires. Cette relation s'établit dans le temps, c'est pour cela que les deux infirmières ont bien mentionné ce détail. Prendre le temps et écouter sont les deux principaux outils pour les deux infirmières. De plus, l'IDE 1 a particulièrement insisté sur les aides extérieures en mentionnant des outils numériques, ce que l'IDE 2 n'a pas proposé.

Dans ma cinquième et sixième question de recherche, il s'agissait de comprendre pourquoi le concept de bienveillance avait un impact dans la relation de soins. ("Est-ce que la bienveillance te semble être un élément important dans la relation avec le patient et pourquoi ? Quel impact la bienveillance a-t-elle sur l'alliance thérapeutique ?") Les deux infirmières ont commencé par déclarer que la bienveillance avait un impact à long terme sur le patient. Elles pensent toutes les deux que la bienveillance peut soulager l'hospitalisation. Ensuite, pour l'IDE 2, c'était principalement parce que la bienveillance facilitait la relation dans le moment T et pour l'IDE 1, c'était majoritairement parce que la bienveillance était la base du métier. Pour répondre à la question de l'impact de la bienveillance sur l'alliance thérapeutique, elles ont pris exemple sur elles-mêmes en exprimant leurs propres attentes : "il faut se mettre à la place".

Dans ma septième question sur les difficultés, ("As-tu toujours pu tenir ton attitude bienveillante auprès de tes patients ?"), la raison qui revenait le plus souvent était à cause de l'attitude plus ou moins désagréable du patient. Pour y remédier, les deux infirmières ont des réponses différentes. L'IDE 1 admet qu'elle se remet en question si besoin en mettant en avant le dialogue, elle soutient l'idée qu'avec du dialogue, elle peut saisir l'opportunité d'améliorer la relation thérapeutique. L'IDE 2 admet qu'elle se montrera toujours bienveillante, quoiqu'il en soit, parce que selon elle, la bienveillance ne doit pas changer, peu importe la situation.

Dans ma huitième question de recherche, ("Le caractère bienveillant est-il plutôt propre à l'IDE ou fait partie de ton caractère singulier ?"), les deux infirmières se sont mises d'accord pour dire que l'attitude bienveillante était généralement associée à l'IDE, mais qu'elles ne s'empêchaient pas de montrer leur personnalité dans les soins. Mélissa n'hésite pas à se comparer à ses autres collègues pour se rendre compte que son caractère singulier impacte la relation.

Pour mon avant-dernière question, ("As-tu déjà eu des retours de patients par rapport à la prise en soin que tu avais accomplie ?"), les deux infirmières ont toutes les deux témoigné du retour positif, par

exemple des cadeaux de leurs patients après une prise en soin. Elles apprécient également des petits cadeaux comme un simple “merci” ou des encouragements. Seule l’IDE 1 a déjà reçu des retours négatifs et se défend en disant que c’est tout à fait acceptable.

Dans ma dernière question de conclusion, (“Est-ce que tu voudrais rajouter quelque chose ?”), les infirmières sont revenues sur l’importance de se montrer bienveillantes avec le patient dans un contexte difficile pour lui. L’IDE 2 a ajouté un petit détail de savoir prendre du recul quand la situation était difficile pour le soignant. Tandis que l’IDE 1 a terminé par me donner un conseil de future professionnelle, celui de toujours savoir prendre du recul.

DISCUSSION

Cette discussion fait l'objet d'une comparaison entre les entretiens, les apports théoriques et mon avis personnel à partir de la question de départ : “En quoi la posture bienveillante de l’infirmière influence-t-elle l’alliance thérapeutique ?”

Pour commencer, j’ai trouvé pertinent de discuter de la base étymologique du mot patient pour comprendre le sens et la prise en soin qui en découle. C’est intéressant de connaître les différents points de vue des différentes organisations de santé. Je vois que cette définition tend à se développer en prenant en compte des notions plus humaniste, par exemple celle de l’identité. Au cours de mes différents stages, une des compétences que j’ai acquise est la vigilance sur l’identité du patient, autrement dit : l’identitovigilance. Le patient porte un bracelet en plastique autour du poignet avec ses identifications (nom, prénom, date de naissance, numéro...) J’ai donc appris à reconnaître un patient selon son appartenance à un dossier médical. Pour moi, la définition du patient va bien au-delà, elle se révèle dans le caractère profond du patient qui se présente à l’hôpital. En soi, en accueillant un patient un jour, seulement en posant le bracelet d’identité, je me suis rendu compte que je ne le connaissais pas du tout. Je me demande : “qu’est-ce qui fait l’identité d’un patient ? Son origine ? Son caractère ?” J’apprécie la définition de l’OMS : “personne qui reçoit des soins” en laissant imaginer tous types de soins. Nous imaginons dans un premier temps les soins techniques, les soins relationnels, les soins esthétiques, les soins d’urgence, les soins thérapeutiques... Les infirmières interrogées soulignent que l’écoute active est un soin en lui-même. Elles observent très justement que les patients ont davantage besoin de soins relationnels que des soins purement techniques, contrairement à ce que suggère la définition traditionnelle du Larousse (“personne soumise à un examen médical ou à des interventions chirurgicales”). De plus, depuis la création du droit à l’éducation thérapeutique pour les patients, les soignants portent davantage d’attention à l’Humain.

Plus les soignants considèrent le patient comme une personne à part entière, avec des soins médicaux et nécessitant une intention singulière, plus ces derniers peuvent se sentir en confiance pour instaurer une alliance thérapeutique. La confiance donne place à l'autonomie et celle-ci a un impact dans la prise en charge infirmière. En disposant des décisions qui le concerne, comme défini par l'OMS, l'autonomie du patient prend part à la relation mature avec le soignant. J'ai choisi d'aborder l'autonomie du patient afin de la comparer ensuite à un patient anxieux. J'aborde également ce sujet pour parler de la tendance des soignants à adopter une posture de supériorité qui peut être préjudiciable pour le patient. Avec le concept d'alliance thérapeutique qui se développe, le patient a ses droits et en dépit de toutes les négociations de la part des soignants, il a le droit de refuser un soin par exemple. La confiance se donne et se reçoit, je pense que le soignant et le patient ont tout intérêt à se faire confiance mutuellement pour la suite des soins. (car selon moi, il y a toujours un suivi après n'importe quel motif d'hospitalisation)

D'un point de vue général, des millions de personnes sont atteintes d'anxiété à une étape de leur vie. Dans le secteur de la santé, ce sont les patients qui en souffrent le plus malgré leur potentielle expertise de leur maladie. L'anxiété est une émotion très répandue dans le milieu de la santé pour ses différentes causes mais reste difficile à maîtriser. Les chercheurs se sont penchés sur ces causes et ont mis en évidence la notion de peur. La peur de la perte d'autonomie, de la perte de contrôle, la peur de l'inconnu... Tout cela peut se traduire par des signes physiologiques observables aux examens complémentaires. En effet, les scientifiques et philosophes ont observé une augmentation de la fréquence cardiaque ou de la fréquence respiratoire par exemple. Les infirmières interrogées quant à elles sont en accord avec ces signes physiologiques et ajoutent des changements dans le comportement des patients anxieux. Elles retrouvent principalement des signes paraverbaux comme le repli sur soi, le ton de voix faible, un mutisme. J'ai tout de même retrouvé une majorité de patients qui exprime leur anxiété verbalement dans le service de soins intensifs de cardiologie avec l'IDE 1, et l'inverse dans le service de néonatalogie avec l'IDE 2 et je me suis questionnée à ce propos. Je propose l'hypothèse que dans le service de néonatalogie, la présence du bébé dans la chambre impact la difficulté d'expression des parents, comme si ces derniers n'osaient pas dire leur anxiété, par peur que le bébé ne les entendent... Ici, c'est surtout le corps qui s'exprime et montre des signes plus visibles sans examens tels que la prise de pouls. De plus, les patients peuvent exprimer verbalement leur anxiété mais aussi confondre leurs émotions. Les infirmières ont déjà entendu des patients verbaliser une anxiété alors que la vraie émotion était la peur. Dans ce cas là, je pense qu'il est important d'être indulgent avec ces patients qui peuvent se sentir perdus dans leurs émotions et les accompagner au mieux. Les infirmières n'hésitent pas à interroger les maux par des mots avec l'objectif de se rapprocher le plus possible de l'émotion pour l'accueillir et s'adapter en conséquence. Je pense bien sûr que plus l'infirmière est proche de ce que ressent le patient, plus la prise en charge de son émotion est maîtrisée et soulagée. Pour cela, je pense qu'il est primordial pour le soignant de savoir reconnaître les manifestations de l'anxiété en se référant à L'OMS. Une fois ces symptômes reconnus et analysés, l'infirmière va pouvoir les transmettre à toute l'équipe et je pense personnellement que cette union de

soignants peut soulager cette anxiété, grâce à la mobilisation bienveillante de chacun. En stage, je n'hésite pas à interroger tous les patients que j'ai à charge et à prendre du temps avec eux. Je souhaite personnaliser leur accompagnement en fonction de leurs besoins. Je comprends que les patients peuvent ressentir un niveau d'anxiété croissant lorsqu'ils arrivent dans un milieu hospitalier. En effet, ils peuvent arriver avec une certaine idée en tête du soin qu'ils vont subir. Il est facilement accessible via Internet de rechercher des informations sur un soin et de tomber sur des forums ou des vidéos mal renseignées. Grâce à une étude dans le cadre théorique, on comprend que les patients s'attachent à ce qu'ils voient et cela développe des représentations mentales, souvent inappropriées. S'ajoute à cela, les facteurs perturbants du milieu hospitalier qui étonnent certains patients et aggravent l'anxiété. Par exemple, j'ai rencontré en stage un patient dans une chambre double qui a vu son voisin lors d'un drainage péricardique. Mon patient m'a exprimé son inquiétude qu'il éprouvait pour son voisin et m'a recommandé de ne jamais lui faire subir ce même soin. Je me suis aperçue que l'anxiété chez mon patient avait augmenté à cause de cette idée potentielle. Nous avons vu que l'appréhension des patients vis-à-vis d'un soin était lié à l'environnement hospitalier selon les écrits du cadre théorique mais les infirmières sur le terrain assurent qu'il s'agit plutôt de l'imprévu ou l'attente et la méconnaissance du soin. Ces deux théories s'entrecoupent par l'imprévu des soins, lié aux mouvements hospitaliers. Pour compléter sur les représentations mentales, nous avons découvert l'impact d'un souvenir réel sur le développement des symptômes d'anxiété. Selon moi, je pense vraiment que le corps humain est capable d'exprimer et/ou de retenir ses émotions, de différentes manières. En me projetant en tant que future professionnelle, je souhaite m'investir pleinement dans le prendre soin de la personne humaine ; cela représente pour moi le prendre soin du corps et de l'âme.

En approfondissant mes recherches sur les champs de compétences infirmières et son histoire, j'ai découvert pourquoi c'était un métier nécessitant une grande dévotion. Tout d'abord, je me suis rendu compte que la première impression que donne l'infirmière face au patient est réellement un élément clé pour entrer en relation avec lui. Dans le cadre théorique, nous avons vu l'importance de l'accueil considéré comme un premier soin. Pour compléter, l'IDE 2 a confié qu'elle serait personnellement plus réceptive à quelqu'un de souriant, de calme et qui montre de l'intérêt. Je crois que la majorité des êtres humains en société sont réceptifs à ce genre d'accueil et que rien n'égalera l'impact d'un sourire chaleureux d'un soignant envers un patient anxieux. Dès leur arrivée dans un service, je crois que les patients méritent de se sentir accueillis à leur venue et rassurés par l'expression d'une attitude bienveillante, et je peux témoigner de mes expériences de stages. D'après les réponses des infirmières dans les entretiens, elles utilisent la réassurance auprès du patient pour entrer en relation avec lui. Elles attestent aussi de l'importance de se présenter lors de la première rencontre pour permettre au patient de repérer les membres de sa prise en charge. L'équipe pluridisciplinaire est grande autour du patient, elle comprend les médecins seniors, internes et externes, les IDE et AS avec leurs stagiaires, les membres

paramédicaux, etc. Je comprends qu'il peut être déstabilisant pour le patient de s'adresser à des inconnus et cela peut constituer une source d'anxiété chez certains. La qualité de l'accueil par une infirmière se retrouve dans les valeurs humanistes basées sur le code de déontologie infirmier.

On y retrouve la valeur de respect et de dignité, la valeur de compétence professionnelle et l'engagement professionnel et personnel. À partir de ces décrets, il est écrit que "l'infirmière respecte en toutes circonstances les principes de moralité, de probité, de loyauté et d'humanité indispensables à l'exercice de la profession". Je constate que la valeur humaniste est accentuée pour honorer la contribution essentielle à la promotion de la santé et au soulagement de l'anxiété des parcours de soins. En effet, l'infirmière a un devoir envers le patient, qui est celui de mettre en œuvre tous les moyens pour assurer au patient une vie digne se manifestant par le soulagement des douleurs physiques et psychologiques. Dans le cadre théorique, j'ai choisi de citer l'article R. 4312-10 qui évoque l'obligation de l'infirmière de prodiguer des "soins consciencieux, attentifs et fondés sur les données acquises de la science." Cela rejoint les paroles de l'IDE qui décrit le concept de bienveillance comme un pilier du métier d'infirmière.

D'après une définition tirée du cadre théorique, la bienveillance signifie vouloir faire le bien. Je suis en accord avec cette idée parce qu'elle englobe les notions d'empathie et de non-jugement. Pour moi, la bienveillance est une disposition d'esprit positif pour quelqu'un, qui échet à partir d'une attitude compatissante, compréhensive, et reprenant aussi les notions d'empathie et de non-jugement. La bienveillance joue un rôle fondamental dans la pratique infirmière en raison de sa dévotion à aider les personnes et à promouvoir leur bien-être. C'est en encourageant ces attitudes dans nos interactions professionnelles et personnelles que nous pouvons contribuer à une meilleure société, dans l'ouverture de la différence. Je pense aussi que la bienveillance a un impact réciproque dans la relation soignant-soigné et les infirmières le confirment par leurs réponses dans l'entretien. Elles soutiennent l'idée que la bienveillance facilite l'adhésion aux soins et l'ambiance entre le soignant et le patient. Après avoir étudié que la bienveillance commence par l'accueil d'un patient dans une atmosphère dépourvue de jugement, nous pouvons désormais expliciter cette notion à travers la notion de posture professionnelle.

De nombreux auteurs ont voulu exploiter la notion de posture professionnelle soignante dans le but d'enrichir les pratiques. Avant de continuer, je souhaite attirer l'attention sur la réalité des conditions de travail des infirmières et mentionner qu'il est possible pour elles qu'elles se sentent dépassées par leur travail. Dans l'entretien réalisé, j'ai interrogé les limites des infirmières et celles-ci m'ont partagé avoir déjà été confrontées à des situations mettant à l'épreuve leur capacité à être bienveillantes. En réalité, il existe des situations dans lesquelles les infirmières témoignent de leur difficulté à maintenir leur capacité à être bienveillantes envers les patients ou bien leur famille. Les patients peuvent se montrer inaccessibles et non coopérants dans les soins en rejetant les tentatives d'alliance selon les soignants. Cela m'interpelle particulièrement dans l'entretien avec l'IDE 1, où je me questionne sur l'adaptation de la posture professionnelle dans un contexte très anxiogène des soins intensifs. Comme l'ont dit les patients, les soins intensifs font peur, alors est-ce que la posture de l'infirmière doit-elle être appropriée au contexte du service ? "La posture professionnelle n'est pas innée", nous dit un auteur et le facteur humain modifie

cette posture. Selon moi, l'erreur est possible car le métier d'infirmière est spécifiquement centré sur l'aspect humain, étant donné sa nature intrinsèque. Cela dit, je pense que l'infirmière a le devoir de consacrer son énergie dans l'intérêt du patient notamment en s'appuyant sur l'équipe. Elle endosse plusieurs principes fondamentaux, sur lesquels émerge la posture professionnelle : l'éthique et le respect de la dignité et de l'autonomie, le professionnalisme et la collaboration interdisciplinaire. La posture professionnelle se traduit physiquement par des signes inconscients mais peuvent révéler de vrais messages forts. Un auteur dans le cadre théorique nous rappelle que "la posture physique fait preuve d'encouragement pour la suite de la discussion et prouve que l'écoute est optimale". Pour illustrer, l'IDE 2 en néonatalogie nous partage ses petits gestes qui traduisent sa disponibilité envers le patient, qui est le bébé, mais aussi le parent. Elle dit parler beaucoup avec les mains, parfois s'agenouiller à la hauteur de la maman en particulier et accrocher le regard. Cette pratique m'interpelle, je me questionne : "est-ce que l'infirmière a-t-elle plus de facilité à adopter ces gestes avec la maman plutôt qu'avec le papa ? Quelle place ont tous ces gestes physiques dans un contexte de soin ?" L'infirmière utilise le concept de la proxémie et de l'écoute active qui sont deux modèles de communication non verbale. La proxémie est un concept inventé par Edward T et il distingue quatre types de distance physique. Dans la situation de l'IDE 2, on retrouve, d'après ses dires, qu'elle peut se tenir à une distance d'environ 30 centimètres du patient à qui elle s'adresse, soit le type de distance personnelle. On comprend alors que la relation soignant-soigné est singulière en fonction de la situation. Je souhaite illustrer l'écoute active par son fondateur, Carl Rogers en présentant une citation célèbre que je prends à coeur : *"Plus le sujet voit dans la personne qui l'écoute un être vrai ou authentique, empathique, lui portant un respect inconditionnel, plus il s'éloignera d'un mode de fonctionnement statique, fixe, insensible et impersonnel, et plus il se dirigera vers une sorte de fonctionnement marqué par une expérience fluide, changeante et pleinement acceptante de sentiments personnels nuancés"*. Carl Rogers dans Le Développement de la personne (2005). La communication non verbale fait partie de la posture professionnelle et cette dernière peut vraiment avoir un impact dans la relation de soin. Je suis convaincue que lorsque l'infirmière ajuste son attitude professionnelle à la situation du patient, cet équilibre crucial favorise la confiance mutuelle et facilite l'établissement d'une alliance thérapeutique. J'ai remarqué que la disposition d'esprit bienveillant est associée au caractère propre de l'infirmière dans sa façon de travailler. En effet, mon travail de recherche m'a incité à réfléchir sur la place de l'authenticité du soignant face à un patient anxieux. Ma question auprès de Marine et Mélissa était : "selon toi, la bienveillance relève-t-elle du caractère propre de l'IDE ou fait-elle partie du rôle IDE d'origine ?" J'ai abouti à la conclusion que cette authenticité revêtait un rôle influençant la prise en soin de ce type de patient pour plusieurs raisons, confirmées par les témoignages des deux IDE. L'authenticité de l'infirmière joue un rôle crucial dans la prise en charge d'un patient anxieux pour plusieurs raisons : tout d'abord, l'authenticité permet à l'infirmière de montrer ses intentions sincères et transparentes dans sa communication avec le patient. Cela lui permet également de partager les émotions du patient et de se mettre à sa place pour mieux comprendre leurs ressentis et leurs appréhensions. De plus, je pense que la sincérité de l'infirmière peut servir de modèle pour le patient dans la gestion de son

anxiété en lui proposant des conseils et des outils personnalisés. Pour finir, à partir de mes expériences de stage, j'ai constaté que lorsque l'infirmière est authentique dans sa relation avec le patient, le lien thérapeutique est renforcé entre eux. Ce lien est essentiel pour favoriser la collaboration et l'adhésion du patient dans son processus de soins, ce qui peut conduire à de meilleurs résultats cliniques.

À l'issue de cette discussion sur la partie de l'infirmière, j'ai aimé aborder les sources déontologiques du métier d'infirmière et il m'a semblé important de rappeler les valeurs et l'éthique du soin. Nous retenons par rapport à la posture professionnelle, qu'elle peut envoyer des messages forts et être interprétée de différentes façons en fonction de la situation du patient. À l'approche de ma prise de poste, je m'engage à adopter une attitude professionnelle en accord avec les besoins et le caractère du patient.

Quand je pense à l'alliance thérapeutique, je pense dans un premier temps à une équipe entre le soignant et le soigné. L'IDE 1 relève parfaitement le terme d'équipe pour parler de cette alliance en disant que l'infirmière est là pour prendre soin du patient et que ce dernier accepte d'être soigné. Rappelons que Mateo M-C a écrit dans Concepts en sciences infirmières, que l'alliance désigne "une union par engagement mutuel, un accord". Et la thérapeutique est par extension "l'art de prendre soin, qui est la partie de la médecine, qui a pour objectif le traitement des maladies". J'ai trouvé enrichissant d'explorer les diverses interprétations de l'alliance thérapeutique proposées par différents auteurs, en suivant leur évolution chronologique. Selon moi, l'alliance thérapeutique commence par l'instauration d'un climat de confiance, et reprend les premières dispositions d'accueil. Le patient doit se sentir en sécurité et avoir confiance dans l'équipe pluridisciplinaire pour partager ses besoins primitifs. Ensuite, elle repose sur la collaboration et l'engagement des individus dans le parcours de soin. C'est là que ceux-ci proposent et négocient les objectifs à atteindre. Je suis convaincue que l'alliance thérapeutique peut débiter une fois que les objectifs ont été compris et acceptés par l'ensemble des professionnels. Cela signifie que chacun doit faire preuve d'empathie et être capable de comprendre les émotions du patient afin d'ajuster ces objectifs en tenant compte de ses suggestions. Pour moi, une bonne alliance se reflète principalement dans la confiance mutuelle mais elle peut être rompue. La rupture du lien survient lorsque le patient n'est plus en accord avec les objectifs fixés dans le parcours de soin ou au contraire, que le soignant se confronte à une difficulté liée à sa relation avec le patient. Comme expliqué plus haut, chaque individu a ses particularités et ses limites, dûes à sa nature humaine. Marine, Mélissa (les deux IDE) et moi-même pouvons témoigner que nous avons déjà été confrontées à nos propres limites dans la prise en charge d'un patient pour diverses raisons. La rupture de l'alliance thérapeutique peut survenir dans les deux sens et je pense que les infirmières sont tout à fait légitimes de se retirer du projet de soin pour se protéger. C'est pour cette raison que je soutiens l'importance d'une collaboration bienveillante réciproque dans la relation de soin.

Les valeurs éthiques du soin ont grandement évolué en considérant la relation soignant-soigné que je vais maintenant aborder. Dès le début, nous savons que la relation est une situation complexe mais les cours à l'IFSI m'ont permis de me l'approprier. J'ai compris qu'il y avait cinq niveaux de relation et je les ai expérimentés en stage en me présentant (niveau 1 ; relation de civilité), en orientant le patient dans son

parcours de soin (niveau 2 ; relation fonctionnelle), en pratiquant l'écoute active auprès des patients mais aussi des familles (niveau 3 ; relation de soutien) et en créant une activité thérapeutique sur le diabète pour un de mes patients (niveau 4 ; relation thérapeutique). Pour aller plus loin, je me suis penchée sur l'évolution de cette relation thérapeutique et j'ai appris que le modèle du "soignant qui apprend au soigné" était bien dépassé ! Maintenant, on évoque la relation "patient-soignant". À mon sens, je trouve que cette expression est mieux ajustée car j'ai déjà rencontré des patients dits "experts" sur leur maladie et la prise en soin était différente, dans le sens où ce dernier connaissait par coeur les protocoles et ajustait parfois les pratiques soignantes. Ici, je retrouve vraiment la collaboration de l'alliance thérapeutique. L'infirmière joue le rôle de moteur dans le développement de l'alliance thérapeutique avec le patient : Premièrement, nous avons vu qu'elle est souvent la première personne à accueillir le patient, ce qui établit la base de la relation thérapeutique. C'est à ce moment qu'elle va faire preuve d'empathie et d'écoute active pour entrer en relation avec lui. Ensuite, son accompagnement tout au long du parcours de soin lui permet de suivre l'évolution du patient, ajustant constamment ses interventions selon les besoins qui se présentent. Cette approche plus attentive renforce l'alliance thérapeutique en procurant au patient un sentiment de sécurité et de confiance, favorisant ainsi une collaboration plus durable. Troisièmement, l'infirmière agit comme un intermédiaire entre le patient et l'équipe soignante, facilitant la communication et la coordination des soins. Elle peut aider le patient à comprendre les recommandations médicales, à donner des conseils sur les décisions, contribuant ainsi à une meilleure adhésion aux soins. En résumé, l'infirmière joue un rôle central dans le développement et le maintien de l'alliance thérapeutique en raison de son contact bienveillant avec le patient, de l'écoute de ses besoins, de son rôle d'intermédiaire et de sa continuité dans les soins. Je pense que même lorsque le patient est coopératif de base, si l'infirmière ne prend pas l'initiative de l'accueillir avec bienveillance dans le parcours de soin, l'alliance thérapeutique pourrait se former de manière très différente, voire ne pas se former du tout. Cela démontre que c'est effectivement l'infirmière qui endosse la responsabilité d'instaurer l'alliance thérapeutique grâce à sa posture professionnelle.

CONCLUSION

Après avoir consacré de longues heures à compiler des apports théoriques issus des lectures, recueilli des témoignages de professionnels de terrain et analysé leurs réponses, je conclus mon travail de recherche en ouvrant une piste de réflexion approfondie sur les pratiques professionnelles.

Tout a démarré à partir de mes situations d'appel, dans le service de néonatalogie avec Mélissa et dans le service de soins intensifs de cardiologie avec Marine, entre ma deuxième et troisième année de formation. La bienveillance et l'authenticité dont elles ont fait preuve dans leurs soins m'ont profondément touchée, et j'ai réalisé à quel point ce sujet est vaste et crucial dans le domaine de la profession infirmière. Mes

recherches théoriques ont renforcé cette constatation, et j'ai même noté que ce thème était régulièrement abordé par les auteurs au fil du temps, ce qui en fait un sujet d'actualité. J'ai dû cibler mes recherches pour élaborer un plan de qualité afin de présenter ma réflexion contribuant à l'amélioration des pratiques professionnelles : ce fut une de mes premières difficultés. J'ai abordé le patient dans sa globalité et ces recherches m'ont apporté un regard plus approfondi sur sa place dans la prise en soin ainsi que son devenir. J'ai abordé de la même manière l'infirmière et j'ai beaucoup apprécié rentrer dans les détails de son caractère, jusqu'à ses limites. Avec le soutien des infirmières que j'ai interrogées, je pense pouvoir revendiquer mon authenticité et apporter un regard jeune sur les pratiques professionnelles actuelles. En effet, ce travail de recherche m'a poussé à ouvrir mon esprit critique vis-à-vis des changements des idéologies et à les accepter. Je retiens que l'authenticité de l'infirmière est un élément clé dans la prise en charge d'un patient anxieux, car elle favorise l'établissement d'une relation de confiance, la validation des émotions du patient, l'encouragement de l'ouverture et de l'expression, le modèle de gestion de l'anxiété et le renforcement du lien thérapeutique. Je n'ai pas eu de difficulté à laisser tomber mes préjugés concernant l'origine des infirmières et le devenir de la relation soignant-soigné. Cependant, j'ai rencontré d'autres difficultés, notamment lors de mes entretiens avec les infirmières. Je me suis d'abord aperçue que mes questions n'étaient pas assez ouvertes et qu'en fin de compte, je connaissais déjà les réponses. Néanmoins, j'ai aimé leurs arguments et leurs partages d'exemple et ça m'a rappelé mes expériences personnelles. Par la suite, j'ai été confrontée à des confusions d'interprétations lors de l'analyse de ces entretiens. Quelques fois, les réponses étaient trop vagues ou mélangées, ce qui m'a obligé à travailler régulièrement en prenant du recul pour décortiquer les réponses et les analyser. Pour autant, je me sens fière et satisfaite à la fin de cette frustration. Ce partage d'expérience m'a permis de soulever d'autres interrogations au sujet des limites de l'alliance thérapeutique et grâce à mon travail de recherche, je me sens désormais prête à poursuivre mon évolution dans l'exercice infirmier. Ma question d'ouverture s'établit alors : "En quoi la proxémie de l'infirmière peut-elle impacter l'alliance thérapeutique avec le patient ?"

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- Bioy, A., Bourgeois, F., & Nègre, I. (2013). La communication entre soignant et soigné: repères et pratiques. Bréal.
- Bonny, Y. Bautès, N. Gouëset, V. L'espace en partage : approche interdisciplinaire de la dimension spatiale des rapports sociaux (2017) Presses universitaires de Rennes.
- Charazac P. (2005) Psychogériatrie en 24 notions : L'hospitalisation. Cairn info.
- De la Tribonnière, X. (2016) Pratiquer l'éducation thérapeutique : l'équipe et les patients. Edition Elsevier.
- Graziani, P. (2005) Anxiété et troubles anxieux. Edition Armand Colin.
- Manoukian A. La relation soignant-soigné (2008) Editions Lamarre
- Mateo, M-C. (2009). Concepts en sciences infirmières édition Mallet Conseil.
- Mulin, T. (2022). Posture professionnelle. Dans : Anne Jorro éd., Dictionnaire des concepts de la professionnalisation. Cairn info.
- Paillard, (2023) Dictionnaire des concepts en soins infirmiers. Setes éditions.
- Radat, F. (1998) Les états anxieux. Doin Initiatives Santé.
- Roten, Y., Mazevet, C. (2011). l'alliance thérapeutique : fondements et mise en oeuvres. Dunod.

PÉRIODIQUES

- De Broca, A. (2011) La bienveillance, cœur de tout soin, *Éthique & Santé*, Volume 8, Issue 4, p 171
- François, D. (avril 2015) Le niveau sonore est l'affaire de tous. *L'infirmière magazine*, n°359, p 25.
- Jolly E. (avril 2012) Prendre en charge un patient anxieux, dans la revue *Manip Info*, n°49 p 30.
- Soyer L. et Tanda N. (novembre 2022) Le patient au cœur de l'éducation thérapeutique, dans la revue *L'infirmière*, n°26 p 18 - 22
- Vandembulcke, C. (1999). L'accueil : l'hospitalité à l'hôpital - concept et évaluation. *Recherche en soins infirmiers*, n° 57, 4-37

WEB

- A propos de l'anxiété

<https://cliniquepsychologiequebec.com/anxiete-stress-angoisse-comment-les-distinguer/>

- Citation Carl Rogers dans Le Développement de la personne (2005)
<https://yestherapyhelps.com/30-sentences-by-carl-rogers-the-humanistic-psychologist-12567>
- Citation David Swanson
<http://evene.lefigaro.fr/citation/aurez-jamais-deuxieme-chance-faire-bonne-premiere-impression-8727.php>
- Définition de l'anxiété selon le Larousse en ligne
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/anxi%C3%A9t%C3%A9/4369>
- Définition de l'anxiété selon Encyclo Philo
<https://encyclo-philos.fr/anxiete-a#Qu%E2%80%99est-ce+que+l%E2%80%99anxi%C3%A9t%C3%A9+>
- Définition de l'anxiété selon le Vidal
<https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/anxiete.html>
- Définition de l'anxiété selon le DSM - V
<https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/anxi%C3%A9t%C3%A9-et-troubles-li%C3%A9s-au-stress/revue-g%C3%A9n%C3%A9rale-des-troubles-anxieux?query=anxi%C3%A9t%C3%A9>
- Définition Bienveillance selon ActuSoin
<https://www.actusoins.com/305576/soignants-la-bienveillance-peut-elle-etre-enseigne.html>
- Être en relation avec le patient
<https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/etre-en-relation-avec-le-patient>
- L'autonomie du patient : un principe éthique selon l'OMS 2017
<https://www.emro.who.int/emhj-volume-23-2017/volume-23-issu-12/reflexions-ethiques-sur-le-principe-de-lautonomie-du-patient.html#:~:text=Il%20s'agit%20du%20respect,autonomes%2C%20en%20connaissance%20de%20cause.>
- Les inquiétudes de l'enfant avant un soin
<https://www.sparadrap.org/professionnels/eviter-et-soulager-peur-et-douleur/les-inquietudes-de-lenfant-avant-un-soin-un>
- Les troubles anxieux selon l'OMS
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders#:~:text=Les%20personnes%20pr%C3%A9sentant%20un%20trouble,%C3%A9ventail%20de%20situations%20du%20quotidien>
- Le cadre de référence de l'élaboration des normes infirmières
<https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes-5.pdf>
- Outil Echelle HAD selon l'HAS
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_echelle_had.pdf

- Recommandations pour l'accueil d'un patient

<https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandations11.pdf>

- Vous avez dit « bienveillance » ? On passe le concept à la loupe !

<https://www.eveprogramme.com/45031/concept-a-la-loupe-bienveillance/>

DÉCRETS (LEGIFRANCE)

- Valeurs de l'infirmier selon le code de déontologie

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033479578>

- Devoirs envers le patient

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033479578>

- Loi relative aux droits des malades

https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000002041523#:~:text=%C2%AB%20Toute%20personne%20a%20le%20droit,digne%20jusqu'%C3%A0%20la%20mort.

COURS THÉORIQUES

- La relation d'aide : la relation soignant-soigné UE 4.2 S2 LE BIHAN, C. 2022

ANNEXES

Annexe n° 1 : Tableau montrant la ressemblance et la différence entre l'anxiété et la peur

Annexe n° 2 : Outil mesure de l'anxiété (HAD)

Annexe n° 3 : Guide d'entretien

Annexe n° 4 : Entretien avec l'IDE 1

Annexe n° 4 bis : Entretien avec l'IDE 2

Annexe n° 5 : Analyse des entretiens

Tableau 1 : Ressemblances entre la peur et l'anxiété

Anticipation du danger ou inconfort Arousal élevé Affects négatifs Nervosité, tension Orientées vers le futur Accompagnées de sensations corporelles

Tableau 2 : Différences entre peur et anxiété

Peur	Anxiété
Focalisation spécifique sur le danger	Source de danger floue
Lien clair entre le danger et la peur	Lien incertain entre l'anxiété et la menace
Habituellement épisodique	Prolongée
Tension circonscrite	Nervosité, Tension envahissante
Danger identifié	Parfois sans objet
Provoquée par des signaux de danger	Causes imprécises
Ce qui l'atténue est détectable	Persistante
Les limites du danger sont circonscrites	Ce qui l'atténue est parfois incertain
Danger imminent	Le danger n'a pas de limites bien définies
Caractère d'urgence	Le danger est rarement imminent
Sensations physiques de l'urgence	Vigilance élevée
Caractère rationnel	Sensations corporelles de la vigilance
	Caractère incertain, confus

Annexe n° 2 : Outil mesure de l'anxiété (HAD)

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie

- 8 à 10 : symptomatologie douteuse – 11 et plus : symptomatologie certaine.

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

Annexe n° 3 : Guide d'entretien

“Bonjour, je suis Eléonore ROBINNE, étudiante infirmière en troisième année et dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je suis amenée à rencontrer des professionnels de santé afin d'enrichir mes recherches en soins infirmiers. Mon sujet porte sur la posture bienveillante de l'infirmière qui influence l'alliance thérapeutique. Au cours de cet entretien, qui va durer environ 30 minutes, je vais te poser des questions sur les thématiques suivantes : tout d'abord autour du patient avec la dimension d'anxiété, puis sur l'impact de l'infirmière dans la prise en soin et pour finir, sur la mise en place de l'alliance thérapeutique.

Nous avons déjà travaillé ensemble au cours d'un stage précédent, on peut continuer à se tutoyer si cela te correspond ?

Avant de commencer, je voudrais rappeler que cet entretien est anonyme et réalisé dans le respect du non-jugement et la bienveillance. Ce qui est dit reste dans le cadre de mon mémoire, tu es entièrement libre de répondre honnêtement.

Je vais aussi te demander ton accord pour enregistrer cet entretien car je vais devoir le retranscrire par la suite et analyser vos réponses.

Voilà, je te remercie de ton temps et d'avoir accepté cet entretien !”

Théorie	Objectifs	Questions + relance
I- le patient	Décrire un patient anxieux dans un service de soins conventionnel caractériser le patient anxieux	<ul style="list-style-type: none">❖ As-tu rencontré des patients anxieux, si oui, dans quel contexte généralement ?<ul style="list-style-type: none">➤ Peux-tu me décrire comment se manifeste l'anxiété chez un patient ? ❖ Le patient te parle-t-il de ses représentations du soin ?<ul style="list-style-type: none">➤ Y a-t-il des similarités entre les signes d'anxiété

		chez tous les patients ?
II- l'infirmière	Déterminer les outils de l'infirmière Décrire le profil type de l'infirmière Associer la bienveillance aux pratiques infirmières	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Quels moyens utilisez-vous, dans votre rôle propre en tant qu'IDE, pour apaiser ces patients anxieux ? <ul style="list-style-type: none"> ➤ Quelles sont les valeurs principales de l'infirmière selon toi ? ❖ Qu'est-ce qui est important dans la relation avec le patient ? <ul style="list-style-type: none"> ➤ Que mets-tu en place pour entrer en relation avec le patient ? ➤ Quels conseils me donnerais-tu que j'applique pour mon futur premier patient ? ❖ La bienveillance te semble-t-elle être un élément important dans la relation avec le patient ? Pourquoi ? <ul style="list-style-type: none"> ➤ As-tu eu des difficultés à rester dans la bienveillance face à un patient ? Pourquoi ?
III- l'alliance thérapeutique	Démontrer les qualités relationnelles du soignant Prendre en compte la perception du patient	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Peux-tu donner ta définition de l'alliance thérapeutique ? <ul style="list-style-type: none"> ➤ Selon toi, l'alliance thérapeutique est-elle un aboutissement du soin ? ❖ A quel moment entres-tu dans l'alliance thérapeutique ? <ul style="list-style-type: none"> ➤ Existe-t-il un outil "clé" pour entrer dans l'alliance ? ❖ As-tu déjà eu des retours du patients quant à la prise en soin que tu as accomplie ? <ul style="list-style-type: none"> ➤ Fais-tu un débrief de la prise en soin avec le patient ?

Annexe n° 4 : Entretien avec l'IDE 1

- Bonjour Marine, j'ai travaillé avec toi en stage à l'USIC à Paris et je t'ai choisi pour contribuer à mon mémoire de fin d'études.

ESI : Je vais commencer par la première question, est-ce que tu peux commencer par te décrire, ton parcours et expliquer comment tu es arrivé à choisir ta spécialité actuelle ; la cardiologie.

IDE : Moi c'est Marine, je suis infirmière depuis bientôt 8 ans, j'ai commencé à l'hôpital Bichat en cardiologie, plus précisément en hôpital de semaine, pendant 3 ans. Et là, ça va faire maintenant 5 ans que je suis à l'USIC. Pourquoi j'ai choisi la cardio, parce que pendant mes trois ans à l'IFSI, j'ai fait au total 5 stages de cardiologie : 2 fois de l'USIC, 2 fois de la salle et 1 fois de la chir cardiaque. C'était un peu

comme une évidence, c'est un service me plaît beaucoup parce que c'est un service qui est très varié, ça évolue constamment et c'est un service où tu apprends tout le temps des choses, même au bout de 8 ans, j'apprends toujours des choses.

ESI : Ok, avec tes collègues j'imagine...

IDE : Bah avec tout, avec les médecins, avec aussi les étudiants, avec les nouvelles procédures, avec l'évolution de la cardiologie. Ya des choses que j'ai connu quand je suis arrivée il y a 8 ans ou avant les patients étaient hospitalisés pour 4 jours et maintenant c'est à la journée. Parce qu'on tend de plus en plus vers l'ambulatoire. Donc faut s'adapter, et encore plus en USIC parce que ça reste des soins critiques mais voilà, tu apprends toujours des choses. Les pathologies de base restent les mêmes mais voilà ; adaptées au patient, avec leurs autres ATCD, les techniques qui évoluent de jour en jour... On en apprend tous les jours.

ESI : J'avoue que c'est un gros avantage au métier de la santé je trouve.

Donc là on va rentrer dans le vif du sujet de mon mémoire. La problématique de mon mémoire c'est : "En quoi la bienveillance de l'infirmière influence-t-elle l'alliance thérapeutique face à un patient anxieux ?" Donc il y a 3 mots clés : la bienveillance de l'infirmière, l'alliance thérapeutique et le patient anxieux. Donc je vais commencer par poser un peu le cadre et te demander ce que tu mets en place pour entrer en relation avec un patient, juste un patient, quand tu es en service.

IDE : Bah déjà de se présenter, on va commencer par le départ, donc on se présente et après moi ce que j'aime bien faire avec le patient c'est lui demander pourquoi il est là, qu'est-ce qu'il lui est arrivé, même si j'ai eu les transmissions mais c'est demander le ressenti du patient et d'établir un climat de confiance et avoir l'avis du patient... surtout en soins intensifs, ça reste des soins critiques, donc une hospitalisation qui n'est jamais prévue, donc ça reste assez brutal pour les patients donc si tu n'établis pas un climat de confiance dès le début avec le patient, ça reste un peu plus compliqué pour la suite. Faut se présenter, poser des questions des fois un peu bête hein, mais voilà : "qu'est-ce que vous avez compris ce qui vous êtes arrivé ?" et formuler avec leurs mots parce que des fois tu t'aperçois qu'ils n'ont pas tout à fait compris ce qu'il leur est arrivé. Et les écouter : leurs angoisses, les questionnements...

Donc voilà ce que je mets en place et des fois j'approfondis un petit peu, ne serait-ce que pour savoir si ils sont mariés, est-ce qu'ils ont des enfants, est-ce que leurs proches sont au courant voilà...

ESI : Et juste pour te présenter, tu dis quoi comme mots ; tu dis que tu es infirmière ? tu dis quoi à peu près ? ton prénom simplement ?

IDE : Ah non je dis que je suis Marine, que je suis leur infirmière pour l'après-midi, et que, si il y a besoin, je suis là. De toute façon, je viendrai les voir plusieurs fois pour les différents tours, qu'il y a la sonnette à côté s'ils ont besoin. Ils ont juste à , comme je leur dis souvent, ça les fait rigoler, à klaxonner sur le bouton rouge pour m'appeler, pour poser des questions, qu'il ne faut pas hésiter et qu'on est là pour eux.

ESI : Donc ok un petit sondage... Je vais louper la troisième question parce que c'est pas la peine. Enfin, t'as répondu déjà aux questions. Et donc, la quatrième, c'est, as-tu déjà rencontré des patients anxieux cette fois-ci ?

Et si oui, dans quel contexte généralement ? Qu'est-ce qui revient le plus ? Dans quel contexte ?

IDE : Alors oui on en rencontre quand même régulièrement à l'USIC, comme je disais, ça reste des soins critiques, des soins aiguës, c'est de l'hospitalisation jamais prévue, c'est pas programmé. Donc, les patients, ils n'ont pas le temps de se faire à l'idée qu'ils vont être hospitalisés. Souvent, ils ne sont pas forcément dans un état qui est optimal, on va dire.

Par exemple, un infarctus. Ils n'ont pas prévu de faire l'infarctus ce jour-là. Ça leur arrive rarement entre guillemets, au bon moment. Mais après, j'ai envie de te dire, est-ce qu'il y a un bon moment pour faire un infarctus ? Je ne suis pas sûre.

Mais voilà, on en rencontre, nous, tous les jours, en fait. Et par exemple, le fait de leur dire (sur du post-op) : "maintenant vous êtes en soins intensifs de cardiologie..." le mot peut faire peur. Rien que le mot peut faire peur.

Souvent, les patients ont peur et ils répondent "Ah mais si je suis en soins intensifs, ça ne va pas ?" Alors ce n'est pas forcément que ça ne va pas. "C'est que vous êtes là aussi en surveillance. Pendant une surveillance un peu plus rapprochée, on leur explique le pourquoi et le comment, qu'est-ce qu'on va faire avec eux pendant cette hospitalisation ou encore qu'est-ce qui va changer de l'hospitalisation, on va dire, conventionnelle ?..."

Voilà. Il faut bien leur expliquer les choses en détail. Et c'est beaucoup mieux appréhendé à partir de ce moment-là par les patients.

Après voilà, il faut tout leur expliquer : pourquoi ils sont en soins intensifs, c'est parce qu'on a besoin de les surveiller pendant 24h ou plus en fonction de votre état, et comparer à avant... expliquer les choses qui vont changer ; "c'est que vous n'avez pas de toilette dans la chambre. Vous ne pouvez pas vous lever. Vous ne pouvez pas vous lever parce que vous avez les pansements compressifs." "Qu'il ne faut pas plier la jambe. Ni vous lever parce qu'il y a un risque d'hématome." Et en fait, quand tu leur expliques, c'est beaucoup plus simple et c'est beaucoup mieux appréhendé par eux. Le scope aussi, "qu'on viendra beaucoup plus régulièrement prendre la tension que dans le service où vous étiez avant". Mais ça reste... Voilà. Ça reste la cardiologie. Voilà. Tout leur expliquer. Même le truc le plus banal, les choses qui paraissent évidentes, enfin pour nous évident. Mais pas forcément pour les patients.

Il faut se mettre aussi à la place des patients tu vois. Pour ceux qui n'ont pas les connaissances sur ce qui leur arrive. Il y a des personnes qui ont déjà fait des soins intensifs qui sont venus deux, trois fois parce que c'est de la pathologie chronique, mais la plupart, quand ils arrivent, ils ne connaissent pas. Ils n'ont jamais été hospitalisés de leur vie. L'hôpital, c'est tout nouveau. Les soins intensifs aussi. Il faut être dans le détail. C'est hyper important.

ESI : Et donc, dans tout ça, est-ce que tu as remarqué qu'il y avait des similarités de signes ? Donc, signes cliniques, quelque chose que tu vois, que tu perçois, d'anxiété chez les patients ? Comment l'anxiété se traduit, en fait, tu vois ?

IDE : Alors il y en a qui le verbalisent, d'autres non. Quand tu connais un petit peu tes patients, tu arrives à déceler quand ils ne sont pas très bien. Par exemple, ça m'arrive d'avoir des patients où, ben voilà, ils sont beaucoup dans la communication, tout ça, et puis, bon, on va leur dire, par exemple, ah ben, "on va vous opérer". Et là, tu vois qu'ils se renferment sur eux-mêmes, qu'ils n'ont plus du tout le même sourire qu'avant. Et donc, tu leur poses la question. Moi, je leur pose la question, "mais vous êtes angoissé, vous êtes anxieux," ils vont te dire "non, non". Puis après, tu vas leur dire, "vous êtes un petit peu stressé ?" "Ah, si, si, si, je suis stressé. Tu vois, les mots jouent un gros rôle, il faut parler comme monsieur et madame tout le monde. Parce qu'il y a des mots qui font, je pense, un peu plus peur que d'autres. Et des patients mettent les mots comme le stress, l'anxiété, l'angoisse etc, euh sur la même échelle. Donc voilà, après quand tu connais tes patients, que tu arrives à un peu mieux les cerner, ça va. Et puis il y a d'autres types de patients qui te disent ouvertement, ils te disent : "moi je suis complètement angoissée etc"

Et puis après il y a des signes un peu ... Un petit peu cliniques, tu vois ? Je vais te donner un exemple pas plus tard qu'hier.

J'ai un de mes patients que je connais depuis 3-4 jours, tout allait bien, tout ça. Puis il me dit... Puis je le voyais un petit peu préoccupé par ses pieds. Puis il me dit, ça va pas, j'arrive pas à bien respirer et tout ça. Je lui dis, je lui dis, bon, on va prendre la tension, on va prendre aussi la saturation. Je lui dis, mais vous saturez très bien, vous êtes pas dyspnéique. Donc, je pense que c'est un petit peu, comment dire, un petit peu d'angoisse. Il me dit peut-être. Et je lui dis, mais qu'est-ce qui vous angoisse ? Donc là, c'est à ce moment-là qu'il me dit, bah, voilà, moi, ce qui m'angoisse, c'est aussi un peu... mes pieds, parce qu'ils sont gonflés, tout ça. Donc, après, il faut expliquer aussi, tu vois.

Il faut prendre le temps aussi, prendre le temps d'expliquer aux patients, bah, pourquoi, par exemple, ses jambes, elles sont gonflées, pourquoi il a des œdèmes, voilà.

Et puis, des fois, juste en expliquant, ça suffit. Des fois, ça ne suffit pas. Dans ce cas-là, on peut proposer un anxiolytique.

Il faut entendre les angoisses des patients. Il y en a qui gardent des mauvais souvenirs. Par exemple, si c'est une coronarographie qu'ils ont déjà eue, ils n'en gardent pas un bon souvenir. Donc, ils sont complètement angoissés de la coro qu'on va leur faire le lendemain.

Bah, voilà, il faut les écouter. Il faut les rassurer, leur dire que, voilà, ça va bien se passer, qu'ils ne seront pas endormis, qu'il y aura des infirmières avec elles. On peut proposer un anxiolytique, par exemple, avant la coro. On peut proposer aussi des choses... Pendant la coro pour essayer aussi de les détendre.

Donc, voilà, il y a plein de petites choses qui sont faisables également. Et après, l'anxiété, après, j'ai envie de te dire, c'est aussi propre à chacun. Je pense que l'anxiété, c'est assez subjectif tu vois, c'est vraiment propre à chacun.

ESI : Et c'est aussi propre à l'infirmière je pense. Parce que toi, toi qui connaît ton patient depuis 3-4 jours et que tu changes de secteurs et que c'est une collègue qui prend ton patient, elle va mettre plus de temps à comprendre qu'il y a de l'anxiété.

IDE : Alors oui et là tu vois le rôle des transmissions écrites comme orales. Tu vas dire ou écrire : "ce patient-là, il est complètement anxieux parce que, ben voilà, il vient pour telle chose, et il se retrouve à être opéré à cœur ouvert demain. Il est complètement angoissé.

Voilà ce que j'ai proposé, je l'ai écouté. Est-ce qu'on ne peut pas faire venir aussi la psychologue ?... " Tu vois, voilà. Donc, la collègue, elle sait sur quel terrain, enfin, elle sait comment va être potentiellement le patient.

ESI : Très bien. Donc, on va passer à l'autre question. Et donc, quels moyens utilises-tu en ton rôle propre en tant qu'IDE pour apaiser ces patients anxieux ?

IDE : Tout confondu ?

ESI : Ouais tout confondu, mais spécifique à l'USIC, tu vois. Et à toi-même.

IDE : J'ai des patients, j'ai déjà eu un patient, par exemple, qui était complètement stressé de passer au bloc... De savoir qu'il n'allait pas pouvoir se laver, se faire une bonne douche, parce qu'il est en soins intensifs, donc, bah, on va lui proposer qu'on se lave les cheveux ensemble. Des fois, ça peut être, quand... Des fois, de prendre le temps de les écouter, de s'asseoir avec eux, de prendre le temps de les écouter sur leurs ressentis, de les rassurer, tu vois, de les écouter vraiment activement, de les rassurer. Après, ça peut être des petites choses ; parler de... Il y en a, rien que de parler, entre guillemets, de la pluie, du beau temps, ça les rassure. Il y en a qui te retourne les questions pour penser à autre choses aussi : « Et vous, qu'est-ce que vous en pensez ? » « Et vous, Marine, est-ce que vous avez... Et vous, vous avez des enfants ? » Voilà, tu vois. Ils en viennent presque à, limite, à parler aussi de ta vie à toi, parce qu'en

fait, ça les détend... Et après, en fait, on en vient à parler aussi de leur famille etc... Après, ça peut passer par autre choses

Ça peut être les livres, par exemple. Là, on est en train de monter un projet à l'usic, avec la médiathèque de Bichat sur, par exemple, tout ce qui est musique, livres, DVD, tout ça. En fait, on va nous prêter, un lecteur DVD. On va avoir, toutes les deux, trois semaines, toute une caisse de livres avec différentes choses, ça peut être, pour plaire un peu à tout le monde, c'est-à-dire des romans, de la BD. Par exemple, on sait que les personnes âgées, elles aiment beaucoup tout ce qui est un peu images, tu vois. Donc, voilà, on a pris ça. Et on a aussi un... Ils appellent ça le Victor, mais... En fait, c'est un... Comme un poste, tu vois, un poste CD radio, tu vois. Avec un casque, donc ça permet aussi de les détendre. Nous, on a aussi le casque virtuel, donc ça peut aussi un peu les détendre aussi. Ce sont des choses qui sont mises en place.

Après, ça peut passer juste par : “ Vous voulez qu'on vous fasse un petit massage, voilà. Je peux vous masser. Je peux vous laisser un petit peu...”

Des fois, ne serait-ce que tenir la main, ça les rassure. Voilà. Il y a plein de choses. Et ça, c'est propre à chaque patient.

Mais ça tu vois, c'est... Comment dire ? Un petit peu instinctif, et tu fais au feeling. Après il y en a à qui on va proposer de voir la psychologue parce que des fois ça dépasse un peu nos compétences. Enfin, moi, je suis infirmière. Je ne suis pas non plus psychologue. Donc, même si j'écoute, que j'essaie de rassurer comme je peux mes patients, tout ça,

ce n'est pas non plus... Des fois, je manque de compétences aussi à ce niveau-là. Donc, voilà. De leur faire voir aussi la psychologue du service. Leur proposer.

Après, des fois, on est obligé d'aller au stade médicamenteux. Mais avant ça, il y a plein d'autres choses qui peuvent être faites avant d'arriver à ce stade médicamenteux.

ESI : Ok, donc si on comprend bien, tu privilégies d'abord dans un premier temps tout ce qui est juste mentale, entre guillemets, et après, quand il n'y a pas d'autre choix, avec l'accord du patient, tu prends l'option médicament.

IDE : Ouais, c'est ça.

ESI : Ok. Et alors, là, je vais te poser une question un peu fondamentale quand même pour mon entretien. Ça parle de la bienveillance. “Est-ce que la bienveillance, selon toi, te semble être un élément important dans la relation avec le patient ? Est-ce que tu veux juste qu'on revoie la définition de bienveillance ensemble avant, si tu veux ?

IDE : Si tu veux.

ESI : Dis-moi un peu, pour toi, enfin, en fait, c'est vraiment pour toi, je ne vais pas faire une généralité. Mais toi, est-ce que tu te vois bienveillante ? Comment ça va te caractériser ?
Est-ce que c'est un élément important pour toi dans la relation ?

IDE : Alors oui c'est la base de nos métiers. Donc, oui, pour moi, c'est hyper important d'être bienveillant. Avec les patients, il faut les écouter, il faut être indulgent avec eux. Tu fais pas infirmière si tu n'es pas au minimum bienveillante, empathique, à l'écoute, la bienveillance fait partie de nos piliers. L'hospitalisation, c'est jamais simple. En soins aigus, ça l'est encore, je pense, un peu plus parce que les gens, ils n'ont pas eu le temps, cette phase un peu de préparation mentale, de se dire, ben, voilà, je vais être hospitalisée pour ça, tout ça. Donc, oui, c'est hyper important d'être bienveillant.

ESI : Donc, en fait, parce que tu sais que l'hospitalisation n'est jamais simple, etc.,
Est-ce que tu vas donner encore plus d'efforts, entre guillemets, pour compenser cette difficulté à être bienveillante. C'est un peu ça, ou pas ?

IDE : Ouais, oui, oui. Oui. Après tu dois être bienveillant avec tout le monde, et pas forcément parce que l'hospitalisation n'est pas simple. Ça reste un être humain, quand même. Tu lui dois le respect, tu lui dois, voilà, tu dois être humain. Voilà, tu te mets à la place. Et moi, comme j'aime bien souvent dire, pour prendre soin de nos patients, comme si c'était nos parents, notre sœur, notre grand-mère, notre oncle, tu vois, quelqu'un comme ça. Et c'est beau l'Humain avec un grand H.

ESI : Oui, je suis d'accord avec toi, c'est vraiment un pilier, et la bienveillance, je pense que c'est... Ça peut s'apprendre, mais pas tellement non plus, enfin, dans le sens où, c'est un peu innée tu vois.

IDE : Oui la bienveillance est un peu innée. Quelqu'un qui est bienveillant, euh, le sera aussi avec ses patients. Quelqu'un qui n'est pas du tout bienveillant, il le sera pas non plus avec ses patients. C'est hyper important d'être bienveillant avec les patients... Si tu n'es pas bienveillant avec tes patients, ils vont... je peux pas dire qu'ils vont garder un mauvais souvenir mais euh...

ESI : Ben, là, c'est ma question d'après.

IDE : Ah.

ESI : pas de soucis, c'est, euh, tournée au positif ; c'est quel impact cette bienveillance peut-elle avoir dans la relation soignant-soigné ?

IDE : La bienveillance c'est hyper important, ça aura forcément un impact positif dans l'hospitalisation de ton patient. Tu vois, ils vont garder un bon souvenir d'un mauvais souvenir... Je ne sais pas si je suis très claire. L'hospitalisation, le fait d'être hospitalisé, c'est jamais agréable, c'est jamais une partie de plaisir pour, euh, pour tout le monde.

Mais je pense que d'être, euh, d'être bienveillant, tu les auras marqués parce que, euh, parce que... Tu les auras marqués dans le positif. Forcément, ça aura un impact. Ça sera un patient qui sera peut-être un peu moins anxieux.

Ça peut être un patient avec qui tu vas rigoler, qui va vouloir aussi, après, se confier à toi.

Parce que, c'est bête, mais si toi, euh l'infirmière, si t'es un, un mur de prison, euh, que tu décroches pas un mot, que t'es pas souriant, que tu te mets pas à sa place, tout ça, le patient va pas te dire bonjour et au revoir. Mais si t'es souriant, que tu te mets à sa place, que tu lui proposes des choses, que tu l'écoutes, que tu t'aperçois que, ben voilà, aujourd'hui, il est pas trop dans son assiette, euh, et que t'arrives le matin, que tu lui poses des questions... Donc, c'est des petites choses, très anodines, mais, voilà, qui peuvent, euh...qui peuvent rendre, on va dire, plus agréable le séjour du patient. Alléger la pression et alléger l'ambiance surtout. Des fois, rigoler avec les patients, tu vois, tu peux ! On aime bien rigoler avec les patients, on passe par l'humour, ça les détend aussi. Il faut rire avec les patients, ils sont tellement plus détendus.

Donc, tu vois, des fois, c'est juste... Il ne faut pas être, je ne vais pas dire protocolaire, mais... Voilà, tu vois, quand je leur dis, vous, s'il y a besoin, vous avez la sonnette là, vous avez juste à klaxonner sur le bouton rouge et hop, j'arrive en courant. Mais tu vois, ça les fait sourire, ça les détend, ça les fait rigoler, parce que c'est un petit peu moins... Comment dire ? Scolaire.

ESI : Et c'est aussi par ton authenticité au final que tu es marquante et que tu vas détendre les patients parce que je sais pas si les autres infirmières vont utiliser le terme de klaxonner mais c'est aussi sortir du cadre

IDE : Oui tu vois c'est moins scolaire et moi j'ai beaucoup d'expressions à moi et ça fait rire les patients et on peut rigoler et je pense que c'est important d'être soi-même, d'être authentique, ne pas être non plus protocolaire. L'humour ça détend aussi hein.

ESI : Et tu penses qu' être soi-même c'est un caractère pour la bienveillance aussi ? Dans le sens ou être soi-même c'est une qualité entre guillemets de bienveillance ?

IDE : Alors oui, pour ma part oui, parce que je suis, dans mon caractère quelqu'un d'empathique et bienveillant. Après si t'es pas bienveillant pour les gens tout ça dans ton caractère, c'est la même chose. Avec mes patients, je me comporte de la même façon que dans la vraie vie. Je n'ai pas de double jeu. Je

pense que quelqu'un de méchant dans la vraie vie sera méchant au travail. Tu vois ? Donc ça dépend de ton caractère.

ESI : D'où le fait que tout le monde ne peut pas devenir infirmière, c'est pas donné à tout le monde

IDE : Je suis bien d'accord.

ESI : Et alors tu remarques que la bienveillance a un impact sur l'alliance thérapeutique ? L'alliance thérapeutique, pour rappeler, moi je considère que c'est définie comme la relation entre soignant soigné ; relation de confiance qui voilà, suggère une communication non violente etc. voilà la meilleure des relations possibles entre soignant et patients. Je préfère redire comme ça on part sur la même base de la définition de l'alliance thérapeutique et on a pas de quiproquo.

IDE : Oui bien sûr qu'elle est importante, la bienveillance a un impact dans ton alliance thérapeutique avec le patient. Tu vois, toi et ton patient c'est un peu comme une équipe, moi j'aime bien faire équipe avec mes patients, c'est-à-dire qu'on n'a pas le même rôle entre guillemets mais on est dans la même équipe. Moi je suis là pour soigner, pour essayer de régler les problèmes, je suis là pour toi et après t'es bienveillante forcément ça va impacter cette relation. Si tu pars déjà sur des mauvaises bases avec ton patient, forcément ça va avoir un impact dans la relation.

ESI : Et tu penses que ça peut se rattraper ? Tu disais : "si tu pars sur des mauvaises bases" est-ce que tu penses qu' être bienveillant, ça peut rattraper cette mauvaise relation ? Cette "non alliance"

IDE : Alors oui, tout dépend du début aussi, on reste nous des êtres humains donc on a nous aussi nos limites; Il y a des patients avec qui il y aura plus ou moins d'affinité. Après on ne doit pas perdre l'objectif qu'on est là pour le patient. Parfois le patient il est pas bien, il a mal dormi, il est de mauvais poils, moi ça m'arrive, je suis un être humain et je vais peut-être recadrer un petit peu les choses et on peut en discuter plus calmement, parfois les patients s'excusent, mais nous on doit être bienveillant et je pense que la discussion elle est hyper importante. Ça peut être rattrapable.

ESI : Je parlais de ça parce que ça faisait venir à mon autre question : est-ce que tu as toujours pu maintenir une attitude bienveillante auprès des patients ou parfois ça craquait ou tu n'arrivais plus euh... et si oui dans quel contexte ?

IDE : Alors... je ne suis pas parfaite donc forcément y'a des fois où ça a été compliqué, alors... bizarrement, et c'est pas forcément avec les patients, c'est des fois avec la famille. Mais ça m'arrive avec des patients et je reste l'infirmière de mon patient. Après je ne suis ni la boniche, on me doit le respect, on

ne me parle pas mal, on ne m'insulte pas... Ça m'est arrivé qu'un de mes patients me parle mal, un moment il ne fait pas dépasser les bornes. On me dit merci, on me dit bonjour et au revoir. C'est les règles de politesse qu'on apprend à un enfant de 3 ans. Et c'est pas parce qu'on est patient que tout est permis. Donc des fois oui ça m'est arrivé de perdre patience, de m'énerver, de leur rappeler les règles de politesse et de ne pas céder... On me demande un truc, moi je demande juste un "s'il vous plaît". Des fois c'est plus compliqué que d'autres. On peut aussi se demander pourquoi la personne fait ça, si c'est dans son caractère, si c'est un manque d'éducation, la barrière de la langue ?... On peut creuser le pourquoi du comment. Généralement avec un peu de dialogue, on arrive toujours à repartir sur de bonnes bases.

ESI : Toi en tant que professionnel, quand ça ne se passe pas très bien, tu te remets en question et tu reviens vers le patient pour redémarrer la discussion.

IDE : Oui je me remets en question après des fois il faut laisser un peu le temps, sortir de la chambre, une petite heure, et après tu discutes calmement avec le patient. Mais des fois ça peut être avec la famille... mais je pense vraiment qu'avec du dialogue, on arrive à apaiser les choses.

ESI : Dans ton attitude bienveillante, est ce que tu as déjà eu des retours des patients dans la prise en soins que tu as accomplies ?

IDE : Oui, bah oui c'est toujours agréable quand les patients te disent : "merci pour votre écoute, merci d'avoir été là pour moi" il y a un patient qui m'a dit : "merci d'avoir mis un peu de soleil dans mon hospitalisation" Tu sais, c'est des petits mots anodins, mais en vrai qui te font toujours plaisir.

ESI : oui et ça prouve que ça marche

IDE : Et à l'inverse, moi je suis parfois un petit peu triste de les quitter mais je leur dit : "rentrez chez vous j'espère qu'on se reverra mais pas dans ce contexte là". Voilà. Ya des patients qui reviennent après et qui vont mieux, qui à Noël nous apportent une boîte de chocolat et ça nous fait tellement plaisir de les voir dans un autre contexte que l'hospitalisation. Tu vois un peu une autre personne ! Ça fait toujours plaisir. Après tu peux avoir des retours négatifs et c'est entendable, il faut savoir l'accepter. Accepter le bon comme le mauvais. Nous ça nous permet de se remettre en question et de se dire : "ok la prochaine fois je ferai mieux, je changerai ça etc.."

ESI : D'après ce que je comprends, quand tu as des retours positifs, c'est que ton attitude bienveillante prouve que ça marche... C'est encourageant pour la suite !

IDE : Bien sûr c'est encourageant, c'est toujours valorisant, c'est agréable, ça te pousse toujours un peu plus vers le haut, pour faire mieux.

ESI : trop chouette... Et dernière question, est-ce que tu voudras rajouter qq chose à notre échange ?

IDE : Pas spécialement, je pense qu'on a balayé tous les aspects de la relation avec le patient anxieux, la bienveillance etc... donc on oublie pas que c'est la base de notre métier et qu'il faut être bienveillant tous les jours même si parfois c'est moins simple.

ESI : Et je pense qu'il peut y avoir une motivation à continuer à être bienveillant parce que tu connais après les résultats, tu sais que ça a marché et ya pas de raison que ça change...

IDE : Mais oui... et c'est plus agréable pour le patient comme pour moi quand c'est dans la bonne humeur, avec un sourire, quand tu prends le temps... faut se mettre à la place des gens. Se dire "comment tu aimerais qu'on se comporte avec toi si tu étais à sa place."

ESI : Bien, écoute j'ai toutes les réponses à mes questions, merci beaucoup !

Annexe n° 4 bis : Entretien avec l'IDE 2

ESI : Voilà donc avant d'entamer mon sujet, je vais d'abord commencer par te demander de te décrire et décrire un peu ton parcours et expliquer comment tu es arrivé à ta spécialité actuelle.

IDE : Alors du coup moi je suis infirmière puéricultrice, j'ai commencé mes études en 2015, et dès le début de mon année, je savais déjà que je voulais m'orienter vers la pédiatrie. Alors après je pourrais pas vraiment te dire pour quelle raison exactement mais c'est vrai que la population de la pédiatrie, les enfants, c'est, on va dire, une population qui m'attire énormément donc en soit j'avais déjà on va dire été orienté dans mes études infirmières le fait de vouloir faire un parcours pédiatrie et donc j'ai eu la chance de faire un stage en réanimation pédiatrique en semestre 6. Qui s'est bien passé et du coup en même temps vu que c'est à peu près on va dire la même période, j'avais passé les concours d'infirmière puéricultrice que j'ai obtenu donc en fin de compte l'obtention de mon concours et le stage en réanimation pédiatrique ont conforté l'idée que je voulais travailler en pédiatrie et de faire la spécialisation. J'avais travaillé l'été entre mes deux, entre les deux études de nuit en néonatalogie soins courants et bon voilà ça n'avait que fait confirmer que je voulais faire infirmière puéricultrice et donc j'ai enchaîné avec la spécialisation et après j'ai travaillé que en pédiatrie du coup.

ESI : Bravo pour ces réussites. C'était à Rennes tout ça ?

IDE : Oui. J'ai fait l'IFSI à Rennes et l'école de puéricultrice à Rennes également.

ESI : D'accord. A Pontchailloux ?

IDE : Oui. A Pontchailloux.

ESI : Ok, oui bravo ! Très beau parcours.

Ok. Donc on va pouvoir entamer un peu le vif du sujet en commençant un peu par le début et je vais te demander ce que tu mets en place concrètement pour entrer en relation avec le patient. Donc là peut-être que tu vas décrire avec le patient les parents comme c'est un peu spécifique et avec le bébé aussi.

IDE : Alors ce que je mets en place pour entrer en relation avec eux. Dans un premier temps je vais me présenter aux parents, et aussi au bébé, ça peut m'arriver également.

Pour qu'ils sachent avec qui ils échangent, savoir quel est mon statut entre guillemets, enfin ma profession et du coup qu'ils puissent me situer.

Après une fois à m'être présentée souvent là par exemple dans le cas des parents je leur demande comment ils vont, suivant la problématique... J'essaye un petit peu on va dire dans un premier temps d'échanger avec eux mais pas forcément de ce pourquoi je viens dans la chambre.

C'est-à-dire que j'essaye d'abord de prendre contact, savoir comment ils vont, enfin qu'est-ce qu'ils ont peut-être compris de la situation ou autre. Et après une fois que l'échange est plutôt bien installé et que je vois que ça a l'air de plutôt bien se passer, ben je leur explique, on va dire, ce pourquoi par exemple je viens les voir dans la chambre ou... Après j'essaie quand même d'être la plus transparente possible dans l'échange avec eux. De leur expliquer, enfin de reprendre s'ils ont des choses qu'ils n'ont pas compris, de me montrer disponible, enfin c'est vraiment... enfin vraiment je suis à leur écoute.

Je prends le temps d'écouter ce qu'ils ont à me dire pour qu'après moi je puisse aussi échanger avec eux en retour sur peut-être leurs préoccupations ou autre, ou sur le soin qu'on s'apprête à faire.

ESI : Donc tu poses un peu les bases, tu revois pour que vous partiez un peu du même point de départ quoi, qu'il n'y ait pas de quiproquo ou...

IDE : Oui. Parce que imaginons peut-être que moi quand je vais venir pour faire un soin, mais qu'eux ils ont d'autres préoccupations, eh ben je préfère d'abord qu'on soit tous on va dire, enfin comme tu dis sur la même base, la même longueur d'onde. Par exemple que s'il y a quelque chose qui les tracasse ou quelque chose qu'ils n'ont pas compris, ben d'abord qu'on prenne le temps d'expliquer pour après... être plus en harmonie entre guillemets pour faire le soin qu'on s'apprête à faire ou autre. Parce que comme ça ils ont

soit toutes les informations ou alors ils ne sont pas préoccupés, parasités par autre chose qui fait que là sur l'instant présent c'est compliqué, c'est dur à gérer ou autre.

ESI : D'accord, ok. Est-ce que tu aurais un petit conseil comme ça à me donner pour moi, pour entrer en relation pour mon premier futur patient ?

IDE : Je pense que...

ESI : Tu vois, un truc qui pourrait me faire sortir un peu du lot de toutes les infirmières par exemple.

IDE : Oui. Moi je serais réceptive à quelqu'un qui est agréable, souriante, qui prend le temps. En fait qui semble disponible à ce moment-là on va dire pour moi, entre guillemets. Elle ne vient pas juste pour ce qu'elle veut faire, hop hop hop c'est dans la rapidité ou autre, c'est que vraiment j'ai l'impression qu'à ce moment-là c'est elle et moi.

ESI : J'aime bien cette phrase. Et alors depuis que tu es diplômée là, est-ce que tu as déjà rencontré des patients anxieux ? Et si oui, dans quel contexte généralement ? Donc ça peut être un peu spécifique, si tu n'arrives pas trop à décrire, je te laisserai raconter peut-être un exemple ou quelque chose comme ça. Mais voilà, j'imagine que dans ta spécialité il y a de l'anxiété. Enfin, je ne sais pas trop, est-ce que tu pourrais raconter si tu as déjà vu des patients anxieux ?

IDE : Oui. Alors oui, j'ai déjà eu des patients anxieux. Par exemple, on va commencer par les parents, en néonate ça arrive très fréquemment qu'ils soient très anxieux, alors ils peuvent être anxieux que ce soit par le contexte de la prématurité, d'avoir leur bébé qui naît un peu plus tôt, alors que même si, imaginons, nous à nos yeux de soignants, leur bébé va très bien, qu'il s'est très bien adapté, qu'il fait les choses très bien, et bien les parents eux peuvent être anxieux juste par le fait de se dire que leur bébé est sorti un petit peu plus tôt du ventre de la maman.

Ou alors, par contre après, il peut avoir aussi d'autres anxiétés, mais toujours en lien avec le bébé et sa pathologie, soit parce que selon le contexte de son évolution, ou un enfant qui au niveau de son état de santé qui se dégrade, sans qu'on ait forcément pour l'instant de réponse à donner, ou quand on est dans l'attente de résultats, ou dans l'attente d'examen... enfin voilà. Parfois le fait de ne pas savoir ce qui se passe, on peut voir aussi de l'anxiété chez les parents. Ou alors, quand on vient réaliser un geste technique, on va dire qu'ils anticipent, non, c'est presque comme s'ils ressentent le geste qu'on va faire à leur bébé et qui crée chez eux aussi de l'anxiété.

ESI : Ah oui, d'accord, parce qu'il y a une appartenance effectivement avec les parents et les bébés. c'est beau ! Ok. Et parmi tout ça, est-ce que tu as remarqué des similarités entre les signes d'anxiété ? Donc ça peut être des signes cliniques ou physiques. Qu'est-ce que tu as remarqué, toi, le plus souvent ?

IDE / Alors, c'est vrai que souvent, par exemple, ça peut être.... En tout cas, chez les parents, leur signe d'anxiété, soit ça se voit, on va dire, physiquement par leur posture, qu'ils ont l'air anxieux. Soit, par exemple, ça va être un parent qu'on va voir qui est peut-être agité ou qui... Enfin, c'est peut-être des signes tout simples, mais par exemple, comme ronger ses ongles ou regarder le sol ou... Dans sa façon de parler, on peut sentir au ton de sa voix qu'il y a de l'inquiétude. Enfin, il y a de l'anxiété, mais qui peut être aussi parfois associée à de la peur. Ça peut se manifester... Enfin, soit, par exemple, des parents qui le verbalisent, qui le disent très bien que... Enfin, "ça me stresse la situation." Ou deux, leur propos, on comprend qu'il y a de l'anxiété derrière. Par exemple, quand ils se projettent, on se demande, "mais qu'est-ce qui va se passer ? Enfin, est-ce qu'il y a un risque ? Est-ce que, par exemple, le bébé va mourir ? Quelles conséquences cela pourra avoir pour plus tard ?" On peut sentir qu'ils sont anxieux. Justement, de ne pas forcément savoir ce qui va se passer. Ou alors, au contraire, ça peut être des parents qui sont peu dans l'échange, qui sont fermés. Quand on essaie d'échanger avec eux, on voit que l'échange est assez court, bref, qu'ils ne cherchent pas à développer leurs propos. Il y a deux teams ; ceux où on arrive très bien à le percevoir et d'autres un peu moins. Après, c'est sûr que ce n'est pas toujours évident, mais on essaye... En tout cas, moi, j'essaie quand même de... Parfois, de leur poser la question. Enfin, tu sais, pour acter un petit peu, savoir leurs émotions réelles. Parce que parfois, on peut avoir l'impression que c'est de l'anxiété alors que pas du tout. Ou autre.

Donc, c'est toujours bien de savoir qu'est-ce qu'ils peuvent ressentir pour adapter au mieux notre accompagnement.

Et par contre, chez le bébé, les signes de stress, alors après, tout dépend parce que du coup, chez le prématuré, ce ne sera pas forcément le même stress que... enfin, la même anxiété qu'on entend chez un adulte. Mais après, c'est sûr que ça peut être par des signes d'inconfort. Un bébé qui peut se mettre... enfin, on voit qu'il y a la réaction de son corps quand on vient le manipuler, qu'il grimace, il se met en retrait. On sent qu'il est tendu, qu'il a du mal à se détendre.

Et bien, c'est du coup, on peut se poser la question, alors est-ce qu'il y a du stress ? Mais alors, comme je te disais, pas forcément le stress comme chez l'adulte. Mais une autre manifestation, par exemple, un bébé qui a eu beaucoup de gestes techniques, qui va là, en fait, rien que le fait de prendre son bras, justement, pour s'apprêter à faire la prise de sang, il ressent ce qui va se passer. Et que ça génère chez lui de l'anxiété, de l'inconfort.... Il n'est pas confortable. Enfin, qu'il n'est pas bien. Après, il y a souvent des similitudes, mais ça reste parfois propre à chaque personne.

ESI : Et donc, je viens à une autre question qui est très liée. Donc, quel moyen, toi, tu vas utiliser, dans ton rôle propre particulièrement, pour apaiser ces patients anxieux ? Tu disais qu'il fallait d'abord "savoir", poser la question concrètement.

IDE : Oui. Je pense que pour, même moi, éviter de me sentir en difficulté, je préfère être dans l'échange, leur demander, par exemple, d'essayer de verbaliser.

Peut-être, par exemple, je vois bien que ça ne va pas. Il y a quelque chose qui... enfin...

Est-ce que, par exemple, imaginons, "est-ce que c'est le soin technique que vous appréhendez ou autre", et qu'il puisse, peut-être, me le dire, lui, avec ses mots.

Qu'est-ce qui le tracasse, on va dire. Moi, j'essaie vraiment d'être dans l'échange, dans l'écoute, de prendre le temps, toujours, d'être sûre que, bon, bah, est-ce qu'il y a cette anxiété que, bon, ok, il est anxieux, mais est-ce qu'on va quand même pouvoir aller au bout des choses et faire le geste ? Ou alors, c'est vraiment une anxiété, là, qui est trop envahissante, trop importante, et que, peu importe ce qu'on va faire, ça va être compliqué. Est-ce qu'il vaut mieux pas, du coup, essayer d'apaiser cette anxiété ou de faire ce qu'on peut à notre échelle ? Pour, après, avancer ensemble. Mais c'est vrai que, moi, principalement, c'est l'écoute, l'échange, et après, dans ma posture, voilà, d'essayer de... Alors, c'est vrai qu'en plus, je parle beaucoup avec les mains, donc après, je sais pas si ça peut être plus rassurant, mais j'essaie quand même d'être ouverte, de pas me montrer trop fermée, de pas forcément être, par exemple, à la porte, échanger rapidement ou autre.

Enfin, j'essaie vraiment de me poser avec eux, de prendre le temps.

ESI : Est-ce que tu pourrais un petit peu plus développer, justement, sur ta posture ? Tu disais de ne pas rester au pas de la porte, par exemple. Est-ce que tu pourrais développer un peu plus ?

IDE : Alors, c'est vrai que, par exemple, souvent, quand... Alors, même hors contexte d'anxiété, souvent, quand j'échange avec les parents, selon le sujet ou la durée de l'échange, etc., soit j'essaie de me mettre à leur hauteur, ou... Par exemple, si le parent est assis sur un fauteuil, et les fauteuils, parfois, ils sont assez bas, soit, par exemple, je... Alors, soit je me courbe ou je m'agenouille, on va dire, à sa hauteur, pour être plus dans l'échange, plutôt que d'être moi debout et lui assis, c'est vrai que moi, je suis moins à l'aise dans cette position-là. Après, on essaie de garder quand même une certaine distance entre les parents et moi. C'est-à-dire que je ne vais pas forcément être tout près d'eux, mais je ne vais pas être non plus trop éloignée par rapport à eux, de façon à ce qu'on puisse se regarder, échanger... Par exemple, soit je mets ton appui contre le plan de change dans la chambre. Ou alors être un peu plus près d'eux. Et selon la situation, ça peut m'arriver parfois d'avoir un geste compatissant. c'est peu fréquent. Ça dépend vraiment de la situation. Mais c'est vrai que j'essaie vraiment de ne pas me montrer peu intéressée, proche de la porte, prête à partir. Très... Presque... la main, on va dire, même, sur l'interrupteur. Ce genre de posture, j'essaie d'être vraiment plus près, mais en gardant quand même une distance entre eux et moi.

ESI : Bien sûr, une distance professionnelle quoi... Et juste, quand tu parlais du geste compatissant, tu peux me dire précisément ce que c'est ?

IDE : Alors, par exemple, ça m'est déjà arrivé que... par contre, ça s'est beaucoup avec les mamans, enfin, que avec les mamans, j'ai envie de dire, que parfois quand on est dans l'échange, ou que je vois que c'est trop compliqué, qu'on est en train d'échanger sur quelque chose, que là, les émotions ressortent, surtout beaucoup par, les pleurs, eh bien, ça peut être un petit moment où j'ai une petite main sur le bras, histoire de dire que je suis disponible. Mais voilà, c'est assez bref, c'est vraiment juste pour montrer mon empathie, mais... voilà

ESI : Ok. C'est très beau. Et alors, donc, moi, je t'ai remarqué en stage très bienveillante, vraiment. Pour moi, la bienveillance, si tu veux, c'est un peu une posture, comme tu disais, agréable, qui émane, tu vois, une sensation positive, avec qui on se sent bien, etc. Toi, tu penses que c'est un élément important dans la relation avec le patient et pourquoi ?

IDE : Ah oui. Moi, je pense que c'est très important parce que si le patient, il ne sent pas que tu es bienveillant envers lui, eh bien, il va... soit, c'est un patient qui va rester en retrait vis-à-vis de toi, soit ce que tu vas lui proposer, il ne va pas forcément l'entendre ou l'accepter, et il ne va pas se sentir en confiance. Et puis... en fait, moi, ça me paraît vraiment important parce que dans les échanges... Et en plus, vu que c'est une personne qu'on ne connaît pas, donc si on ne met pas forcément les formes pour entrer en contact avec cette personne-là, je trouve qu'en fait, ça va être compliqué. Et si on ne met pas d'emblée dès les premiers contacts, ça peut faire qu'après, c'est vraiment une personne qui est fermée vis-à-vis de nous. Et alors, peut-être... qu'il y aura un comportement... je ne vais pas dire négatif, mais peut-être que ça se ressentira dans ses propos, dans sa façon d'être, et qui, je trouve, va se répercuter sur nous. Et quand ça se répercute sur nous, on aura aussi le même sentiment. Ce sentiment que, "oh, la personne en face de moi, elle est hostile". Je trouve que ça peut rendre les choses encore plus compliquées qu'elles le sont, alors que déjà, on va dire que dans la situation du patient, il est dans une situation qui n'est pas facile. D'être patient à l'hôpital ou d'avoir son enfant qui est hospitalisé. Donc, en plus, si le soignant qui est en face de nous n'est pas bienveillant, que presque on a l'impression qu'il s'en fiche ou autre, ça ne donne pas envie et ça peut faire peur de se dire que la personne à qui on confie la situation, la personne qui va s'occuper de nous ou de notre enfant, elles ne sont pas bienveillantes. Donc les parents peuvent se demander : "est-ce qu'elle va prendre le temps avec notre enfant alors que déjà, nous, adultes, elle n'est pas bienveillante ? Comment avec un bébé qui ne peut pas verbaliser les choses, qui ne peut rien dire et qui va subir les choses, comment elle va être alors qu'avec nous, elle n'est pas très agréable ?"

ESI : Oui, je comprends. Et quel degré tu poserais sur la bienveillance ?

Est-ce que c'est un degré important à 10 sur 10, par exemple, ou un peu moins ? Comment tu évaluerais ça ? La bienveillance pour toi, tu évaluerais à quel degré ?

IDE : Moi, je mettrais 10 sur 10. Parce que là, c'est vrai que par contre, je me mets dans la posture de me dire, moi, patient, qu'est-ce que je voudrais ? Et je voudrais quelqu'un qui soit bienveillant et qui le fasse tellement. Je pense que ce serait vraiment... Alors après, il y a plein d'autres critères qui entrent en jeu aussi, également, mais la bienveillance, moi, je trouve ça très important. Si tu ne l'as pas, il manquera quelque chose. Par exemple, quelque chose d'important dit avec bienveillance, ce sera peut-être toujours plus facile, entre guillemets, à accepter que quelque chose, la même chose qui est dit avec un ton sans bienveillance. Vraiment, pouf, je vous annonce tel quel et puis voilà. Enfin, je trouve que c'est important. Ça donne un effet, on va dire.

ESI : Donc, par rapport à l'impact, enfin aux impacts que cette bienveillance peut avoir sur une relation, donc je pourrais dire que ça apporte plus de facilité, que c'est aussi un impact de répercussion entre les deux personnes, du coup, que ça va de soi entre la personne soignée et la personne soignante.

IDE : Oui.

ESI : Et qu'est-ce que tu pourrais dire d'autre comme impact ?

IDE : Moi, je trouve que ça impacte la relation à long terme.

Ça peut faire que, bah du coup, on va dire déjà dans un premier temps, par exemple dans les premiers contacts, eh bien, vous partez du bon pied, entre guillemets. Ça peut faire qu'après l'hospitalisation, elle se passe peut-être mieux, même si du coup, vu qu'on change de soignant, il n'y a pas forcément la continuité entre, parce que chaque soignant est différent, chaque soignant apporte quelque chose au patient. Mais ça peut faire que du coup, bah quand même dans le long terme, si la plupart des soignants sont bienveillants, ça facilite les choses. Il y a une adhésion plus facile aux choses mises en place. Et puis, ça fait toujours, comment dire, c'est du soutien, on va dire entre guillemets, aux parents. C'est-à-dire que, "bah la personne qui est là, elle est bienveillante. Oui. Je peux me confier à elle. Je peux avoir confiance en elle. Bon bah oui, c'est sûr que c'est pas facile. Bon bah là, c'est sûr que ce qu'elle me dit, c'est compliqué. Mais, enfin, j'ai déjà échangé avec elle. Je peux avoir confiance en elle. Je sais qu'elle est bienveillante. Je sais qu'elle est forte. Elle ne fait pas les choses à mal ou autre". Enfin, moi, je trouve qu'en tout cas, ça facilite les relations sur l'instant T, sur le soin qu'on veut faire, mais aussi à long terme.

ESI : D'accord, je comprends. Et est-ce que tu trouves aussi que ça va impacter l'alliance thérapeutique en plus de la relation, tu vois ?

IDE : Oui. Pour moi, ça la renforce. Ça la renforce surtout. Parce que je pense que même si quelqu'un qui serait pas très réceptif à la bienveillance, mine de rien, avoir quelqu'un de bienveillant en face de soi, on va forcément l'influencer, on va dire, de façon positive. Je ne pense pas qu'il puisse avoir un effet négatif sur la bienveillance. Et donc, je pense que ça ne ferait que renforcer l'alliance avec le patient, même s'il ne s'en rend pas forcément compte, même si la situation est peut-être trop compliquée pour lui pour remarquer que les personnes autour de lui sont bienveillantes. Mais peut-être que plus tard, avec du recul, quand il repensera à la situation, il se dira, les choses ont peut-être été telles qu'elles étaient, mais les gens étaient en fait bienveillants envers moi. Enfin, voilà. En tout cas, oui, moi je pense que c'est que du positif !

ESI D'accord. Ouais. C'est pas mal. Donc, ouais, pour toi, c'est obligé que ça apporte quelque chose de positif, en fait, à l'alliance thérapeutique, de près ou de loin ?

IDE : Oui. Après, oui. Après, tant qu'on va dire que ça reste de la bienveillance, qu'on va dire qu'il n'y a pas de débordement à ce... comment dire... à ce qu'il y ait, par exemple, d'amitié ou autre, enfin, vraiment de se garder, on va dire, dans le groupe professionnel, d'être bienveillant... Alors, j'en vois pas les effets négatifs, mais peut-être qu'il y en a, mais en tout cas, là, tant que je dis, je les vois pas forcément.

ESI : Ouais Ok. Et alors, est-ce que tu as toujours pu maintenir cette attitude bienveillante auprès de tes patients, ou cela... ou parfois ça t'est arrivé d'être compliqué auprès d'un patient, par exemple, tu as lâché prise, tu as perdu ta patience, quelque chose comme ça, est-ce que c'était déjà arrivé, et si oui, dans quel contexte ?

IDE : C'est arrivé. ça m'est déjà arrivé de sentir que ma patience était mise à rude épreuve, que... que, oui, on va dire que dans mon intérieur, j'avais envie de hop, hop, hop, de ne plus être, on va dire, souriante, calme, prendre le temps avec, par exemple, le parent, quand lui, en face, il a une attitude, on va dire, pas du tout adaptée. J'ai déjà été mise en difficulté, mais peut-être que le degré de bienveillance est peut-être... était peut-être moins important, mais il a toujours été là. Parce qu'après, je pense que c'est la personne que je suis aussi qui fait que, même si la situation, elle est compliquée, même si l'échange ou la personne en face de moi, elle est... je ne sais pas comment elle peut être, hum... je serais toujours bienveillante, en tout cas j'essaierai de l'être. Parce que je ne pense pas que ça arrangerait les choses que je sois plus bienveillante ou adopter le même ton que la personne en face de moi. Je ne pense pas que ça arrangerait les choses, voire ça pourrait empirer.

Mais c'est vrai que parfois, certains parents peuvent être désagréables dans leurs propos.

Oui, ça arrive très fréquemment qu'ils peuvent être virulents, hum... dans leur attitude, dans leur posture, hum... mais bon... j'essaye en tout cas de rester bienveillante.

ESI : Et ça, tu penses que c'est propre à ta personnalité ? Ou c'est plutôt propre au caractère de l'infirmière en général ? Honnêtement ?

IDE : Hum... Je pense que c'est un peu des deux, mais je pense qu'il y a beaucoup de propre à moi. Parce que, par exemple, ça m'est déjà arrivé d'échanger avec des collègues, de leur faire part, par exemple, d'une situation, et bah voilà, de leur décrire comment moi j'avais... qu'est-ce que j'ai fait, machin... et là où d'autres collègues, elles auraient dit, bah "moi j'aurais jamais... hum... "Ah mais moi, moi, les parents ils me disent ça, mais moi je leur réponds comme ça..." Enfin, c'est vrai que d'autres collègues, dans les échanges, bon, elles laissent entendre que selon le conflit avec le parent, elles n'auraient pas forcément agi comme moi j'agis. Alors, après, est-ce qu'elles restent quand même bienveillantes ou pas, mais... quand j'échange avec d'autres, qui sont infirmières, tout comme moi, hum... on aurait pas forcément la même réaction ou... la même façon d'agir. Mais après, bon... hum... Dans mon cas, je pense qu'il y a un peu des deux, quand même. Parce que, si, il y a quand même la posture professionnelle, c'est-à-dire que peut-être que dans ma vie personnelle, la même situation, peut-être que je ne réagis pas du tout de la même façon. Mais, dans le cas professionnel, ben... voilà, j'arrive à rester quand même bienveillante ou... ou alors, si vraiment la situation est compliquée, si le parent, il est trop anxieux et que je vois que... que moi, mes propos, mes dires, ma posture ; ça ne va pas, je resterais bienveillante, mais je pourrais lui suggérer, je lui demanderais s'il y a... enfin, "est-ce qu'il y a une autre professionnelle... est-ce qu'avec une autre professionnelle, ce serait plus facile ? Est-ce qu'il souhaite échanger avec quelqu'un d'autre ? Est-ce que c'est moi, mon rôle, qui ne va pas ?"

ESI : Toi, tu peux demander au patient de dire ça ?

IDE : Ben, si vraiment je vois que la situation, j'arrive pas à la résoudre, on va dire, à ma façon, que je vois que... enfin, j'essaie de trouver d'autres solutions pour le patient, et voir qu'est-ce qui pourrait l'aider, lui. Et enfin, qu'est-ce qu'il veut, en fait. Parce que parfois, on suggère... on essaie de trouver plein de choses, alors que peut-être que lui, il sait ce dont il a besoin. Et voilà, parfois, ça vaut le coup de lui demander.

ESI : J'aime bien cette humilité, en effet, que tu vas avoir. Et après tout ça, est-ce que t'as déjà eu des retours de patients, par rapport à la prise en soins que tu as accomplie ? Des patients ou d'autres professionnels, par exemple.

IDE : Oui, ça m'est déjà arrivé. Il y a surtout une situation où je m'en rappelle... je pense qu'elle m'a vraiment énormément marquée. C'étaient des parents qui avaient des jumeaux. Alors, je ne m'en suis pas occupée à la naissance, mais je m'en suis occupée peut-être dans le premier jour de vie ou le deuxième jour de vie. Et je fais les soins comme je les fais avec chaque parent. Je les accompagne... enfin, je les accompagne de façon, on va dire, classique, entre guillemets. Et du coup, je suis partie en repos et quand je suis revenue, les parents m'ont dit qu'ils étaient contents de me revoir, alors je ne sais plus vraiment dans quels termes ils l'ont dit mais qu'ils étaient que je m'occupe de leur bébé parce que ma façon d'être leur faisait du bien, la façon dont je parlais avec eux, enfin qu'ils m'appréciaient. Après sans vouloir me pointer du doigt ou autre mais le fait de voir d'autres professionnels, et bien qu'ils ont pu se rendre compte de ma prise en soin. Et une autre maman aussi, dont je m'étais occupée de sa petite fille, qui est rentrée chez elle, et la maman qui m'avait remerciée, après c'était une maman d'origine asiatique alors je ne sais pas si c'est dans sa pratique ou dans sa culture mais elle m'avait demandé si elle pouvait me prendre dans les bras et si elle pouvait m'offrir des cadeaux, avec des sucreries asiatiques. Ce sont des choses qui m'ont marqués. Parfois on a l'impression de ne pas faire grand chose mais en fait on a fait beaucoup en tout cas j'ai eu l'impression d'en avoir fait. Franchement, ça m'avait touché. Je m'étais dit ; "c'est important justement d'avoir cette posture là auprès des parents et de leur bébé. Et de la part d'autres pro, oui alors c'est des retours qui... juste on va dire, parfois dans les échanges, si on doit me décrire, ce sont souvent les mêmes qualificatifs qui sont employés ; "souriante, calme, douce..."

ESI : je te retrouve bien là !

Merci beaucoup, est-ce que tu voudrais rajouter quelque chose à cet échange ?

IDE : Hum, non j'ai rien d'important à rajouter, si ce n'est que moi je pense que c'est important la posture auprès du patient, qu'ils sont dans des situations qui ne sont pas faciles. C'est compréhensible qu'ils soient anxieux et si nous on peut faciliter les choses, ne serait-ce que par de la bienveillance et ben, c'est bien, mais quelquefois il faut toujours savoir s'écouter soi et on a beau être bienveillant ou autre, ça peut être compliqué pour nous donc c'est important de s'écouter, prendre du recul, d'échanger si besoin... et que la bienveillance est pour moi très très importante.

Annexe n° 5 : Analyse des entretiens

IDE 1 : Marine

IDE 2 : Mélissa

Question numéro 1 : Que mets-tu en place concrètement pour entrer en relation avec le patient ?

Se présenter	Expliquer	Reformuler	Ecouter	Investiguer
<ul style="list-style-type: none"> • Se présenter • Donc on se présente • Faut se présenter • Je dis que je suis leur infirmière • Je vais me présenter • Pour qu'ils sachent à qui ils échangent 	<ul style="list-style-type: none"> • je leur explique pourquoi je viens • être la plus transparente possible • de leur expliquer • reprendre s'ils ont des choses qu'ils n'ont pas compris • expliquer pour être plus en harmonie avec le soin 	<ul style="list-style-type: none"> • formuler avec leurs mots • tu t'aperçois qu'ils n'ont pas tout à fait compris • il faut parler comme Monsieur et Madame tout le monde 	<ul style="list-style-type: none"> • Et les écouter : leurs angoisses, les questionnements • me montrer disponible • je suis à leur écoute • je prends le temps d'écouter • échanger avec eux 	<ul style="list-style-type: none"> • lui demander pourquoi il est là • demander le ressenti du patient • avoir l'avis du patient • j'approfondis un petit peu • je leur demande comment ils vont • prendre contact • savoir comment ils vont • qu'est-ce qu'ils ont compris de la situation
Se présenter	Rassurer		Comprendre la situation	

Question numéro 2 : As-tu déjà rencontré des patients anxieux et si oui dans quel contexte ?

Régulièrement	Imprévu
<ul style="list-style-type: none"> • régulièrement • tous les jours • j'ai déjà eu des patients anxieux 	<ul style="list-style-type: none"> • hospitalisation jamais prévue • c'est pas programmé • les patients n'ont pas le temps de se faire à l'idée • ils n'ont pas prévu • ça leur arrive rarement

<ul style="list-style-type: none"> ça arrive très fréquemment 	<ul style="list-style-type: none"> contexte de la prématurité les parents peuvent être anxieux par le fait de se dire que leur bébé est sorti un petit peu plus tôt contexte de l'évolution, si l'état de santé se dégrade on a pas de réponse à donner attente des résultats, attente examen ne pas savoir ce qu'il se passe les parents anticipent, ils ressentent le geste et c'est que qui crée chez eux de l'anxiété
--	--

Question numéro 3 : As-tu remarqué des similitudes entre les signes d'anxiété ?

Signes verbaux	Signes paraverbaux
<ul style="list-style-type: none"> il y en a qui le verbalisent ils sont beaucoup dans la communication ils te disent ouvertement ils te disent : "moi je suis complètement stressé" il me dit "ça va pas" ça se voit physiquement qu'il sont l'air anxieux ça peut se manifester par des verbalisation 	<ul style="list-style-type: none"> il y en a qui ne verbalisent pas tu vois qu'ils se renferment sur eux-mêmes au contraire, qui sont peut dans l'échange fermés l'échange est assez court, bref il peut être agité ronger ses ongles regarder le sol ton de voix faible ils ne cherchent pas à développer leurs propos ce n'est pas toujours évident de le voir

Question numéro 4 : Quels moyens utilises-tu pour apaiser ces patients anxieux ?

Expliquer	Proxémie	Ecouter	Prendre le temps	Outils manuels	Psychologue
<ul style="list-style-type: none"> on leur explique il faut être dans le détail juste en 	<ul style="list-style-type: none"> tenir la main "vous voulez qu'on vous fasse un petit massage ?" laver les cheveux 	<ul style="list-style-type: none"> écouter leurs ressentis les écouter vraiment activement 	<ul style="list-style-type: none"> prendre le temps avec le patient prendre le temps 	<ul style="list-style-type: none"> livres à la médiathèque lecteur DVD romans, BD, images 	<ul style="list-style-type: none"> je suis une infirmière des fois ça dépasse nos compétences

<p>expliquant ça suffit</p>	<p>ensemble</p> <ul style="list-style-type: none"> • s'asseoir avec eux • me mettre à la hauteur • je me courbe, je m'agenouille • ne pas être trop éloignée par rapport à eux • de façon à ce qu'on puisse se regarder • je me mets en appui pour ne pas me montrer désintéressée • être au plus près • une petite main sur le bras 	<ul style="list-style-type: none"> • il faut les écouter • il faut entendre leurs angoisses • moi, principalement c'est l'écoute 	<ul style="list-style-type: none"> • parler de la pluie et du beau temps • me poser avec eux, ne pas échanger trop rapidement avec eux • prendre le temps 	<ul style="list-style-type: none"> • casque de réalité virtuelle 	<ul style="list-style-type: none"> • on peut proposer la psychologue du service
Relation d'aide				Aide extérieures	

Question numéro 5 et 6 : Est-ce que la bienveillance te semble être un élément important dans la relation avec le patient et pourquoi ? Quel impact la bienveillance a-t-elle sur l'alliance thérapeutique ?

Base du métier	se mettre à la place	impact sur le long terme	facilite la relation
<ul style="list-style-type: none"> • c'est la base de nos métiers • c'est hyper important d'être bienveillant • la bienveillance est un peu innée • la bienveillance fait 	<ul style="list-style-type: none"> • je me mets dans la posture [...] moi, patient, qu'est-ce que je voudrais ? • "j'ai échangé avec elle" • tu te mets à la place 	<ul style="list-style-type: none"> • patient qui va rester en retrait • il ne va pas se sentir en confiance • personne fermée vis-à-vis de nous • impact la relation à long terme 	<ul style="list-style-type: none"> • ça facilite les choses • il y a une adhésion plus facile aux choses mises en place • ça facilite les relations sur l'instant T

<ul style="list-style-type: none"> partie de nos piliers la plupart des soignants sont bienveillants 	<ul style="list-style-type: none"> prendre soin de nos patients comme si c'étaient nos parents [...] 	<ul style="list-style-type: none"> l'hospitalisation se passera mieux impact positif dans l'hospitalisation ils vont garder un bon souvenir être bienveillant, tu les aura marqués forcément ça aura un impact 	<ul style="list-style-type: none"> quelque chose d'important dit avec bienveillance, ce sera peut-être toujours plus facile
Base du métier		Impact le patient	Facilite le lien

Question 7 : As-tu toujours pu tenir ton attitude bienveillante auprès de tes patients ?

à cause du patient	garder la bienveillance	se remettre en question
<ul style="list-style-type: none"> lui a avait une attitude pas du tout adaptée la situation était compliqué ils peuvent être désagréable dans leurs propos, virulents ça m'est arrivé qu'un patient me parle mal 	<ul style="list-style-type: none"> je serais toujours bienveillante parce que je ne pense pas que ça arrangerait les choses, voire ça pourrait empirer j'essaye de rester bienveillante même si le degrés est peut-être moins important 	<ul style="list-style-type: none"> on peut creuser le pourquoi du comment je me remets en question des fois, il faut laisser le temps avec du dialogue, on arrive toujours à repartir sur de bonnes bases
Impact du patient	Méthodes des infirmières pour surmonter la difficulté	

Question 8 : Le caractère bienveillant est-il plutôt propre à l'IDE ou fait partie de ton caractère singulier ?

Authenticité des infirmières	Caractère IDE
<ul style="list-style-type: none"> moi j'ai beaucoup d'expressions à moi c'est important d'être soi-même, être authentique 	<ul style="list-style-type: none"> tu ne fais pas infirmière si tu n'es pas un minimum bienveillante, empathique tout le monde ne peut pas devenir infirmière

<ul style="list-style-type: none"> ● ne pas être protocolaire ou scolaire ● je suis quelqu'un d'empathique et bienveillant dans la vraie vie ● il y a beaucoup de propre à moi ● ça m'est arrivé de comparer avec des collègues et de voir qu'elles n'auraient pas réagi comme moi j'ai agis 	<ul style="list-style-type: none"> ● dans le cas professionnel, j'arrive à rester tout le temps bienveillante
--	--

Question 9 : As-tu déjà eu des retours de patients par rapport à la prise en soin que tu avais accomplie ?

Retours positifs	Axes d'amélioration
<ul style="list-style-type: none"> ● les parents m'ont dit qu'ils étaient contents de me revoir ● la maman qui m'avait remerciée ● elle m'avait demandé de me prendre dans ses bras et si elle pouvait m'offrir des cadeaux ● parfois on a l'impression qu'on ne fait pas grand chose, mais les patients nous montre le contraire ● c'est toujours agréable quand les patients te disent merci ● ce sont des petits mots mais qui font toujours plaisir ● ils y en a qui reviennent et nous apportent une boîte de chocolats ● c'est encourageant, c'est agréable, ça te pousse toujours un peu plus vers le haut pour faire mieux 	<ul style="list-style-type: none"> ● tu peux avoir des retours négatifs et c'est entendable et il faut savoir accepter ● accepter le bon comme le mauvais ● ça nous permet de se remettre en question et de se dire "la prochaine fois je ferai mieux, je changerai ça..."

Question 10 : Est-ce que tu voudrais rajouter quelque chose ?

la bienveillance dans les situations difficiles pour le patient	la petite touche de l'infirmière	se mettre à la place du patient	savoir prendre du recul
<ul style="list-style-type: none"> ● on oublie pas que c'est la base de notre métier et qu'il faut être bienveillant tous les jours même si parfois c'est moins simple ● c'est important la posture auprès du patient, qu'ils sont dans des situations qui ne sont pas faciles ● c'est compréhensible qu'ils soient anxieux 	<ul style="list-style-type: none"> ● c'est plus agréable pour le patient comme pour l'infirmière quand c'est dans la bonne humeur, avec un sourire, quand tu prends le temps... ● si nous on peut faciliter les choses, ne serait-ce que par bienveillance... 	<ul style="list-style-type: none"> ● se dire "comment tu aimerais qu'on se comporte avec toi si tu étais à sa place" 	<ul style="list-style-type: none"> ● il faut toujours savoir s'écouter, prendre du recul, échanger si besoin
<p>La bienveillance de l'infirmière</p>		<p>Prendre du recul</p>	

RÉSUMÉ

Ce mémoire aborde le thème de la bienveillance de l'infirmier sur l'alliance thérapeutique face à un patient anxieux.

J'ai commencé ce travail par une exploration théorique où j'ai défini le patient dans sa globalité et les valeurs de l'infirmière en passant par ses origines. J'ai aussi réalisé des recherches sur la notion d'alliance thérapeutique. Ceci m'a permis de mentionner le rôle de l'infirmière comme étant son moteur.

Pour mener cette étude, j'ai réalisé deux entretiens semi-directifs auprès d'infirmières rencontrées en stage. L'une vient d'un service de soins intensifs de cardiologie, là où le contexte est particulièrement anxiogène et l'autre vient du service de néonatalogie, dans lequel l'infirmière fait preuve de grande bienveillance et de douceur envers des parents anxieux. J'ai abordé avec elles les signes d'anxiété remarqués chez leurs patients, la place de la bienveillance dans le parcours de soin et nous avons terminé notre échange en parlant de l'influence de l'authenticité sur le vécu de l'hospitalisation du patient.

Les résultats de ces entretiens démontrent que la bienveillance est un élément fondamental du métier. Il ressort également que l'écoute active et l'engagement professionnel de l'infirmière peut apaiser l'anxiété du patient et rendre meilleure l'hospitalisation. La posture professionnelle est un enjeu crucial pour le maintien de l'adhésion aux soins du patient à court et long terme.

Mes recherches m'ont appris l'importance d'adopter dès le premier instant une posture professionnelle de qualité en soutenant les valeurs soignantes. Ainsi, le patient se sentira en confiance et pourra exprimer son anxiété, qui sera prise en charge par l'équipe soignante grâce aux outils de communication de l'infirmière. Cette étude met en avant les bénéfices de la bienveillance du soignant dans la relation de soin et souligne l'intérêt de penser sa communication.

Mots clés : bienveillance, alliance thérapeutique, posture professionnelle, communication, relation soignant-soigné

This research report deals with the nurse's kindness in the therapeutic alliance with an anxious patient.

I began this research with a theoretical exploration, which allowed me to define the patient as a whole as well as the values of nursing through its origins. I've also been researching the notion of therapeutic alliance. This allowed me to mention the nurse's role as its driving force.

To carry out this study, I conducted two semi-structured interviews with nurses I met during internships. One comes from a cardiac intensive care unit, where the context is particularly stressful. The other comes

from the neonatal unit, where the nurse shows great kindness and gentleness towards anxious parents. I discussed with them about the signs of anxiety noted in their patients, the place of kindness in the care process and we ended our exchange by talking about the influence of authenticity on the patient's experience of hospitalization.

The results of these interviews show that kindness is a fundamental element of the profession. They also show that the nurse's active listening and professional commitment can ease the patient's anxiety and improve the hospital stay. Professional posture is crucial to maintain the patient's compliance in the short and long term.

My research taught me the importance of adopting a good professional posture from the very first moment, insisting on nursing values. In this way, the patient feels confident and can express his/her anxiety, which is then dealt with by the nursing team using the nurse's communication tools.

This study highlights the benefits of the caregiver's kindness in the care relationship, and underlines the importance of thinking through communication.

Key words : benevolence, communication, relationship, professional posture, therapeutic relation