

VEDRENNE Dorothee

Institut de Formation en Soins Infirmiers d'Epinal
3 avenue Robert Schuman
88000 EPINAL

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES POUR L'OBTENTION
DU DIPLOME D'ETAT

Impact de la peur du soigné lors d'un soin invasif sur la relation soignant-soigné

Promotion 2004/2007
Session : Février/Mars 2007

ERRATUM

- Page 2, ligne 8, à la place de « à » lire « **a** ».
- Page 3, ligne 26, à la place de « l'éviter » lire « **les éviter** ».
- Page 4, ligne 34, à la place de « à » lire « **a** ».
- Page 5, ligne 1, à la place de « telles » lire « **tels** ».
- Page 5, ligne 14, à la place de « parut » lire « **paru** ».
- Page 5, ligne 18, à la place de « accueils » lire « **accueil** ».
- Page 5, ligne 19, à la place de « atteint » lire « **atteints** ».
- Page 5, ligne 32, à la place de « accidents » lire « **accident** ».
- Page 10, ligne 28, à la place de « intéressée » lire « **intéressé** ».
- Page 12, ligne 15, à la place de « parut » lire « **paru** ».
- Page 12, ligne 22, à la place de « court » lire « **cours** ».
- Page 14, lignes 17 et 18, à la place de « à » lire « **a** ».
- Page 14, ligne 23, à la place de « quelques fois » lire « **quelquefois** ».
- Page 15, ligne 23, à la place de « par » lire « **pas** ».
- Page 15, ligne 25, à la place de « moins » lire « **mains** ».
- Page 16, ligne 6, à la place de « patient » lire « **patients** ».
- Page 17, ligne 2, à la place de « soigné » lire « **soigner** ».
- Page 17, ligne 4, à la place de « la » lire « **le** ».
- Page 17, ligne 10, à la place de « fait » lire « **faits** ».
- Page 18, ligne 21, à la place de « déclanchant » lire « **déclenchant** ».
- Page 19, ligne 5, à la place de « répercussion » lire « **répercussions** ».

- Page 19, ligne 17, à la place de « développé » lire « **développés** ».
- Page 20, ligne 21, à la place de « et » lire « **est** ».
- Page 21, ligne 2, à la place « recueillis » lire « **recueillies** ».
- Page 21, ligne 5, à la place de « relation soignant soigné » lire « **relation soignant-soigné** ».
- Page 21, ligne 17, à la place de « il utilise » lire « **ils utilisent** ».
- Page 21, ligne 19, à la place de « il n'arrive pas ou à des difficultés à faire face » lire « **ils n'arrivent pas ou ont des difficultés à faire face** ».

SOMMAIRE

PREAMBULE	1
I) DEMARCHE EXPLORATOIRE	3
I-1) EXPLORATION DE DOCUMENTS	3
I-1-1) La peur	3
I-1-2) Le soigné	5
I-1-3) Le soignant	6
I-1-4) La relation soignant-soigné	8
I-1-5) Le soin invasif	10
I-2) EXPLORATION TERRAIN	12
I-2-1) Infirmières	13
I-2-2) Patients	15
I-2-3) Psychologue	16
II) ENSEIGNEMENT DU TRAVAIL EXPLORATOIRE	18
II-1) CONFRONTATION DES RESULTATS TERRAIN ET DOCUMENTS	18
II-1-1) Affinement du problème de recherche	18
II-1-2) Mécanismes de défense	19
II-2) PROBLEMATIQUE	21
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

PREAMBULE

Dans notre société l'infirmière est souvent représentée avec une seringue à la main. Bilans sanguins, pose de voies veineuses périphériques, glycémies capillaires, réfections de pansements, ablations de redons, d'agrafes et de fils... font parties du quotidien des infirmières. Ces gestes, nouveaux pour le patient peuvent engendrer chez lui peur et anxiété. A force de réaliser ces soins de façon quotidienne, je me demande s'il n'y a pas une banalisation de ces gestes de la part du soignant, alors que pour le patient ceux-ci ne sont pas singuliers.

Lorsque le patient reçoit des soins invasifs, qu'il vit plus ou moins bien selon son expérience passée, je me demande si son stress, sa peur peuvent modifier la relation soignant-soigné.

Je pense qu'un des objectif du soignant est de rendre l'hôpital comme un lieu de sérénité pour les patients. En effet, l'hôpital est souvent synonyme de « maladie », de « souffrance » ou encore de « mort. » Pour moi la relation soignant-soigné est la base de la prise en charge infirmière. Je trouve qu'elle est importante pour que s'établisse une relation de confiance permettant au patient d'être à l'aise dans un lieu inconnu pour lui.

En effet la profession d'infirmière ne consiste pas seulement en une application de gestes techniques, c'est aussi un métier relationnel.

J'ai choisi de travailler sur la notion de « peur des soins invasifs », car depuis le début de mon cursus d'étudiante infirmière, lorsque je rentre dans une chambre pour faire une injection ou une prise de sang, j'ai été interpellé par les différences de comportements des patients envers ce type de soins. Dans sa pratique quotidienne, l'infirmière réalise un grand nombre de soins invasifs. Ainsi j'aimerais comprendre pourquoi cette peur de la part du soigné, quelles sont les modalités d'une relation soignant-soigné de qualité. Ceci me permettra dans ma vie professionnelle d'adapter ma pratique à ce type de situation.

Dans tous les services de l'hôpital général (médecine, chirurgie, urgences, réanimation...), l'infirmière est amenée à pratiquer des soins invasifs.

En effet d'après les articles R4311-5, R4311-9 et R4311-10 du code de la santé publique relatif aux actes professionnels précisent les actes professionnels que l'infirmière réalise sur rôle propre, sur prescription médicale et en présence d'un médecin ou à la participation de la mise en œuvre par le médecin.

L'infirmière a un devoir d'information vis-à-vis du patient, pour le rassurer et créer une relation de confiance entre soignant et soigné :

- D'après l'article R4312-32 du code de la santé publique : « l'IDE informe le patient ou son représentant légal, à leur demande et de façon adaptée, intelligible et loyale, des moyens ou des techniques mis en œuvre. Il est en de même des soins à propos desquels il donne tous les conseils utiles à leur bon déroulement. »
- D'après l'article 16-3 du code civil « il ne peut-être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale de la personne. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement, hors le cas ou son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir. »
- Ce devoir d'information est renforcé par la charte du patient hospitalisé, avec l'article III « donner une information simple, accessible, intelligible et loyale à tous les patients » et l'article IV « aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement du patient. »

L'article 2 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier du 11 février 2002 précise que « les soins infirmier préventifs, curatifs ou palliatifs intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. »

Une infirmière m'a expliqué que la peur des soins invasifs de la part du patient était un phénomène qui arrivait régulièrement et que cela pouvait être intéressant de réfléchir sur ce sujet pour mon travail de fin d'études. D'où ma question de départ qui est : « Dans quelle mesure la peur du soigné lors d'un soin invasif a-t-elle un impact sur la relation soignant-soigné ? »

I) Démarche exploratoire

Dans cette partie, je vais définir les différents mots clés de ma question de départ : peur, soigné, soignant, relation soignant-soigné, et soins invasifs.

I-1) La peur

La peur peut se définir par un sentiment de forte inquiétude, d'alarme en présence ou à la pensée d'un danger, d'une menace. C'est donc un état de crainte, de frayeur dans une situation précise¹. La peur est un phénomène psychologique et physique qui accompagne la prise de conscience d'un danger². En effet elle représente un signal d'alarme permettant à chaque être humain et animal de survivre. Grâce à elle notre attention est attirée vers les dangers ce qui va nous permettre de l'éviter ou de les affronter. Ce signal est plus ou moins bien réglé selon les personnes. On distingue donc la peur normale (l'alarme se déclenche face à un danger véritable) et la peur pathologique (l'alarme est déclenchée trop souvent à des seuils de dangerosité trop bas). Le danger est plus ou moins menaçant, il peut-être présent et visible, être annoncé par des indices ou encore être imaginé dans l'esprit³.

Il existe deux types de peur : les peurs innées ou génétiquement programmées, qui grandissent au fur et à mesure des différentes expériences bénéfiques ou non de notre vie ; et les peurs apprises au cours de la vie, grâce à nos expériences personnelles³.

La peur est donc une émotion primaire, fondamentale, universelle et inévitable à tout individu. Une émotion correspond à des *états psychiques et neurobiologiques, visible sur le plan comportemental notamment dans les mimiques*. Ce sont les émotions qui génèrent des comportements. Elles sont déterminantes car elles vont fixer la mémoire grâce à nos souvenirs⁴.

L'homme est doté d'un cerveau émotionnel, l'amygdale cérébrale en est la structure essentielle, puisqu'elle nous fait réagir presque immédiatement face à un danger. L'hippocampe, lieu de stockage et de remémoration des souvenirs, entretient des liens étroits avec l'amygdale. Lorsqu'il y a un stimuli menaçant, il va y avoir un décodage de ce stimuli par l'amygdale qui va déclencher ou non l'alarme en fonction du danger et en collaboration de l'hippocampe⁵.

¹ Dictionnaire Le Petit Larousse (1995)

² « Prise en charge infirmière - anxiété, peur, angoisse » Soins n°627, juillet - août 1998

³ « Psychologie de la peur » Christophe André

⁴ « Manuel de psychologie du soin »

⁵ « Cerveau les mécanismes de la peur » Sciences humaines n°162 - juillet 2005

Si l'alarme est déclenchée par l'amygdale, la peur va s'exprimer par des manifestations physiologiques, comportementales, émotives et cognitives.

D'un point de vue physiologique, la peur va s'accompagner d'une série de réaction physique. Quand l'organisme va percevoir un danger, les glandes surrénales vont augmenter leur production d'adrénaline qui va être propagée dans tout le corps. Ceci va permettre aux muscles de les préparer à l'action⁶. Selon l'intensité de l'émotion, les réactions vont être différentes : accélération des battements cardiaques, esprit en alerte et vigilance accrue, transpiration, mains moites, rougissements, tremblements des mains et des jambes, respiration plus forte, difficultés à contrôler la voix qui peut se mettre à trembler, boule dans l'estomac, boule dans la gorge avec difficultés à déglutir...⁷

Cette augmentation d'adrénaline va avoir des effets au niveau de notre esprit et peut donc provoquer des réactions psychologiques comme un sentiment d'irréalité (dépersonnalisation ou déréalisation), un sentiment de « tête vide » ou une anesthésie psychique⁷.

Comme je l'ai expliqué précédemment, la peur sert à nous avertir de la présence d'un danger, elle permet à chaque individu de prendre des mesures pour se protéger. Face à cette peur, chaque personne a des réactions comportementales différentes, dont certaines peuvent handicaper telles que la paralysie (la personne va se sentir incapable de bouger), l'évitement (la personne va éviter tout ce qui lui fait peur) ou la négation du danger (la personne à foncer tête baissée)⁶.

Au niveau émotif, il existe différentes formes de peur qui se distinguent par leur intensité et par les conditions de déclenchement. Ainsi le vocabulaire français est très riche pour désigner les différentes nuances de peur. On peut parler de crainte, d'inquiétude, d'appréhension, d'anxiété, de hantise, de trac, d'affolement, de panique, d'effroi, d'épouvante, de terreur, etc⁷.

I-2) Le soigné

a) Historique et définition

Au cours du temps, il y a eu une évolution pour désigner ce que l'on nomme aujourd'hui la personne soignée. Lors de la création des lieux d'accueils pour les plus démunis atteint de la peste, de la lèpre... les personnes fréquentant ces lieux étaient appelées des indigents. Puis petit à petit ils sont devenus des malades. Mais on s'est rendu compte qu'un patient n'était pas forcément un malade, car certains sont en attente de diagnostic. Ainsi on parle actuellement

⁶ Site Internet www.redpsy.com/guide/peur.html

⁷ Site Internet www.hypnose.fr.com/peur.php

d'usager, de bénéficiaires de soins ou plus communément de personne soignée. Ce dernier terme renvoi à la singularité, une personne ne ressemble à personne d'autre. Chaque être humain est unique, il se construit à partir de son propre vécu en passant par des étapes diverses : biologiques, développement personnel, à partir des conditions de vie, de la sensibilité de la personne. La maladie fait partie de ses étapes et va donc participer au développement de la personne⁸⁸.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social. Elle ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité. » La maladie n'a pas été définie par l'OMS. Elle prend différentes formes : accidents, handicap congénital ou acquis, événement particulier qui perturbe le bien-être de l'individu. Donc lorsqu'il y a une perte de bien-être, il y a passage dans un état de maladie. Quand une personne est malade, elle a une asthénie, une perte d'intimité (besoin d'autrui pour les soins de base), une perte du rôle social et familial, une perte du contrôle sur les événements (« on choisit à notre place »). Ces pertes sont vécues difficilement et vont créer un sentiment de vulnérabilité chez le patient, qui va s'adapter plus ou moins bien⁸.

b) L'hôpital vu par le soigné

Pour la personne soignée, l'hôpital est une microsociété étrangère qui la coupe de ses habitudes familiales, environnementale et sociales. L'hôpital suscite en même temps une promesse de guérison et de l'angoisse, de l'anxiété ainsi que de la dépendance. En effet lorsqu'une personne est admise à l'hôpital, on lui impose une chambre, des heures pour les repas, les soins et les visites. La personne peut se sentir diminuée par sa maladie, inactive et dépendante d'autrui, alors qu'avant son entrée à l'hôpital, elle avait un certain degré d'autonomie.

C'est dans ce lieu étranger pour lui que le malade découvre le sentiment de dépersonnalisation, il devient un objet d'observation de part sa maladie (observation des signes cliniques, de l'évolution des effets des traitements) et de par l'apprentissage que les étudiants médecins, infirmiers doivent acquérir pour devenir des professionnels. « *Ils ont parfois l'impression d'être un corps morcelé au regard des soignants* »⁹.

I-3) Le soignant

Dans cette partie, je parlerai plus spécifiquement de l'infirmière.

⁸ Cours de Madame Kribs : soins infirmiers

⁹ « Le souci de l'autre » Marie de Hennezel

Le soignant est un individu qui s'occupe d'une personne en perte de santé¹⁰ en lui prodiguant des soins¹¹. L'infirmière est une personne « ayant suivi des études professionnelles de base, étant apte et habilitée à assumer dans son pays la responsabilité de l'ensemble des soins que requiert la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des soins aux malades¹². » Le code de la santé publique précise que l'infirmière doit être en possession d'un diplôme et qu'elle prodigue des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical ou en application de son rôle propre.

L'infirmière est soumise à un cadre déontologique, c'est-à-dire qu'elle a des devoirs envers les patients et ses confrères (respects de la vie de la personne humaine...)

Dans sa profession, quatre sentiments accompagnent l'infirmière. Un sentiment est une disposition affective spécifique éprouvée par un sujet pour un objet particulier pouvant être vécu sur le registre du plaisir ou du déplaisir¹³.

- Le sentiment de supériorité : il est fondé sur le savoir paramédical de l'infirmière, sur le port de la blouse (représente une fonction valorisée), sur l'autorité professionnelle due au rôle de soignant, ainsi que sur la réalisation des gestes techniques. Ce sentiment permet d'acquiescer de la confiance en soi dans la relation soignant-soigné et dans la réalisation des gestes techniques.
- Le sentiment d'impuissance : l'impuissance est due à des situations difficiles auxquelles le soignant est confronté dans son travail : douleur du patient, fin de vie... Il peut s'accompagner d'un sentiment d'infériorité ainsi que d'émotion comme la tristesse ou la colère. Cette situation fragilise le soignant et peut le conduire jusqu'à une situation d'épuisement professionnel.
- Le sentiment de responsabilité : il est nécessaire dans la pratique de la profession tout en étant lourd à porter. Il est important de trouver une bonne distance avec le soigné c'est-à-dire ne pas trop s'impliquer pour éviter les situations où tout est « pris trop à cœur. »
- Le sentiment de satisfaction : indispensable à une vie professionnelle épanouie. Le soignant doit savoir que son travail est efficace et bénéfique. C'est le juste retour des actions qu'il réalise tout au long de sa journée de travail.

Parallèlement à ces sentiments, les soignants sont confrontés à une surcharge de travail importante, liée au manque de personnel, à la lourdeur des tâches

¹⁰ Site Internet www.cec-formation.net

¹¹ Dictionnaire Le Petit Larousse (1995)

¹² Dictionnaire médical 9^{ème} édition. Edition Masson (2002)

¹³ « La relation soignant soigné » A. Manoukian et A. Massebeuf. Edition Lamarre (1995)

administratives et à la réduction du temps de travail sans qu'il y ait d'effectif en plus. Le soignant se sent donc frustré car la relation avec la malade est « rognée » à cause de cette surcharge de travail¹⁴.

I-4) La relation soignant-soigné

a) Concepts de relation et de communication

Ethymologiquement, le mot « relation » vient de « re-lie » signifiant créer un lien. La relation est une interaction entre deux ou plusieurs personnes ayant une personnalité, une psychologie, une histoire différentes¹⁵. La relation « *n'est pas un état, mais un ensemble de processus à travers lesquels la vie sociale et individuelle s'exprime. Elle est la base qui unit des personnes qui nouent et dénouent des liens entre elles* »¹⁶.

Le terme de relation soignant-soigné regroupe l'ensemble des conditions psychologique qui influencent le type de contact qui s'établit entre le soignant et le patient¹⁷. Toutes les relations se vivent autour d'un dialogue et il est nécessaire de franchir une certaine distance, car dialoguer « *c'est chercher à supprimer un obstacle qui ne cesse de résister.* » La communication est l'instrument du dialogue¹⁸.

Dans la relation soignant-soigné, on rencontre différentes relations : dominant/dominé (patient coopérant et soignant directif), égal à égal (soignant et soigné sont au même niveau), et plus rarement dominé/dominant (le soignant est dominé par le patient)¹⁹.

Communiquer sert à échanger ou à transmettre des informations de nature diverse et de manière verbale ou non verbale. C'est également établir une relation. Il existe de multiples situations de communication, et il est possible d'en faire un schéma commun. Dans toute communication il y a un émetteur (qui est à l'origine de la transmission du message), un message (qui est le contenu de ce que l'on transmet, constitué d'un ensemble de signes, mots, gestes, mimiques) et un récepteur. La rétroaction permet au récepteur de faire comprendre à l'émetteur s'il a ou non compris le message grâce aux commentaires, à la reformulation ou aux questions²⁰.

Cf. annexe 1.

¹⁴ « Le souci de l'autre » Marie de Hennezel

¹⁵ « Manuel de psychologie du soin »

¹⁶ « Le concept de relation en psychologie » Recherche en soins infirmiers n°56, mars 1999

¹⁷ « Manuel de psychologie du soin »

¹⁸ Site Internet www.educationdupatient.be

¹⁹ Nouveaux cahiers de l'infirmière Sciences humaines

²⁰ « La communication dans le secteur sanitaire et social », tome 2, édition Foucher (p 21)

Il existe des éléments et des supports qui vont intervenir dans la relation.

b) Éléments et supports de la relation soignant-soigné

Comme je l'ai expliqué précédemment, une relation consiste en une rencontre entre deux êtres différents. Des facteurs interviennent dans cette relation : les facteurs d'ordre psychologiques (valeurs personnelles, représentations, préjugés, émotions, désirs...), les facteurs d'ordre sociaux (appartenance à une catégorie socioprofessionnelle, classe d'âge, culture, rôle et fonction de chacun) et les facteurs d'ordre physique (aspect physique)²¹.

Par ailleurs lors d'une relation, chaque individu utilise différents supports : mots, gestes, mimiques, position du corps, attitudes, accessoires (habits, stéthoscope, tensiomètre). Chacun de ces éléments va apporter au soigné un message qu'il perçoit. La difficulté relationnelle réside dans l'interprétation des paroles, des sourires, des regards... que vont s'échanger soignant et soigné. La relation est un phénomène d'ensemble car on parle avec tout son corps²².

c) Conditions d'une relation de qualité

Pour qu'il y ait une relation entre soignant et soigné, il est important pour le professionnel de santé d'avoir toujours à l'esprit que chaque personne est unique et possède des caractéristiques différentes. Il est nécessaire pour l'infirmière d'apprendre à connaître ses malades, de les écouter, de les observer tout en gardant un recul suffisant par rapport à la situation du patient. Celui-ci doit se sentir écouté pour provoquer chez lui un sentiment de soulagement. Par ailleurs, l'IDE doit accepter le malade tel qu'il est, sans porter de jugement²³.

Le lien existant entre le soignant et le soigné est la relation qui s'établit entre eux. Le point de départ de cette relation est le soin technique que l'infirmière prodigue au patient.

I-5) Le soin invasif

a) Cadre général

Les soins invasifs pratiqués par l'infirmière s'inscrivent dans un cadre juridique, déontologique et pratique.

²¹ « La relation soignant soigné » A. Manoukian et A. Massebeuf

²² « La relation soignant soigné » A. Manoukian et A. Massebeuf

²³ « Éléments de psychologie pour l'infirmière » Olivier Continaud, édition Le Centurion (1973)

- Au niveau juridique : ils sont définis par le code de la santé publique relatif aux actes professionnels qui détermine l'habilitation des IDE pour les actes sur prescription médicale et sur rôle propre : injections, perfusions, prélèvements, réfection de pansements, ablation de redons, d'agrafes, de fils...
- Au niveau déontologique :
 - ♦ D'après le décret de février 1993, remplacé par le code de la santé publique (devoirs envers les patients), « *l'infirmière applique et respecte la prescription médicale.* » Elle doit également faire « *respecter les règles d'hygiène dans l'administration des soins.* »
 - ♦ La loi bioéthique du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain, pose un ensemble de principes fondamentaux protecteur du corps humain. Cette loi est renforcée par l'article 16-3 du code civil qui interdit l'atteinte à la dignité de la personne et garantit le respect de l'être humain tout au long de sa vie.
Toutefois, la loi stipule qu'il « *ne peut-être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne (...) Le consentement de l'intéressée doit être recueilli préalablement.* »
- D'un point de vue pratique, les soins invasifs sont prescrits par le médecin par rapport à différentes indications. L'infirmière réalise donc les soins sur prescription médicale. L'IDE est amenée à réaliser ce type de soins à tous les âges de la vie, à des moments différents et dans des lieux différents (hôpital, domicile...)²⁴.

b) Éléments qui interviennent lors du soin

Des éléments peuvent influencer le comportement du patient lors du soin, telle que la douleur, la perception du monde médicale, le stress et la mémoire.

La douleur est définie par l'IASP comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent, potentiel ou décrite en tel dommage.* » La douleur est évaluée selon son intensité, son origine. Parallèlement, suivant sa religion son histoire personnelle, ses conditions socioculturelles, la personne perçoit la douleur différemment par rapport à une autre personne²⁵.

²⁴ « La douleur liée aux gestes invasifs » Soins n°568, janvier 1993 (p 21 à 23)

²⁵ « Douleur et soins infirmiers » Recherche en soins infirmiers n°53, juin 1998 (p 7 à 13)

Pour le patient, le monde médical est un monde inconnu pour lui. En effet lors de son entrée à l'hôpital, il est « dépouillé » de ses valeurs propres, de sa manière d'être avec autrui, il est privé de son autonomie et dépend d'une aide extérieure. Pendant son séjour à l'hôpital, il va être géré totalement par l'hôpital. De plus, il est confronté à une langue, des pratiques complètement étrangères pour lui²⁶.

Le stress est une agression, un changement, une émotion agréable ou désagréable qui nécessite une adaptation de l'individu. Le stress exercé lors du soin invasif, va s'ajouter à celui du problème de santé de la personne. Il va provoquer des réactions variables d'un individu à un autre. En effet, certains vont réagir de façon bénéfique et d'autres de façon inadaptée. Lorsque les situations de stress sont répétitives, le sujet se sent toujours anxieux avec une sensation de peur irraisonnée, une impression de tête vide. Les comportements des sujets stressés sont variables : irritabilité, impulsivité, pouvant aller jusqu'à l'agressivité²⁷.

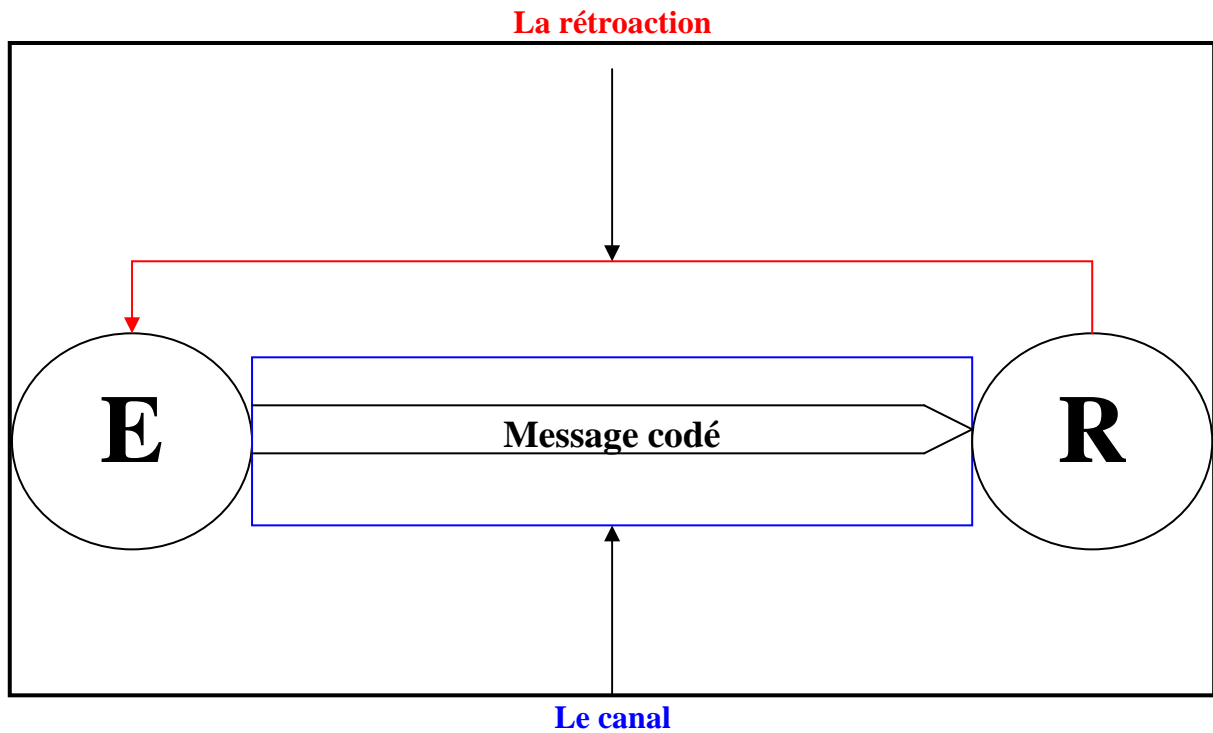
Lorsque la personne « subit » pour la première fois un geste invasif, cela va entraîner une trace mnésique due à une réaction émotionnelle. Par la suite, si le patient doit avoir ce même type de soin, sa perception va en être soit atténuée, soit amplifiée, suivant que l'expérience antérieure s'est plus ou moins bien déroulée. Cette trace mnésique aura pour bénéfice le fait que le geste soit moins angoissant car le sujet connaît approximativement le déroulement de l'acte²⁸.

²⁶ « Douleur et soins infirmiers » Recherche en soins infirmiers n°53, juin 1998 (p 7 à 13)

²⁷ « La douleur en 200 questions » Docteur Jean-Claude Nataf, édition de Vecchi, juin 2001 (p 38-39)

²⁸ « La douleur en 200 questions » Docteur Jean-Claude Nataf, édition de Vecchi, juin 2001 (p 14)

ANNEXE 1



E : l'émetteur est à l'origine de la transmission de l'information.

R : le récepteur est le destinataire de l'information.

La rétroaction : le récepteur peut faire comprendre ce qu'il a perçu et compris du message.

Le message : est le contenu informatif de la communication.

Le canal : est le moyen physique qui permet la transmission du message.

Extrait de l'ouvrage : « La communication dans le secteur sanitaire et social » édition Foucher.

ANNEXE 2

TRAME D'ENTRETIEN CONCERNANT LES INFIRMIERES

Question 1 :

Rencontrez-vous fréquemment des personnes ayant peur des soins invasifs ? Identifiez-vous cette peur et comment ?

Question 2 :

Quelles conséquences la peur du soigné a-t-elle sur la réalisation du soin ?

Question 3 :

Que ressentez-vous en tant que soignant, par rapport à la peur du soigné ?

ANNEXE 3

TRAME D'ENTRETIEN CONCERNANT LES PATIENTS

Question 1 :

De quoi avez-vous peur dans le soin invasif ?

Question 2 :

Comment se manifeste cette peur ?

Question 3 :

Cette peur change t-elle la relation avec l'infirmière ?

ANNEXE 4

TRAME D'ENTRETIEN CONCERNANT LE PSYCHOLOGUE

Question 1 :

D'après vous, que représente un soin invasif pour le patient sur un plan psychologique et émotionnel ?

Question 2 :

Si le soigné éprouve de la peur, cette peur modifie t-elle la relation du soigné avec le soignant ?

Question 3 :

Face à la peur du soigné, que ressent le soignant ? Quelles sont ses réactions ?

BIBLIOGRAPHIE

DICTIONNAIRES :

- Le Petit Larousse, édition 1996.
- Dictionnaire médical, 9^{ème} édition.
Editions Masson. Mars 2002.
Auteurs : L. Manuila, A. Manuila, P. Lewale, M. Nicoulin.

OUVRAGES :

- « Psychologie de la peur : craintes, angoisses et phobies » de Christophe André. Editions Odile Jacob. Novembre 2005. 368 pages.
- « Manuel de psychologie du soin » de Antoine Bioy et Damien Fouques.
Editions Bréal. Janvier 2002. 317 pages.
- « Le souci de l'autre » de Marie de Hennezel. Editions de la Seine. Mai 2006. 225 pages.
- « La relation soignant-soigné » MANNOUKIAN A. et MASSEBOEUF A.
Editions Lamarre, 1995.
- « Nouveaux cahiers de l'infirmières, Sciences humaines » de L. Perlemuter, J. Quevauvilliers, G. Perlemuter, B. Amar et L. Aubert.
Editions Masson. Février 1999. 156 pages.
- « La communication dans le secteur sanitaire et social » tome 2. Editions foucher. Avril 1997. 252 pages.
- « Eléments de psychologie pour l'infirmière » de Olivier Continuaud.
Editions Le Centurion. Mai 1973. 252 pages.
- « La douleur en 200 questions » de Jean-Claude Nataf. Editions de Vecchi.
Juin 2001. 173 pages.

- « Face à la maladie grave » de Martine Ruszniewski. Editions Dunod. 1995. 206 pages.

ARTICLES :

- Coulon Catherine :« Prise en charge infirmière : anxiété, peur, angoisse » Soins n°627, juillet-août 1998, p 17 à 19.
- « Les mécanismes de la peur » Sciences humaines n°162, juillet 2005, p 46.
- Gustave-Nicolas Fischer : « Le concept de relation en psychologie » Recherche en soins infirmiers n°56, mars 1999, p 4 à 11.
- Le Breton David « Douleurs et soins infirmiers », recherche en soins infirmiers n°53, juin 1998, p 7 à 13.
- Garcia Ximena « La douleur liée aux gestes invasifs », soins n°568, janvier 1993, pages 21 à 23.

COURS :

- Cours de sciences humaines : soins infirmiers, 1^{ère} année.

RECHERCHES SUR INTERNET :

- www.redpsy.com/guide/peur
- www.hypnose.fr.com/peur.php
- www.cec-formation.net
- www.educationdupatient.be
- www.dicopsy.com
- www.sante.gouv.fr
- www.arsi.asso.fr