

ROCHE Lydie

Promotion 2008 – 2011

Session de novembre 2011

**L'impact de la relation soignant - soigné lors de  
l'accueil d'une personne anxieuse en préopératoire**

Epreuve du diplôme d'Etat d'infirmier  
Institut de Formation en Soins Infirmiers  
2, rue du Dr Léon Mangeney  
68070 Mulhouse Cedex

**Un grand merci ...**

A tous ceux qui m'ont lu et corrigé pour ce travail.

A tous ceux qui m'ont consacré du temps et qui m'ont soutenu.

Introduction.....	4
I. <b>PROBLEMATIQUE</b> -----	<b>5</b>
1. Situation de soins.....	5
2. Questionnement.....	7
II. <b>CADRE DE REFERENCE ET LEGISLATION</b> -----	<b>8</b>
1. Les soins infirmiers.....	8
2. L'accueil à l'hôpital.....	8
3. L'anxiété .....	9
3.1 Définition.....	9
3.2 Causes.....	9
3.3 Manifestations.....	9
4. La relation soignant soigné .....	9
5. La relation de confiance.....	10
III. <b>ANALYSE</b> -----	<b>11</b>
1. L'accueil en préopératoire.....	11
1.1 Un moment clé.....	11
2. La relation soignant - soigné auprès d'une personne anxieuse.	11
2.1 La communication.....	11
2.2 L'observation.....	13
2.3 L'écoute.....	14
2.4 Le visage.....	14
2.5 Le regard.....	15
2.6 L'attitude.....	15
2.7 La distance.....	16
3. Du soin infirmier à la relation soignant-soigné.....	16
3.1 La relation de confiance.....	16
3.2 Soin personnalisé.....	17
3.3 Savoir prendre le temps.....	17
3.4 Du soin relationnel à la relation soignant - soigné...	17
IV. <b>DISCUSSION</b> -----	<b>19</b>
Conclusion.....	20
Bibliographie.....	21

Annexe 1 : Article R4311-2 du Code de la Santé Publique  
Annexe 2 : Charte du patient hospitalisé

## Introduction

A l'heure des réformes ministérielles propulsées au premier plan des médias, les nouvelles techniques et la recherche réalisent des prouesses au sein des hôpitaux. La chaîne d'amélioration et de remise en question du système de soins français est en cours. Quant à la recherche en soins infirmiers, elle permet de développer les sciences exactes (biologie, chimie, et physique) et les sciences humaines (communication, psychologie).

Au cours de mes études en soins infirmiers, j'ai eu l'opportunité de découvrir de nombreux lieux de stage et de réaliser de multiples actes infirmiers. J'ai eu l'occasion de me rendre compte que chaque étape de l'hospitalisation a son importance. En réalisant cela, j'ai eu l'intime conviction que chaque professionnel de santé est un maillon de cette chaîne d'amélioration du système de soins. C'est pourquoi j'ai choisi de présenter une situation dans laquelle, j'ai été « **acteur de soin** ». Elle s'est déroulée en service de chirurgie, au sein duquel j'ai pris en charge un patient qui présentait des signes d'anxiété avant une intervention chirurgicale.

J'ai construit mon Travail de Fin d'Etudes sur une démarche « **recherche – action** » en réalisant des **liens entre la théorie et la pratique**. Pour cela, j'ai longuement étudié la situation, réalisé un recueil d'informations, effectué de nombreuses lectures, observé et questionné des professionnels pour ensuite aboutir à une analyse.

Dans un premier temps, le développement abordera l'ensemble des concepts et liens législatifs utilisés dans ce mémoire.

Ensuite, l'analyse traitera de l'accueil d'un patient anxieux en préopératoire. J'y traiterai du rôle de la communication en partant du soin vers une relation soignant – soigné.

### 1. PROBLEMATIQUE

## 1. Situation de soins

La situation se déroule un après-midi dans un service de chirurgie. Je suis alors en troisième année d'étude en soins infirmiers.

Un patient attendu au service se présente au bureau des infirmières. Avec l'accord de l'infirmière du secteur, je prends le patient en charge. Je me présente, l'accompagne et l'installe en chambre afin de réaliser son admission. Je lui présente et lui explique les différents documents à remplir : la désignation d'une personne de confiance, la macro cible d'admission (recueil d'informations personnelles) et l'inventaire de ses affaires. Il occupe une chambre double, mais est actuellement seul.

Rapidement, je constate que le patient est inquiet : il a du mal à rester assis au lit, et se frotte les mains.

J'essaie d'instaurer une relation de confiance en lui parlant calmement et en l'écoutant. Le recueil d'informations se déroule correctement. Monsieur K. est un homme de 59 ans, d'origine Sénégalaise, marié, exerçant la profession de boucher. Il est admis au service suite à des douleurs à répétition au niveau de l'épaule droite. Il se fait opérer pour une Réparation de la Coiffe des Rotateurs (RCR ou acromioplastie).

Voyant que Monsieur K. ne se détend pas, je lui dis qu'il semble préoccupé. Effectivement, il sourit, s'assied sur le lit et me répond qu'il a peur de l'anesthésie générale et de l'opération. Le patient a déjà été opéré d'une hernie sous anesthésie générale quelques années auparavant. Celle-ci s'est déroulée sans problème.

Je reste assise et le questionne sur ses peurs : Pourquoi a-t-il peur de l'anesthésie générale ? Quelles sont ses questions concernant l'opération ? A-t-il été informé du déroulement de l'hospitalisation ? A-t-il compris l'intervention ? Monsieur K. me dit qu'il craint de ne pas se réveiller, qu'il ne sait pas combien de temps va durer l'intervention et qu'il a peur d'avoir mal au réveil. D'autre part, il ajoute que le chirurgien lui a expliqué l'intervention et qu'il a compris.

Je lui explique les différentes étapes de l'hospitalisation afin de le rassurer.

Je commence mon explication en parlant de la préparation de l'intervention avec, le soir même, la dépilation, la première douche à la Bétadine Scrubs et la pré-médication.

Le lendemain, jour de l'opération, il devra passer une seconde douche à la Bétadine Scrubs, et recevra la prémédication, pour finalement être pris en charge par les brancardiers qui l'emmèneront au bloc opératoire.

Monsieur K., très attentif aux explications, me dit qu'il comprend mieux. Je le sens plus calme ; les signes d'anxiété semblent diminuer.

Je le rassure également en lui précisant qu'un anesthésiste et des infirmiers seront présents tout au long de l'opération pour surveiller l'anesthésie et le réveil. Un traitement antalgique lui sera administré dès la fin de l'acte chirurgical.

Le patient me répond spontanément : « Donc tout est prévu ! Je me sens mieux, je vois mieux comment cela va se passer ».

Il se lève, me remercie et range ses affaires dans l'armoire.

Je sors de la chambre en lui précisant que l'équipe soignante reste présente en cas de besoin.

## 2. Questionnement

Face à cette situation, je me suis questionnée sur la façon de prendre en charge une personne anxieuse en chirurgie.

Une intervention chirurgicale n'est pas un acte courant pour les patients et peut être source d'anxiété pour eux. Cela est vécu différemment pour chacun d'entre eux. Dans ma situation, après avoir observé Monsieur K., je peux constater son anxiété. Cependant, suis-je dans le juste ou dans de l'interprétation ? Seul un échange avec le patient peut me guider. Alors comment définir l'anxiété ? Comment la remarque-t-on ? En tant que soignant, quelles sont nos représentations de l'anxiété par rapport à l'anesthésie ? Est-ce que le manque de connaissance par rapport au déroulement de l'hospitalisation augmente l'anxiété ?

Ceci m'amène à me poser provisoirement la question :

**« Quel est le rôle infirmier lors de l'accueil d'une personne anxieuse en préopératoire ? »**

La situation est complexe mais fréquente en chirurgie. Au cours des trois années de formation, j'ai souvent été amenée à réaliser l'accueil des patients. Cette première rencontre entre le soignant et le soigné est un moment fort de l'hospitalisation sur lequel j'ai réfléchi : Qu'est-ce que l'accueil ? Comment l'entretien d'accueil est perçu par les soignants ? Quelles sont les aspects législatifs encadrant l'accueil d'un patient ? L'anxiété va-t-elle diminuer ou au contraire augmenter selon l'accueil réalisé ?

Après avoir observé les professionnels lors d'accueils de patients, j'en retiens qu'il est nécessaire d'acquérir un savoir-faire mais aussi un savoir-être que l'on va adapter à chaque patient. Le moment de l'entretien d'accueil prend toute sa dimension lorsqu'on le qualifie de « soin relationnel ». Monsieur K. est anxieux, et en tant qu'étudiante infirmière, future professionnelle, je me suis donc questionnée : Comment passer du soin relationnel à la relation soignant - soigné ? Qu'est-ce que la relation soignant - soigné ? Comment adapter ma prise en charge d'une personne anxieuse en préopératoire ? En quoi cela va m'aider pour personnaliser l'accueil et établir une communication de qualité ? Ces éléments permettent-ils une relation de qualité ? Quel est le rôle de la personnalité et les capacités du soignant face à l'anxiété de Monsieur K. ? A quel moment vais-je pouvoir qualifier cette situation de relation soignant - soigné ?

Ce large questionnement aboutit à la question de recherche suivante :

**« En quoi la relation soignant - soigné a-t-elle un impact lors de l'accueil d'une personne anxieuse en préopératoire ? »**

II.

### III. CADRE DE REFERENCE ET LEGISLATION

Après avoir abordé la situation de départ et le questionnement, il est nécessaire de poser un cadre de référence et de mettre en évidence des textes législatifs en lien.

#### 1. Les soins infirmiers

Commençons par aborder le concept de soins.

La définition du **soin** d'après le dictionnaire Larousse : « acte par lequel on veille au bien être de quelqu'un »<sup>1</sup>. Soigner signifie réaliser des actes courants pour le bien-être et la vie de chacun en apportant une réponse satisfaisante aux besoins.

Les soins infirmiers, ont donc pour but de rétablir la santé (soins à visée **curative**), les soins d'hygiène et de confort (soins de **nursing**), de prévenir la maladie (soins à visée **préventive**) et d'éduquer les patients et leur entourage (soins à visée **éducative**). Ils doivent ainsi permettre une prise en charge globale de la personne.

Les soins infirmiers sont régis officiellement par l'**article R-4311-2** extrait du décret du **29 juillet 2004 du Code de la Santé Publique** relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Cet article est en annexe 1 de ce mémoire.

#### 2. L'accueil à l'hôpital

« L'accueil consiste à :

- **Recevoir**, c'est-à-dire créer un climat de confiance et de compréhension en écoutant la demande ;
- **Renseigner**, c'est-à-dire donner des informations écrites ou orales ;
- **Orienter** vers le service ou la personne compétent, éventuellement introduire et présenter auprès de la personne demandée »<sup>2</sup>.

Plusieurs références législatives encadrent l'accueil à l'hôpital :

- En premier, l'**article R. 4311-5 n°40** du décret du 29 juillet 2004 du Code de la Santé Publique: « Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire »<sup>3</sup>.

---

1 Le Petit Larousse grand format 1995.

2 AUDOUS G., BARRES R. – Communication 2 – La communication dans le secteur sanitaire et social – Vanves – Editions Foucher – 2005 – page 55.

3 Profession Infirmier – Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession – Uzès - Editions SEDI – page 85.

- Ensuite, la **Charte du patient hospitalisé** <sup>4</sup> (annexée à la circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995), destinée aux patients et disponible dans le livret d'accueil afin que ceux-ci aient connaissance de leurs droits. Cette charte constitue l'annexe 2.
- Et enfin, la **Circulaire du 4 mars 2004** relative aux droits du patient concernant son droit aux soins et à la prévention ainsi qu'à une information de qualité et au droit du consentement éclairé.

### 3. L'anxiété

#### 3.1 Définition de l'anxiété

L'anxiété est définie comme : « un sentiment diffus de malaise, d'inquiétude, de nervosité ou d'angoisse, engendré par une menace que la personne n'arrive pas à nommer avec précision »<sup>5</sup>. L'anxiété concerne chaque être humain. Il en fait l'expérience à toutes les époques de la vie et dans toutes les situations, cela fait partie de sa vie affective.

#### 3.2 Causes de l'anxiété

D'après mes connaissances, les causes de l'anxiété sont multiples et différentes selon chaque patient. En général, il s'agit d'une accumulation de plusieurs facteurs. Concernant Monsieur K., les causes de son anxiété sont variées. **Environnementale** : avec l'appréhension de l'hôpital qui est un lieu plutôt mal connu, il ne connaît pas le personnel ; **familiale** : la femme de M. K. est seule à la maison ; **l'anesthésie** : avec la peur de ne pas se réveiller et d'avoir mal et **le manque de connaissance concernant le déroulement de l'hospitalisation**.

Sans vouloir banaliser une hospitalisation (acte chirurgical, anesthésie, douleur), les représentations sont différentes que l'on soit patient ou soignant.

#### 3.3 Manifestations de l'anxiété

---

4 Ministère du Travail, d'Emploi et de la Santé - <http://www.sante.gouv.fr/la-charte-de-la-personne-hospitalisee-des-droits-pour-tous.html>

5 RIOUFOL MA. – Prendre soin du soin – Soins relationnels – Soins – Novembre 2003 – page 57.

« Chaque individu exprime ses craintes de façon différente <sup>6</sup> ». Les caractéristiques que nous pouvons relever chez M. K. sont **une attitude et des gestes de nervosité** : durant l'entretien d'accueil, M. K. s'est levé et assis sur le lit à plusieurs reprises, il se frotte les mains et pose des questions. Ce comportement et ces questions ciblées me font penser à une inquiétude face à l'hospitalisation.

#### 4. La relation soignant - soigné

D'après Manoukian A. et Masseboeuf A. la relation se définit comme « une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires [...] »<sup>7</sup>. Il y aura donc un échange d'informations entre ces personnes sous forme de paroles, de gestes, de mimiques ou de postures. A cela, il est nécessaire d'y ajouter la notion du prendre soin qui fait intervenir un **soignant** (personne donnant les soins) et un **soigné** (personne en attente de soins). Cet échange entre ces deux personnes, va ainsi aboutir à une relation soignant-soigné. C'est pourquoi j'ai indiqué à plusieurs reprises au patient que les soignants sont présents et disponibles tout au long de son hospitalisation et opération.

#### 5. La relation de confiance

Base de toute relation, la confiance est défini par Santin A. (praticien hospitalier au service des Urgences du CHU Mondor – Assistance Publique –Hôpitaux de Paris) comme la : « foi en quelque chose, en quelqu'un. Se fier à, car il s'agit bien de cela : se fier à un autre, à l'inconnu, se confier pleinement. »<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> MAWARD L. et AZAR N. – Etude comparative de l'anxiété, entre patients informés et non informés en période préopératoire – Recherche en soins infirmiers – Septembre 2004 – page 40.

<sup>7</sup> MANOUKIAN A. et MASSEBOEUF A. – Soigner et accompagner – La relation soignant - soigné – Rueil Malmaison – Editions Lamarre – 2008 – page 9.

<sup>8</sup> SANTIN A. (praticien hospitalier, service des urgences CHU Henri Mondor, AP-HP) – La relation de soin : une question de confiance ? - [http://www.espace-ethique.org/fr/popup\\_result.php?k\\_doc\\_lan\\_pk=354](http://www.espace-ethique.org/fr/popup_result.php?k_doc_lan_pk=354)



## IV. ANALYSE

Après la présentation du cadre de référence et de la législation, voici l'analyse de la situation.

### 1. L'accueil en préopératoire

Dans le cas d'une intervention programmée, le patient, M. K., s'est préparé matériellement et psychologiquement, cependant, face à l'intervention et à l'anesthésie, l'anxiété reste présente.

#### 1.1 Un moment clé

L'accueil est le premier contact entre le soignant et le soigné au sein du service. Les premiers instants d'une rencontre sont déterminants pour la suite de l'hospitalisation, il se doit donc d'être de **qualité**. « Il est donc primordial d'accueillir correctement le patient afin de lui donner certains repères qui lui permettront de s'adapter plus facilement à sa nouvelle situation »<sup>9</sup>.

De plus, l'entretien d'accueil représente un recueil de données pour l'infirmière qui permet d'évaluer l'état psychologique et physique du patient. Chez M. K. l'entretien d'accueil est l'occasion d'évoquer son anxiété.

L'accueil représente aussi un moment **d'écoute** et **d'informations** pour le patient. Par exemple celui-ci n'est pas au courant du déroulement de son hospitalisation, et cela le rend anxieux. L'entretien permet de prendre le temps de lui expliquer les différentes étapes de son hospitalisation et ainsi le rassurer.

L'accueil est donc une **mise en relation** entre deux ou plusieurs personnes qui nous amène à développer la relation soignant - soigné auprès d'une personne anxieuse.

### 2. La relation soignant - soigné auprès d'une personne anxieuse

#### 2.1 La communication

« L'activité de communication occupe la majeure partie du temps professionnel : téléphoner, renseigner, informer, accueillir, discuter, lire, écrire, transmettre des informations »<sup>10</sup>.

---

9 DREVET S., SION MA., JOURNIAC C. et SCHABANEL H. – Nouveaux cahiers de l'infirmière – Démarches relationnelles et éducatives, initiation et stratégies de recherche – Paris – Editions Masson – 2007 – page 18.

### 2.1.1 Définition et approche théorique

La communication est un processus d'informations transmises d'un émetteur à un récepteur. Relation inter-humaine par laquelle des interlocuteurs peuvent se comprendre et se faire comprendre.

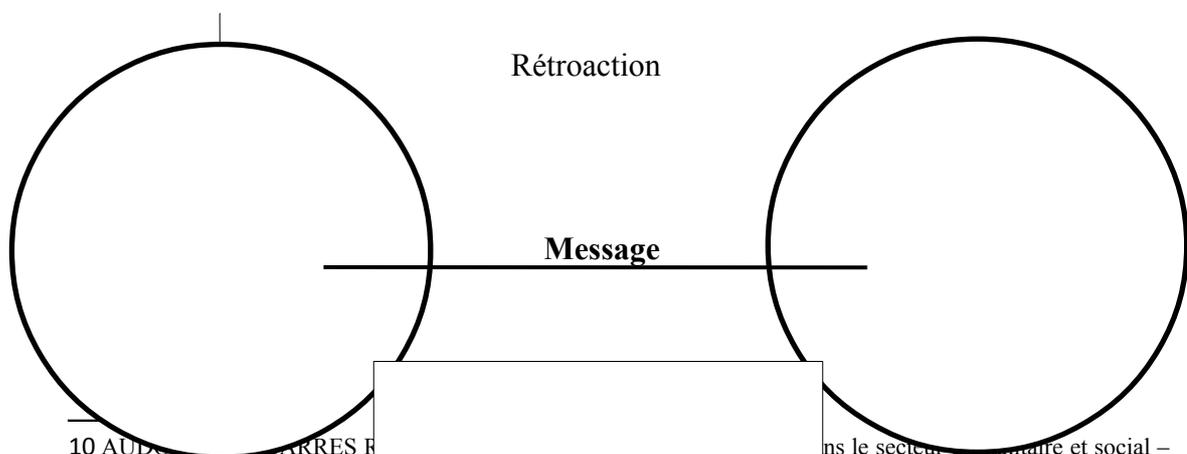
- **L'émetteur** est la personne qui envoie le **message**. Il peut s'agir du soignant ou du soigné. Le message est constitué d'un ensemble de signes : mots, symboles, visuels... perceptible et compréhensible par le récepteur. La communication est possible si le récepteur perçoit ces signes et leur donne la même signification, c'est-à-dire l'utilisation d'un même **code**.
- **Le récepteur** est la personne qui reçoit le message. Il doit être en capacité de **décoder** le message de l'émetteur afin de pouvoir y **répondre**.

La **reformulation** peut alors être employée pour vérifier l'exactitude des dires. La réponse aura pour but de mesurer la qualité de compréhension du message émis par l'émetteur : il s'agit de la **rétroaction ou feedback**.

Des facteurs de perturbation peuvent entraver la communication qui sera alors moins efficace. Des informations peuvent être oubliées, des idées ou expressions confuses voir même déformées. Un environnement bruyant est également un obstacle à la communication.

De plus, chaque individu a son **propre cadre de référence** qui comprend la culture, l'éducation, les valeurs, les croyances, les opinions, les sentiments et les émotions. Dans certains cas, le cadre de référence peut agir comme un **filtre** et freiner la communication.

Le schéma du processus de communication reprend mes explications :



## Contexte de communication

Bien que d'origine sénégalaise, la différence de culture n'a pas été évoquée par M. K. qui habite en France depuis longtemps. Il parle français et s'exprime clairement. Aucun élément extérieur n'est venu perturber cet entretien. Il occupe seul une chambre double. Cela facilite l'échange par rapport à la discrétion professionnelle liée aux informations confidentielles.

Pour faciliter la communication, il est donc indispensable de prendre en considération l'ensemble des éléments qui ont un rôle dans le processus de communication.

### 2.1.2 Communiquer : un besoin

Un besoin est une nécessité vitale essentielle pour l'être humain afin de se maintenir en vie et assurer son bien-être physique et mental.

Le besoin de communiquer fait référence aux quatorze besoins de V. Henderson<sup>11</sup>. Il s'agit d'un besoin essentiel qui se divise en trois dimensions : au niveau biophysique (la vue, l'ouïe, la parole, les expressions verbales, non verbales), au niveau psychologique (les émotions, les craintes, la capacité d'expression) et au niveau socioculturel (la culture, l'éducation, les normes).

Abraham Maslow<sup>12</sup>, psychologue, a élaboré la pyramide des besoins, plus couramment appelé la pyramide de Maslow. Cette théorie se base sur la motivation et reprend l'ensemble des besoins d'un être humain sans oublier la notion de plaisir. Nous retrouvons le besoin de communiquer qui se classe dans le besoin affectif d'appartenance.

Ainsi, d'après V. Henderson et A. Maslow, les besoins primaires (physiologique et sécurité) doivent être satisfaits avant les besoins secondaires (appartenance, estime et réalisation).

## 2.2 L'observation

### 2.2.1 Définition

« Le mot « observer » apparaît dans la langue à la fin du XXème siècle. Il est forgé à partir de « ob », une préposition latine qui signifie « en face, à l'encontre » et de servare « être attentif, faire attention à... ». Littéralement « observer » signifie être

---

11 Virginia HENDERSON (1897 – 1996) – Infirmière américaine à l'origine du modèle des quatorze besoins fondamentaux.

12 Abraham MASLOW (1908 – 1970) – Psychologue américain.

attentif à ce qui est en face, à ce qui s'oppose à nous »<sup>13</sup>. En soins infirmiers, nous pouvons donc dire que l'observation est l'action de considérer quelqu'un de façon à mieux la connaître.

### 2.2.2 Importance de l'observation

L'observation est très utilisée en tant qu'infirmière. Lors d'un premier contact avec une personne soignée, cela nous donne une **vision globale** de la situation. Ensuite, une observation plus attentive à certains détails nous amène à prêter une attention plus soutenue à certains éléments. Pendant l'entretien d'accueil de M. K., l'attention s'est rapidement portée sur le fait qu'il se levait, se rassoyait et qu'il se frottait les mains. L'observation a une place importante également dans l'évolution de l'état de santé du patient au fur et à mesure des soins.

Ainsi, une observation attentive et rigoureuse va permettre d'adapter et de personnaliser les soins. L'observation est donc un **outil de soins à part entière**.

## 2.3 L'écoute

### 2.3.1 Définition

Ecouter, c'est prêter attention à quelque chose, à quelqu'un.

Etre à l'écoute, c'est être réceptif à la parole de l'autre et être attentif à ce qui se passe.

« L'écoute désigne une gamme d'attitudes allant de l'audition pure et simple (au sens physico-biologique) à l'écoute active. [...] L'écoute active consiste à écouter une personne sans porter de jugement sur ce qu'elle dit, et à lui montrer que son message et ses sentiments sont bien compris »<sup>14</sup>.

### 2.3.2 L'écoute lors de l'accueil d'un patient anxieux

Ecouter est donc un acte qui nécessite un engagement réel : accueillir le discours de l'autre, être attentif au langage du corps et avoir une attitude compréhensive.

Le temps investi lors de l'accueil de M. K. m'a permis de comprendre en partie l'origine de son anxiété et de pouvoir le **rassurer** en lui apportant des informations. Durant l'échange, M. K. est très attentif à mes explications. A partir du moment où je le questionne sur ses craintes, il reste assis au lit, me regarde, m'écoute et parle

---

13 Infirmiers.com – L'observation, une perspective soignante - <http://www.infirmiers.com/votre-carriere/votre-carriere/l-observation-une-perspective-soignante.html>

14 AUDOUS G. et BARRES R. – Communication 2 – La communication dans le secteur du sanitaire et social – Vanves – Editions Foucher – 2005 - page 45.

calmement. De mon côté, j'adapte mon discours au patient avec des mots compréhensibles. Un véritable échange s'installe.

Les deux principes de l'écoute sont présents : la **réceptivité** (contact visuel, langage, absence de barrière) et le **partage** (emploi de termes simples).

## 2.4 **Le visage**

Le visage est une partie du corps humain très expressive qui peut laisser apparaître une multitude de signaux à l'interlocuteur grâce aux yeux, à la bouche et aux sourcils : froncement des sourcils, froncement du front.

Le visage permet l'expression de six émotions principales : la joie, la surprise, la colère, la peur, la tristesse et le dégoût. Sans oublier que le visage permet le sourire, une communication à lui-même. « Un sourire, une marque d'attention et notre présence sont des petits gestes simples qui mettent à l'aise le patient. Tous les gestes sont entre les mains du soignant »<sup>15</sup>.

Par exemple, au début de l'entretien, Mr K. a les traits du visage tendus, et au fur et à mesure des explications, je constate que son visage se détend.

## 2.5 **Le regard**

### 2.5.1 **Définition**

« Expression donnée par les yeux d'une personne, par sa façon de regarder »<sup>16</sup>. En un regard, une personne peut comprendre un message, ou au contraire le déformer. Il représente un support important entre les individus.

### 2.5.2 **L'importance du regard**

Le regard est le premier sens qui intervient dans une relation. Regarder l'autre lui accorder de l'importance, lui porter de l'attention. Comme mentionné auparavant, l'observation représente une étape importante de la pratique infirmière, et cela passe par le regard. Regarder l'autre, c'est lui porter de l'intérêt, se montrer attentif à ce qu'il dit.

Le regard de Mr. K. au début de l'entretien était fuyant, il ne me regardait pas dans les yeux. A ce moment précis, il ne me semblait pas être à l'aise. L'anxiété pouvait se lire dans son regard, ses yeux étaient grands ouverts.

## 2.6 **L'attitude**

---

15 HOFFMANN - WILD. E.- A la racine du soin : Le soin relationnel côté infirmière et côté patient - SOINS - N°680 - Novembre 2003 – page 42.

16 L'internaute – Encyclopédie - <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/regard/>

### 2.6.1 Définition

« Manière de tenir son corps. Comportement que l'on adopte selon les circonstances »<sup>17</sup>. Les attitudes adoptées peuvent traduire la pensée d'une personne, aider à transmettre un message, montrer une certaine assurance ou au contraire montrer une timidité.

### 2.6.2 Le reflet des attitudes lors d'échanges avec un patient

Les attitudes corporelles vont également avoir leurs importances dans la relation établie avec le patient. Par exemple, M. K. est assis sur le lit lors de mon arrivée dans la chambre. Je me suis permise de prendre une chaise afin d'être à sa hauteur. Cela a facilité l'échange et a pu montrer au patient que je lui accorde du temps. Me montrer disponible, patiente et à l'écoute vis-à-vis de M. K. me semble important pour la prise en charge de son anxiété.

## 2.7 La distance

### 2.7.1 Définition

Aussi appelée proxémie, la distance est la position qu'occupe l'émetteur par rapport au récepteur.

Les proxémies sont différentes selon la distance entre les deux acteurs de communication : distance intime (0 à 45 cm), distance personnelle (45 à 120 cm), distance sociale (120 à 350 cm) et la distance publique (3,50 à 8 m).

### 2.7.2 Adopter la bonne distance

La proxémie adoptée lors de l'accueil de M. K. est la distance personnelle. En effet, cette distance me permet d'observer le patient, de le comprendre, de me concentrer sur l'échange et favoriser une écoute active. Cette distance me permet également de ne pas devoir élever la voix et donc de respecter une certaine discrétion professionnelle sur les informations échangées avec M. K.

## 3. **Du soin infirmier à la relation soignant-soigné**

### 3.1 **La relation de confiance**

La notion de confiance renvoie au sentiment de **sécurité** de celui qui se fie à quelqu'un, ici à un soignant. Base de toute relation, elle n'est cependant pas acquise, mais se gagne au cours d'échanges.

---

<sup>17</sup> Op. Cit. - <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/attitude/>

L'accueil de Mr. K. est une première étape dans le processus d'installation de la confiance entre le patient et moi-même. Le statut d'étudiante ne facilite pas toujours cette mise en confiance des patients. D'où l'importance de **se présenter aux patients** (identité et fonction) au moment de leur prise en charge afin de leur donner des repères identitaires pour la suite de l'hospitalisation. La personne en blouse blanche devient ainsi un visage connu dans un service de soins encore inconnu. Lors de l'entretien d'accueil de Mr K., avoir adopté une attitude calme et posée sans jugement a certainement aidé le patient à s'exprimer sur son anxiété (liée à l'anesthésie et prise en charge de la douleur) et les zones d'ombres (déroulement de l'hospitalisation). De plus, la proxémie adaptée participe aussi à la mise en place du climat de confiance.

Connaître les craintes de M. K. m'a aidé à trouver les mots justes pour le rassurer. Le statut d'étudiante « autonome » lors de cette admission m'a permis de prendre en charge ce patient. Ayant pu répondre à ses questions de manière précise, un début de confiance s'est installée.

Selon Ricoeur, « l'absence de confiance empêcherait à chacun de s'ouvrir face à l'autre, de construire l'axe soi-autrui »<sup>18</sup>.

### 3.2 Soin personnalisé

L'accueil en service de chirurgie est un acte réalisé quotidiennement par les soignants. Ce moment qui possède un aspect purement administratif en façade, est cependant un moment clé pour la suite de l'hospitalisation. Il représente un soin à part entière. Alors pourquoi un soin personnalisé ? Une admission se déroule en générale de manière identique avec une trame administrative. Toutefois, les patients sont différents. Mr K. est arrivé au service avec son histoire, sa culture, ses expériences, ses craintes, ses questions. C'est alors à moi, en tant que soignante de savoir déterminer les priorités (aborder l'anxiété avec Mr. K., répondre aux questions pour le rassurer), d'adapter et d'optimiser mon attitude afin de répondre au mieux à ses besoins, et d'ainsi de **personnaliser le soin**. L'individualisation et la personnalisation sont garantes de **qualité**.

### 3.3 Savoir prendre le temps

Maître mot des infirmiers et infirmières : le **temps**. Il représente un repère temporel, qui entre en jeu dans l'organisation des soins, du temps accordé aux patients et aux familles, sans pouvoir y inclure les événements imprévisibles. L'accueil de Mr. K. se déroule en fin d'après-midi car il s'agit d'une admission programmée. En tant qu'étudiante et n'ayant pas d'impératif horaire (administration de traitement par exemple) j'en profite pour « prendre le temps » nécessaire au bon déroulement de

---

18 Ricoeur (philosophe français) cité par SANTIN A. (praticien hospitalier, service des urgences CHU Henri Mondor, AP-HP) – La relation de soin : une question de confiance ? - [http://www.espace-ethique.org/fr/popup\\_result.php?k\\_doc\\_lan\\_pk=354](http://www.espace-ethique.org/fr/popup_result.php?k_doc_lan_pk=354)

l'admission. Me montrer disponible et à l'écoute de Mr. K. est pour moi le premier lien de la mise en relation et en confiance.

Réussir à créer un climat de confiance est propice pour favoriser l'expression de la personne. Le soin prend alors une dimension différente, celle de « **dimension humaine** ».

« Le soignant passe du statut d'ouvrier de soins à celui de professionnel de l'humain »<sup>19</sup>. On peut alors parler de **soin relationnel**.

### 3.4 Du soin relationnel à la relation soignant - soigné

Les soins relationnels représentent l'ensemble des actions qui relèvent du soutien et du conseil en dehors de tout acte technique. Ce soin à part entière a pour but de répondre à une demande de réassurance, de réconfort, d'écoute, de présence, d'autant plus que le patient se trouve dans un environnement inconnu (l'hôpital) qui est chargé de représentations. La relation soignant - soigné va réellement s'installer lors de la mise en confiance car il s'agit d'un échange réciproque. Cette notion de **confiance** différencie le soin relationnel de la relation soignant-soigné. Pour établir au mieux cette relation complexe, j'explique le déroulement de l'hospitalisation à Mr. K. lentement en faisant des pauses tout en continuant à l'observer : il me regarde durant l'explication, il est très attentif. Ces explications permettent au patient d'anticiper, de ne pas être surpris et de diminuer son anxiété.

Ainsi, être en relation consiste à écouter l'autre, à partager et à comprendre les informations transmises.

---

<sup>19</sup> BIOY A., BOURGEOIS F. et NEGRE I. – Communication soignant – soigné – Repères et pratiques – IFSI Formations paramédicales – Bréal – Paris - 2007 – page 24.

## V. DISCUSSION

Mon travail de fin d'étude porte sur la relation soignant – soigné auprès d'un patient anxieux lors de l'accueil en préopératoire. J'ai choisi cette situation d'admission car elle m'avait interpellée. L'accueil est la base des futurs soins. Il est néanmoins, un soin différent car il n'y a pas le côté technique et matériel, cependant, il s'agit d'un soin tout aussi **complexe**.

J'ai tenu à clarifier les concepts qui entourent la situation de départ afin de me l'approprier au mieux, je voulais « en savoir plus », à la fois sur **mes compétences professionnelles et mes aptitudes personnelles** face à une telle situation.

Avant mes recherches, je n'avais jamais réellement analysé en profondeur la relation soignant-soigné. J'y ai découvert l'ensemble des aspects permettant de réaliser une **relation soignant – soigné à part entière et l'importance de la communication**. En effet, l'absence de compétence au cours d'une hospitalisation peut devenir un poids et être source d'anxiété pour le patient.

L'anxiété est très présente en service de chirurgie et à l'hôpital en général. Sachant cela, un stage en service de Soins de Suite Post-Interventionnelle et Bloc Opératoire m'a confortée dans mon souhait de développer un savoir être pour prendre en charge au mieux ces patients.

Je n'avais pas autant conscience de **l'impact** de la qualité de l'accueil pour les soignants et pour les soignés.

En cela, la relation de l'infirmier avec le patient est un garant incontournable de la qualité des soins et du bon déroulement de l'hospitalisation. Je vois l'accueil des patients sous un autre angle. Il devient plus qu'un échange d'information, il devient **un véritable outil de soins et un soin** à part entière.

Réaliser ce mémoire m'a permis d'analyser des **pratiques professionnelles** et cela m'a renforcée dans la nécessité d'adopter une **attitude professionnelle**. Cet écrit est **réellement professionnalisant** et me permet de réfléchir aux futures relations avec les patients mais également avec les collègues de travail.

Cette situation m'a aussi montré que : le fait d'être en mesure de répondre aux interrogations des patients est sécurisant, tant pour les étudiants et professionnels que pour les patients. L'expérience et les échanges pluri-professionnels peaufineront jour après jour mes compétences.

Pour compléter ce travail, j'aurais pu étudier les représentations de Mr. K. concernant l'anesthésie, l'hospitalisation et la douleur. J'aurais aussi pu m'interroger sur l'impact de cette opération auprès de sa femme, de sa vie professionnelle ou encore la prise en charge de la douleur en post opératoire. Ou encore traiter d'une situation d'un patient présentant une anxiété sévère.

La fin du stage ne m'a pas permis d'explorer ces aspects de manière concrète.

## Conclusion

Après avoir développé les différentes composantes de la relation soignant – soigné, je constate **que l'ensemble de notre corps s'exprime**, nous parlons avec notre corps. La communication entre l'infirmière et la personne soignée se doit d'être de **qualité** afin d'établir une **confiance** et aboutir à un réel échange. Réussir cela est la particularité et la difficulté de « l'art de soigner ».

Suite à l'étude de cette situation, l'écriture de ce mémoire, j'en conclus que la prise en charge globale du patient est un élément déterminant dans le bon déroulement d'une hospitalisation. Elle passe forcément par un accueil de qualité. En effet, qu'un patient soit anxieux ou pas, je considère l'accueil comme **un soin à part entière et un soin à personnaliser**.

Ce Travail de Fin d'Etudes m'a conforté dans l'idée qu'il est primordial de continuer à mettre tout en œuvre pour mener à bien ce grand chantier « **d'humanisation de l'hôpital** ».

## BIBLIOGRAPHIE

### Livres :

- MANOUKIAN A. et MASSEBOEUF A. – *Soigner et accompagner - La relation soignant - soigné* – Rueil Malmaison – Lamarre – 2008 – 221 pages.
- CHARNAY – SONNEK F. – *Le voile se lève – Dans l'ombre d'une infirmière sans cornettes* – Paris – Les points sur les i – 2011 – 130 pages.
- SOKOLOFF V. et PUCHE-ARTERO E. – *Guide des études et de la profession infirmières* – Paris – Maloine – 2006 – 151 pages.
- BIOY A. et FOUQUES D. – *Manuel de psychologie du soin* – Rosny – Bréal – 2009 – 319 pages.
- PASCALE A. et FRECON VALENTIN E. – *Diagnostics infirmiers, interventions et résultats* – Issy les Moulineaux - Masson – 2006 - 637 pages.
- AUDOUS G. et BARRES R. – *Communication 2 – La communication dans le secteur sanitaire et social* – Vanves – Foucher - 2005 – 255 pages.
- AMAR B. et GUEGUEN JP. – *Nouveaux cahiers de l'infirmière – Soins infirmiers I Concepts et théories, démarche de soins* – Paris – Masson – 2003 – 245 pages.
- DREVET S., SION MA., JOURNIAC C. et SCHABANEL H. – *Nouveaux cahiers de l'infirmière – Soins infirmiers II Démarches relationnelles et éducatives, initiation et stratégies de recherche* – Paris – Masson – 2007 – 195 pages.
- BIOY A., BOURGEOIS F. et NEGRE I. – *Communication soignant-soigné – Repères et pratiques* – IFSI Formations paramédicales – Paris – Bréal – 2003 – 143 pages.

### Articles :

- *La relation soignant-soigné - A la racine du soin* – SOINS – n° 680 – Novembre 2003 – pages 29 à 58.
- POUCHELLE MC. – « *De l'attention, tout simplement* » - L'INFIRMIERE MAGAZINE – n° 264 – Octobre 2010 – pages 32 et 33.

- MOREAU N. – *L'angoisse des patients hospitalisés en chirurgie : comprendre pour soulager* – L'AIDE SOIGNANTE – n° 34 – Février 2002 – pages 24 et 25.
- LANGLOIS G. – *Corps à corps* – L'INFIRMIERE MAGAZINE – n° 237 – Avril 2008 – pages 28 à 32.
- BELTRAN G. – *Droits du patient : La personne de confiance* – L'INFIRMIERE MAGAZINE – N° 272 – Février 2011 – page 28.
- MAWARD L. et AZAR N. – *Etude comparative de l'anxiété, entre patients informés et non informés en période préopératoire* – RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS – N° 78 – Septembre 2004 – pages 35 à 54.
- PAIROUX F. – *L'anxiété chez la personne adulte* – EDUCATION DU PATIENT ET ENJEUX DE SANTE – N° 25 – pages 26 à 28.
- ROOSEN M. – *L'influence de l'attitude des soignants dans la gestion de l'anxiété chez les patients* - EDUCATION DU PATIENT ET ENJEUX DE SANTE – N° 25 – pages 29 à 31.

**Autres documents (encyclopédie, dictionnaire,...) :**

- Le Petit Larousse 1995

**Textes officiels :**

- Profession Infirmier – Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession – Textes législatifs Article R.4311-2 extrait du Code de la Santé Publique – page 83 et Article R.4311-5 n°40 extrait du Code de la Santé Publique – page 85.
- **Légifrance** - Décret n°93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier - <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006081404&dateTexte=20110505> – Mai 2011.

- **HALDE** (Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Egalité) - Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - [http://www.halde.fr/spip.php?page=article\\_domaine&id\\_article=11898&id\\_mot=3](http://www.halde.fr/spip.php?page=article_domaine&id_article=11898&id_mot=3) (version téléchargeable : <http://www.halde.fr/IMG/alexandrie/3402.PDF>) – Mai 2011.
  
- **Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé** – Droits des usagers pour la santé - La Charte de la personne hospitalisée : des droits pour tous - <http://www.sante.gouv.fr/la-charte-de-la-personne-hospitalisee-des-droits-pour-tous.html> - Mai 2011.

**Documents non publiés :**

- Dr DANGEL N. (Chef de service Anesthésie B) - CENTRE HOSPITALIER DE MULHOUSE – Infirmité médicale sur l'anesthésie.

**Documents électroniques :**

- L'internaute - [www.Linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/](http://www.Linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/) - Avril 2011.
  
- SANTIN A.- Assistance Publique – Hôpitaux de Paris – Espace éthique – La relation de soin : une question de confiance ? - [http://www.espace-ethique.org/fr/popup\\_result.php?k\\_doc\\_lan\\_pk=354](http://www.espace-ethique.org/fr/popup_result.php?k_doc_lan_pk=354) – Mai 2011.

Annexe 1 :



**Décret de compétence :**  
**Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004**  
**relatif aux actes professionnels**  
**et à l'exercice de la profession d'infirmier**  
**(Code de la santé publique)**

**Article R. 4311-2**

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;

2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;

3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;

4° De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;

5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

Annexe 2 :



# Usagers, vos droits

## Charte de la personne hospitalisée

### Principes généraux\*

circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/00 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée



Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.



Les établissements de santé garantissent la **qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.



L'**information** donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.



Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le **consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.



Un **consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.



Une personne à qui il est proposé de participer à une **recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.



La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.



La **personne hospitalisée est traitée avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.



Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la **confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.



La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un **accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.



La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

\* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet :

[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.