

Formation conduisant au Diplôme d'Etat Infirmier
3^{ème} année

U.E. 5.6.S6 : Analyse de la qualité et traitement des
données scientifiques et professionnelles

Année 2017/2018

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES

« Premiers secours psychologiques »

MANDELLI

Stéphane

Travail rendu le 25/05/2018

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
1. UNE RENCONTRE DES PLUS INTERPELLANTE !	5
1.1. Situation d'appel	5
1.2. Questionnement initial	6
1.3. Question de recherche	6
2. IDENTIFICATION DE L'INTERET PROFESSIONNEL	7
2.1. Intérêt professionnel	7
2.2. Compétences infirmières mobilisées	8
3. DE L'ARRIVEE DES MAUX AU TEMPS DES MOTS : APPROCHE CONCEPTUELLE	9
3.1. Psychotraumatisme	9
3.1.1. Psychotraumatisme aigu	9
3.1.2. Signes et symptômes	10
3.2. Le temps du repérage	12
3.2.1. Le primary care PTSD screen	13
3.2.2. L'outil de dépistage infirmier DEPITAC	13
3.2.3. Le guide d'évaluation selon l'OMS	14
3.2.4. Les mécanismes de défense	16
3.3. Les compétences relationnelles infirmières	19
3.3.1. Contextualisation du soin relationnel	19
3.3.1.1. Evolution de la discipline	19
3.3.1.2. Cadre législatif, définition et champ de compétence	20
3.3.2. Compétences relationnelles infirmières	22
3.3.2.1. Définition	22
3.3.2.2. Communication	23
3.3.2.3. Observation	23

3.3.2.4. Ecoute	24
3.3.2.5. Relation de confiance	25
3.3.2.6. Relation d'aide	26
4. ENQUÊTE : EXPLORATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE	30
4.1. Méthodologie d'enquête	30
4.2. Résultats et analyse	31
4.2.1. Thématique du traumatisme psychique aigu	31
4.2.2. Thématique des compétences relationnelles infirmières	32
4.2.3. Thématique du repérage	33
4.2.4. Hypothèses issues de la recherche : confrontation aux entretiens	34
5. DISCUSSION	35
CONCLUSION	37
BIBLIOGRAPHIE	38
ANNEXES : I. Trame de la note de recherche	41
II. Guide d'entretien	43
III. Retranscription de l'entretien 1	47
IV. Retranscription de l'entretien 2	51
V. Grille d'analyse des résultats	54

INTRODUCTION

En 2017, les accidents sur la voie publique¹ ont provoqué 3693 décès et blessés 74 066 personnes (dont 27 674 d'entre elles ont dû être hospitalisées plus de 24 heures, soit +1.8% par rapport à 2016). Ce type d'évènement, soudain et imprévu, vécu comme une effraction par les victimes, aura pour beaucoup des séquelles graves, non seulement physiques mais également psychiques.

Au cours de mes stages, une situation a été plus particulièrement marquante pour moi. En effet, je me suis retrouvé face à une personne soignée polytraumatisée, percutée par une voiture quelques jours plus tôt, en situation de souffrance morale extrême où le rôle relationnel infirmier, non palpable et souvent non tracé, prenait toute son importance. L'échange avec le personnel soignant du service de chirurgie orthopédique et traumatologique sur l'état de souffrance psychique de madame P., m'a permis de prendre conscience que la partie relationnelle de notre rôle propre n'était pas la plus développée dans ce contexte, malgré l'importance de l'aspect psychologique dans la guérison.

Pour les situations d'urgence collective, à la suite d'un évènement psycho-traumatisant comme des attentats ou des catastrophes, les Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques (CUMP) ont été créées en 1997². Celles-ci permettent une prise en charge immédiate et post immédiate par des psychiatres, psychologues et infirmiers préalablement formés. Ce dispositif mettant en évidence la nécessité d'une assistance médico-psychologique précoce, évitant ou limitant l'installation de troubles.

Comment alors déceler l'effroi de cette patiente, en hôpital, dans le cadre d'une démarche singulière, suivie, partagée et dans l'objectif d'améliorer la pratique professionnelle des infirmiers dans le prendre soin ?

¹ <http://www.securite-routiere.gouv.fr/la-securite-routiere/l-observatoire-national-interministeriel-de-la-securite-routiere> [consulté le 09/02/2018]

² <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/article/les-cellules-d-urgence-medico-psychologique-cump> [consulté le 26/01/2018]

1. UNE RENCONTRE DES PLUS INTERPELLANTE !

1.1.Situation d'appel

Je suis en stage en service de chirurgie orthopédique et traumatologique, il est 13h30 et les transmissions viennent de débiter. L'infirmière du matin expose la situation de chaque patient du service et nous informe qu'une personne polytraumatisée doit intégrer le service en provenance de réanimation.

Je propose à l'infirmière de l'accompagner pour aller chercher madame P, 63 ans ainsi que de m'occuper des documents concernant son entrée (inventaire, recueil de données, personne de confiance, goûts alimentaires...).

Situation :

Une fois madame P. installée dans sa chambre, je me retrouve seul avec elle. Je l'informe que j'ai quelques documents à compléter et obtiens son accord pour lui poser les questions nécessaires.

L'observation de son visage et la façon dont elle s'exprime me font comprendre que Madame P. est particulièrement affectée par sa situation. Pendant l'entretien, je lui demande ce qui lui est arrivée.

Il y a 6 jours, elle était en vacances avec son concubin. Le couple était installé tranquillement dans le jardin de la maison qu'ils louaient et à proximité avait lieu un rallye.

Le conducteur d'une voiture de rallye a perdu le contrôle, a « sauté » le trottoir et le grillage de la maison louée par madame P et est venu percuter celle-ci. La patiente a instantanément perdu connaissance et s'est réveillée à l'hôpital avec de nombreuses fractures au niveau du bassin, du sacrum, des côtes, un traumatisme crânien...

Hospitalisée en réanimation puis dans notre service, elle est alitée, n'a pas le droit à l'appui et une sonde urinaire lui a été posée.

Face à sa détresse morale, je souhaite lui apporter mon soutien et lui dit « *j'ai l'impression que ça ne va pas très fort* ». Elle me répond en me disant que « *si ça va, y'a des choses plus grave dans la vie* ». Mais le recul affiché dans ses paroles n'est pas cohérent avec l'expression de son visage.

Je lui réponds que je suis impressionné par sa force de caractère et sa capacité à relativiser, mais que parfois, on a aussi le droit de dire que ça ne va pas.

Suite à ma réponse, elle s'effondre, en larmes, s'ouvre à moi en mettant des mots sur ses maux et me dit qu'habituellement elle est très réservée mais que ma présence et notre échange lui font du bien.

Madame P., paraissait par intermittence au début de notre échange, très distante, lointaine de ce qui se passe autour d'elle et comme insensible, sans réaction, face aux évènements. Paradoxalement, au moment de cette libération émotionnelle, je la trouve très affectée, effrayée, extrêmement stressée, à l'opposé de ce que j'observais quelques minutes auparavant. Ce changement de comportement m'interroge et me perturbe car je n'imaginai pas la force de l'impact psychique de ce type d'accident, et ce, dans un délai relativement court.

Au fur et à mesure de notre entretien, elle m'indique faire des cauchemars, sursauter au moindre bruit, être angoissée, et se sentir coupable... Coupable de cette situation, alors qu'elle est victime de cet évènement !

Six jours depuis cet improbable scénario ; Si peu et pourtant tellement pour la patiente. En effet, les conséquences visibles en premier lieu sont physiques, cependant la force et la soudaineté de ce choc se répercutent au niveau psychologique. Une situation des plus stressantes vécue comme une effraction de son psychisme, une intrusion de son « moi ». Selon madame P., les troubles qu'elle ressent prennent chaque jour davantage d'importance, de place dans son quotidien, dans ses pensées...

1.2. Questionnement initial

Quel est l'impact d'un tel évènement sur la santé psychique de la patiente ? Comment déceler, limiter cet impact ?

Comment puis-je l'aider dans sa souffrance psychologique, dans son cheminement et dans quelles limites ?

Où se situe la frontière entre le soutien que je peux lui apporter et l'aide qu'un psychologue pourrait lui fournir ? Autrement dit, à partir de quel moment je ne suis plus dans mon rôle d'infirmier et qu'une intervention d'un autre professionnel est nécessaire ?

Pourquoi s'est-elle ouverte à moi à ce moment-là ?

1.3. Question de recherche

Intéressé par la thématique psychologique dans un contexte d'évènement potentiellement traumatisant associé au rôle infirmier, j'ai effectué différentes recherches et lectures.

Celles-ci m'ont permis de préciser ma question de recherche, qui a évolué au fur et à mesure de mes investigations et rencontres de guidance :

« En quoi les compétences relationnelles infirmières influent-elles sur la qualité du repérage précoce d'une personne en situation de traumatisme psychique aigu ? »

2. IDENTIFICATION DE L'INTERET PROFESSIONNEL

2.1. Intérêt professionnel

L'intérêt professionnel dans cette situation est une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients dans ce contexte d'évènement potentiellement traumatisant, grâce à une amélioration de sa pratique professionnelle où le décret infirmier du 11 Février 2002 relatif à l'exercice de la profession (article R. 4311-2 du code de la santé publique) stipule : « *Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et **qualité de 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 physiologiques, **psychologiques**, économiques, sociales et culturelles.* »³

En effet, l'approche médico-psychologique lors d'un évènement collectif est un soin d'urgence, reconnu depuis 1997 et la création des CUMP et est inscrite dans le code de la santé publique via le décret n° 2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles⁴.

A contrario, ma situation est dans un contexte d'évènement individuel où l'intérêt professionnel réside en un repérage, le plus tôt possible, permettant une prise en soins globale (somatique et mentale) et singulière du traumatisme psychique en hôpital au sein d'un service de chirurgie. L'objectif étant d'éviter l'installation et/ou le développement des troubles liés au stress de l'évènement.

L'intérêt professionnel réside également en l'amélioration de mes connaissances et de ma pratique, dans le cadre de mon projet professionnel où l'aspect psychologique fera partie intégrante de la prise en soin globale des patients que j'accompagnerais.

³ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000421679&categorieLien=id> [consulté le 03 aout 2017]

⁴ https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=25BA1E203FA40E55551DC5AF87D47251.tpdjo13v_2?cidTexte=JORFTEXT000026915951&dateTexte=20140729 [consulté le 26/01/2018]

2.2. Compétences infirmières mobilisées

Compétence 1 : *Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier*

- Evaluer les besoins en santé et les attentes d'une personne en utilisant un raisonnement clinique.
- Rechercher et sélectionner les informations utiles à la prise en charge de la personne dans le respect des droits du patient (dossier, outils de soins...).
- Identifier les signes et symptômes liés à la pathologie, à l'état de santé de la personne et à leur évolution.
- Conduire un entretien de recueil de données.
- Repérer les ressources et les potentialités d'une personne ou d'un groupe notamment dans la prise en charge de sa santé.
- Analyser une situation de santé et de soins et poser des hypothèses interprétatives.

Compétence 2 : *Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers*

- Intégration de la prise en charge relationnelle
- Traçabilité, suivi, réajustement, réorientation du soin relationnel
- Intégration de différents acteurs : aidant naturel, psychologue, assistante sociale...

Compétence 6 : *Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins*

- Définir, établir et créer les conditions et les modalités de la communication propices
- Rechercher et instaurer un climat de confiance avec la personne soignée et son entourage en vue d'une alliance thérapeutique

La mobilisation de ces compétences permettra notamment d'établir les **diagnostics infirmiers** de stratégies d'adaptation individuelle inefficaces, de syndrome post-traumatique et de risque de suicide.

3. DE L'ARRIVEE DES MAUX AU TEMPS DES MOTS : APPROCHE CONCEPTUELLE

3.1. Psychotraumatisme

3.1.1. Psychotraumatisme aigu

Il me paraît important de définir dans un premier temps le concept de psychotraumatisme amenant à un état de stress aigu ou à un Etat de Stress Post Traumatique aigu (ESPT).

Louis CROCQ, psychiatre et docteur en psychologie, spécialiste des névroses de guerre, définit le psychotraumatisme comme un « *phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur.* »⁵

Il n'est pas rare que des personnes soient exposées à des événements potentiellement traumatisants. Cette exposition engendre généralement de la détresse mais pour une minorité, la réaction est extrême et perturbe les activités quotidiennes de la personne, qui a besoin d'aide pour y faire face.

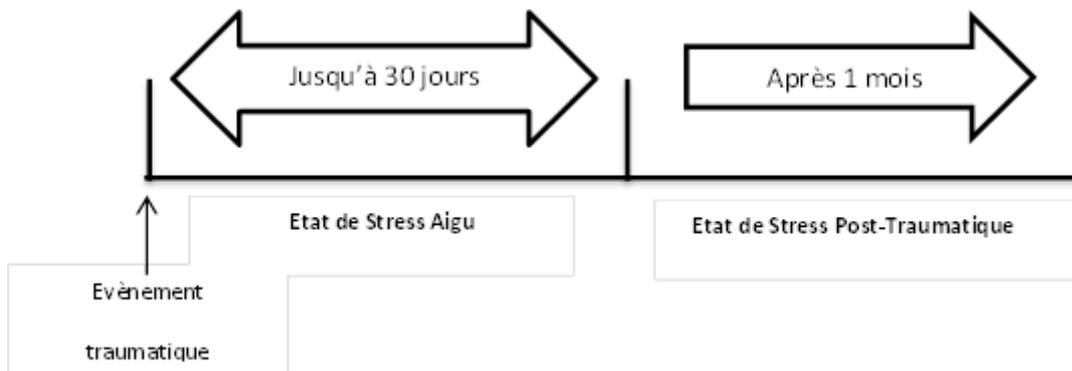
Selon l'institut de victimologie « *l'impact traumatique se manifeste par une réaction de détresse et/ou un état de dissociation péri traumatique qui est un état de conscience modifiée probablement destiné à soustraire la victime à l'horreur de la situation vécue. Ces deux réactions péri traumatiques sont corrélées au risque de survenue d'un ESPT* »⁶

Le syndrome psychotraumatique aigu est alors un trouble psychique, se manifestant par un état d'anxiété aigu et de conscience modifiée, à la suite de la confrontation récente d'une personne à un ou plusieurs événements stressants, hors de la gamme des expériences humaines habituelles (accidents, viols, agressions...) où l'individu a le plus souvent été confronté à la mort ou sa menace et où l'évènement traumatique est ressenti comme une effraction psychique perturbant ses activités quotidiennes.

Cette réaction amène donc le patient à un état de stress aigu ou à un état de stress post traumatique aigu selon si l'exposition à l'évènement traumatique a eue lieu dans les 30 derniers jours ou il y a plus d'un mois. Au-delà de 6 mois après l'exposition à l'évènement, on parle d'Etat de Stress Post-Traumatique chronique.

⁵ <https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/introduction.html> [consulté le 18 novembre 2017]

⁶ http://www.institutdevictimologie.fr/trouble-psychotraumatique/espt_21.html [consulté le 27/01/2017]



La Classification Internationale des Maladies, CIM-10, associe également syndrome de stress aigu et état de stress post-traumatique où les symptômes et critères sont identiques. En effet, au-delà d'un mois, la réaction aiguë à un facteur de stress devient par définition un état de stress post-traumatique.

« Pour que ce diagnostic soit retenu, les symptômes doivent nécessairement perturber la vie sociale et/ou professionnelle. Parmi les critères proposés, identiques au ESPT, retenons l'existence de symptômes dissociatifs péri traumatiques, de troubles dits neurovégétatifs (un état de qui-vive, des réactions de sursaut, des troubles du sommeil, des troubles cognitifs), d'intrusions de pensées, d'images, de cauchemars de répétition, de conduites d'évitement. Les troubles neurovégétatifs sont spécifiquement liés à la réaction de stress, les intrusions et évitements à l'effraction traumatique »⁷.

3.1.2. Signes et symptômes

Il est essentiel pour l'infirmier, par son observation clinique et ses connaissances, de repérer les principaux signes et symptômes associés aux troubles psychotraumatiques aigus (stress aigu et ESPT) afin d'accompagner le patient dans son travail de verbalisation de ceux-ci et ainsi établir ses diagnostics infirmiers :

- Symptômes de reviviscence

« - Souvenirs spontanés ou déclenchés par un stimulus, répétitifs, involontaires et envahissants de l'évènement provoquant un sentiment de détresse et composés d'images, d'émotions ou de perceptions sensorielles;

- rêves répétitifs relatifs à l'évènement provoquant un sentiment de détresse;

- sentiment intense et prolongé de détresse psychologique lors de l'exposition à des stimuli internes ou externes symbolisant ou ressemblant à un aspect de l'évènement traumatique;

- réactivité physiologique marquée lors de l'exposition à des stimuli rappelant l'évènement traumatique. »⁸

⁷ http://www.institutdevictimologie.fr/trouble-psychotraumatique/espt_21.html [consulté le 27/01/2017]

⁸ Patrice LOUVILLE, Muriel SALMONA, *Clinique du psychotraumatisme*. Santé mentale, Mars 2013, n°176, p. 32

- Symptômes d'évitement

« Ce sont des symptômes d'évitement des stimuli susceptibles de déclencher des reviviscences de l'événement traumatique :

- A évitement persistant des pensées, des sentiments ou des sensations physiques associées au traumatisme;
- évitement persistant des activités, des endroits, des objets ou des moments (par exemple aux anniversaires de l'événement) associés au traumatisme;
- évitement persistant des personnes, des conversations ou des situations associées au traumatisme. »⁹

- Symptômes dissociatifs

« - impressions ou agissements soudain « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire, pouvant aller jusqu'à une impression d'être totalement replongé dans l'événement, avec une disparition momentanée de la conscience de l'environnement réel (flash-back).

- amnésie dissociative : incapacité de se rappeler d'une partie importante du traumatisme, ou perturbations dans le rappel de la chronologie de l'événement;
- déréalisation : perte du sentiment de réalité et de familiarité de l'environnement, entraînant une impression d'étrangeté, et parfois une atteinte des repères spatiotemporels;
- dépersonnalisation : sentiment de détachement ou impression d'être devenu un observateur extérieur de son propre fonctionnement mental ou de son propre corps. »¹⁰

- Symptômes dysphoriques

« - Croyances négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, les autres et le monde : « Je suis mauvais », « je ne peux faire confiance à personne », « je ne peux plus guérir » « le monde est dangereux » ;

- reproches persistants envers soi-même ou envers les autres concernant les causes et les conséquences de l'événement traumatique;
- états émotionnels négatifs et envahissants comme la peur, l'horreur, la colère, la culpabilité ou la honte;
- réduction marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités importantes;
- sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres;
- incapacité persistante à ressentir des émotions positives;
- sentiment d'avenir bouché (par exemple ne plus pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants...). »¹¹

⁹ Ibidem, Loc. cit.

¹⁰ Ibidem, Loc. cit.

¹¹ Ibidem, Loc. cit.

- Symptômes d'hyperactivation

- « - Irritabilité, accès de colère ou comportement agressif;
- conduites à risque ou comportement autodestructeur;
- hypervigilance;
- réaction de sursaut exagérée;
- difficultés de concentration;
- difficultés d'endormissement, réveils nocturnes ou sommeil non réparateur. »¹²

- Les troubles comorbides

- « - Des troubles de l'humeur dépressifs (dans plus de 50 % des cas) avec des risques suicidaires;
- des troubles anxieux généralisés (crises d'angoisse, attaques de panique, phobies, rituels obsessionnels);
- des troubles de la personnalité
- des troubles des conduites alimentaires et de la sexualité
- des conduites addictives et des conduites à risque
- des troubles somatiques avec une asthénie et des douleurs chroniques, des troubles cardiovasculaires, gastro-entérologiques, dermatologiques, et du diabète, de l'hypertension artérielle... »¹³

Les recherches sur ces signes et symptômes, spécifiques à l'état de stress aigu et au stress post-traumatique, me permettent de mieux comprendre les réactions et attitudes de la patiente rencontrée (situation d'appel). Ces connaissances m'auraient permis d'être plus à l'aise lors du travail de verbalisation entrepris avec cette dernière, afin de repérer et établir les diagnostics précis en lien avec son traumatisme.

3.2. Le temps du repérage

Les répercussions psychologiques suite à l'exposition à un événement potentiellement traumatisant peuvent donc avoir des conséquences multiples et extrêmes chez les patients, pouvant même aller jusqu'à la crise suicidaire. Il est donc essentiel de repérer au plus tôt l'impact psychotraumatique chez les victimes.

¹² Ibidem, Loc. cit.

¹³ Ibidem, Loc. cit.

La notion de dépistage, souvent utilisée comme synonyme du repérage, consiste, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « à identifier de manière présomptive, à l'aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue »¹⁴.

3.2.1. Le primary care PTSD screen

Une conférence scientifique canadienne de 2010, sur les troubles de l'humeur et de l'anxiété, et plus particulièrement sur l'état de stress post-traumatique précise que 90 % des personnes en état de stress post-traumatique souffrent de comorbidités : dépression majeure, troubles anxieux, douleurs chroniques, troubles liés à l'utilisation d'alcool et de substances, suicides... Ainsi, cette étude préconise de s'appuyer, dans la pratique clinique, sur un instrument de dépistage par auto-déclaration à quatre items afin de détecter en première intention le risque d'ESPT : « Le *primary care PTSD screen* »¹⁵.

Les quatre questions sont les suivantes :

Au cours de votre vie, est-ce que vous avez déjà vécu une expérience effrayante, horrible, ou bouleversante au point que, au cours du dernier mois, vous...

1. Avez fait des cauchemars au sujet de cette expérience ou y pensiez même sans vouloir y penser ?
2. Avez résolument essayé de ne pas y penser ou avez tout fait pour tenter d'éviter des situations qui vous rappelaient cette expérience ?
3. Etiez constamment aux aguets, sur vos gardes, ou facilement surpris ?
4. Sentiez détaché des autres, des activités ou de votre entourage ?

Selon cet outil, le dépistage est positif lorsque le patient répond par l'affirmative à trois des éléments ci-dessus.

3.2.2. L'outil de dépistage infirmier DEPITAC

Une étude nationale française auprès de six centres de traumatologie, initiée en 2007 et s'étant terminée en 2015, avait pour objet de démontrer l'intérêt d'un outil de dépistage infirmier d'un état de stress post-traumatique, après un accident de la voie publique.

¹⁴ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_410171/fr/depistage-et-prevention [consulté le 26 janvier 2018]

¹⁵ <http://www.humeuretanxieteconferences.ca/crus/144-006%20French.pdf> [consulté le 27 janvier 2018]

L'étude, appelée DEPITAC, dont l'introduction donne tout son sens à l'intérêt de cette démarche : « *"Prédire qui sont les patients à haut risque de développer un SPT (Stress Post-Traumatique) à un an après l'accident" quand ils sont encore hospitalisés : un rêve quand on sait l'importance de la prise en charge rapide, les souffrances des personnes et le coût social et financier des personnes non traitées. Les accidents de la voie publique sont les plus gros "pourvoyeurs" de stress post-traumatique* »¹⁶. L'investigation porte sur 10 questions posées par des infirmières auprès de 274 patients hospitalisés dans les 15 jours après l'accident ; puis à des appels téléphoniques de psychologues qui s'assuraient de leur état de santé psychique à 8 semaines, 6 mois, et 12 mois.

Dans cette recherche, sur les dix questions posées, deux sont mises en avant parce qu'elles sont liées statistiquement à l'apparition d'un état de stress post-traumatique et sont à poser lors de l'hospitalisation **dans les 14 jours** après l'accident :

1. Des éléments de dissociation après l'accident ou dans les heures qui ont suivi : torpeur, détachement, absence d'émotion, sentiment d'être dans le brouillard, sentiment que la réalité a changé, sentiment d'étrangeté, amnésie totale ou partielle du traumatisme
2. S'est vu mourir pendant l'accident

Un échange par mail avec Marie-Christine MILLEQUAND, fondatrice de l'association Traumapsy et le professeur Olivier COTTENCIN, à la base de l'étude , précise que le rôle de l'infirmier est donc de poser ces deux questions afin de repérer les patients à risque d'ESPT et ainsi interpeller le psychologue ou le psychiatre de liaison pour qu'il(elle) aille faire un travail de prévention psychothérapeutique sur l'apparition du traumatisme psychique aigu. Les Deux questions « qui ressortent » de cette étude sont des signes cardinaux de l'état de stress aigu et de l'état de stress post-traumatique : dissociation et effroi.

Une troisième question peut venir compléter les deux précédentes :

3. Le fait qu'il y avait d'autres personnes impliquées et tuées ou blessées dans l'accident.

3.2.3. Le guide d'évaluation selon l'OMS

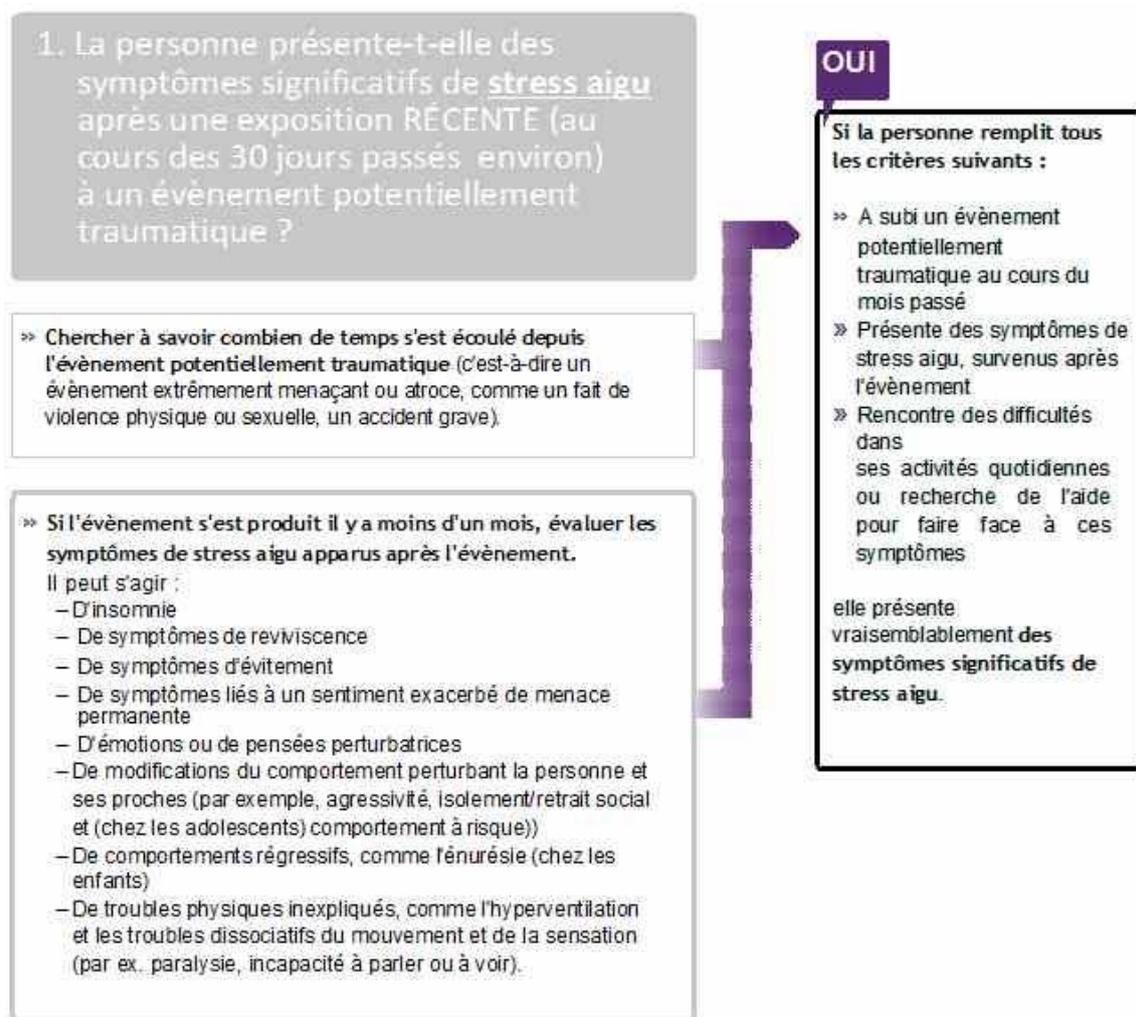
L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), a établi un guide d' « *évaluation et prise en charge des affections spécifiquement liées au stress* » dans son module « *guide d'intervention du programme d'action Combler les lacunes en santé mentale* »¹⁷. L'objectif est d'établir des conseils permettant l'évaluation et la prise en charge du stress aigu et du stress post-traumatique notamment, dans les structures de soins non spécialisées.

¹⁶ <http://traumapsy.com/ETUDE-DEPITAC.html> [consulté le 03 mars 2018]

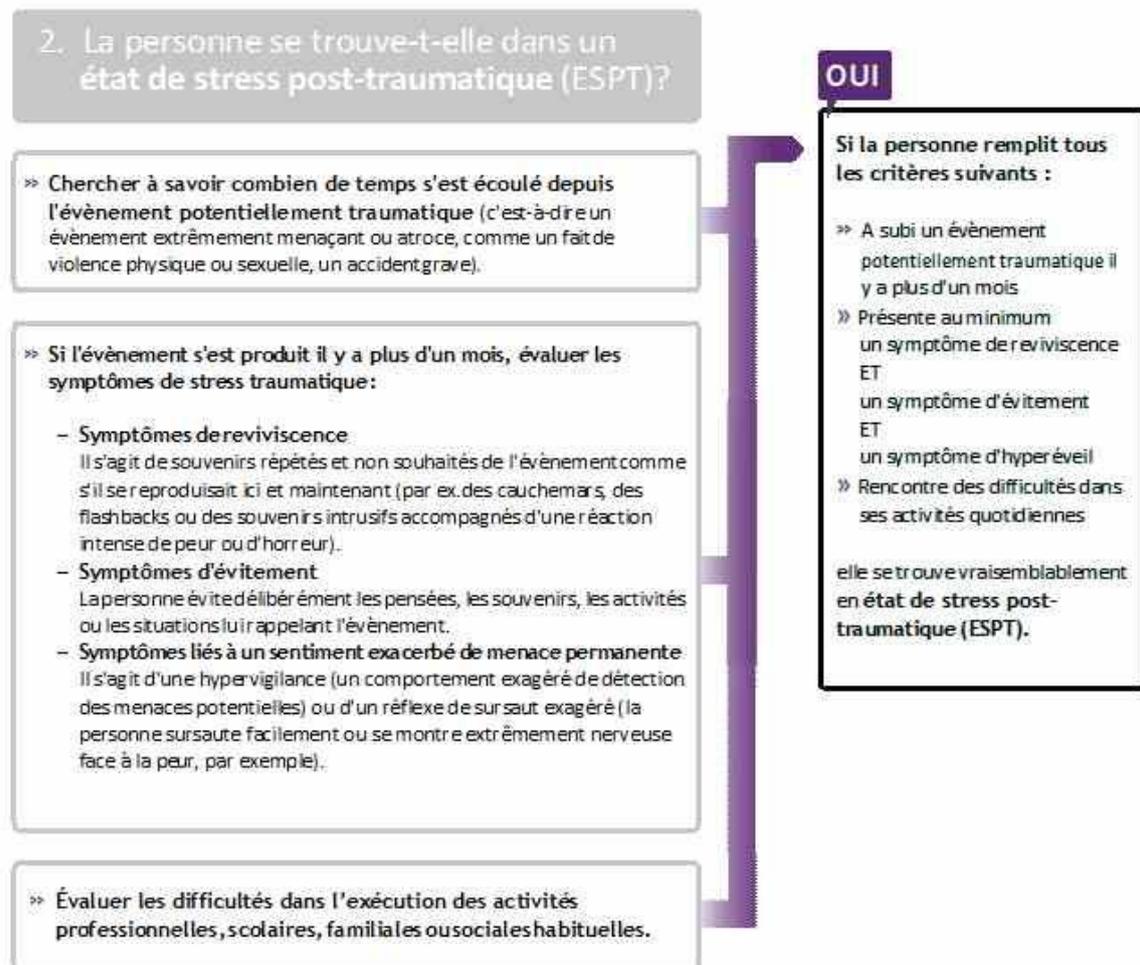
¹⁷ http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112734/9789242505931_fre.pdf;jsessionid=4A5F905CAB7582596336AC0E1357AD49?sequence=1 [consulté le 17 mars 2018]

Ce guide propose les 2 outils d'évaluation suivants :

►►► Concernant l'Etat de Stress Aigu (reprise fidèle de la partie évaluation du guide):



►►► Concernant l'Etat de Stress Post-Traumatique (reprise fidèle de la partie évaluation du guide):



Ces deux guides d'évaluation combinent une phase d'interrogations et une phase d'évaluation à destination des services non spécialisés permettant d'estimer l'atteinte psychique. Cela sous-entend, que les signes et symptômes en lien doivent être quand même connus à minima.

3.2.4. Les mécanismes de défense

Ce repérage infirmier, doit également tenir compte des différents mécanismes psychiques de défense et d'adaptation se manifestant, dont leur action se répercute chez le patient sur ses émotions, ses relations avec autrui, et sur sa vision de la réalité. Le syndrome psychotraumatique aigu altérant donc le fonctionnement social, professionnel et affectif et entraînant une souffrance significative chez le patient, une prise en charge précoce associée à du soutien aura pour bénéfice une évolution plus favorable.

Mécanismes de défense selon Margot PHANEUF¹⁸ :

Mécanismes de défense	But	Exemple de manifestations
Le déni	Se protéger d'une réalité désagréable en refusant d'en admettre l'existence.	Agir comme si les symptômes de la maladie n'existaient pas.
L'évitement	Se cacher la réalité pénible en s'efforçant de ne pas y penser ou d'en parler.	La personne s'arrange pour éviter tout contact avec des personnes, des livres ou des émissions qui ont un lien avec sa maladie.
La projection	Attribuer à autrui ses propres intentions, ses actes ou ses pulsions inacceptables.	Accuser l'autre de vouloir nous tromper alors que c'est nous qui ne disons pas la vérité.
L'isolation	Séparer l'évènement, la situation des émotions qui risquent d'être bouleversantes.	Parler du décès d'un proche aimé sans s'émouvoir.
La rationalisation	Trouver des raisons socialement valables pour justifier des pensées ou des actions jugées inacceptables.	Perdre son emploi et dire ensuite qu'on ne l'aimait pas.
La régression	Retourner à un stade antérieur de développement et agir de manière infantile pour rendre la situation acceptable.	S'abandonner à la dépendance à l'autre et devenir égocentriste.
Le clivage	Maîtriser l'angoisse en divisant le regard sur la réalité et réagir en même temps de deux manières différentes et parfois même opposées.	Se dire bien, mais ajouter un commentaire négatif comme « Je dors mal » ou « Je n'ai pas d'appétit ».
La sublimation	Transformer des désirs non satisfaits, des pulsions non acceptables ou sa révolte face à une souffrance pénible en activités constructives ou en attitude courageuse.	Canaliser l'énergie de ses désirs sexuels ou agressifs vers des travaux humanitaires ou vers les arts ou demeurer stoïque devant la douleur.
La formation réactionnelle	Se cacher ses désirs, ses pensées, ses intentions, ses faiblesses en adoptant des comportements qui leur sont contraires.	Se montrer dominateur et vantard alors qu'on se sent inférieur et qu'on a peu d'estime de soi.

¹⁸ <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/03/Mecanismes-dadaptation-et-de-de%CC%81fense-chez-le-malade-cancZ%CC%8Creux.pdf> [consulté le 18 novembre 2017]

L'anticipation anxieuse	Prévoir les évènements douloureux afin de se préparer à en vivre les émotions.	Voir des catastrophes à travers toutes sortes de détails anodins.
La compensation	Tenter de trouver des substituts à des pertes, à des limites réelles ou imaginaires. Par exemple, le manque d'amour, d'activités ou la tristesse.	La boulimie de certains dépressifs qui compensent pour le manque d'affection.
L'activisme	Remplacer la réflexion et l'émotion par l'action et l'agitation.	Mouvements incessants, activités servant d'écran aux émotions.
Le déplacement	Diriger les émotions, la colère causée par quelqu'un ou quelque chose, vers des personnes peu impressionnantes ou menaçantes qui sont étrangères à la situation.	Etre frustré par un malade, ne rien lui dire et « engueuler » ensuite une aide-soignante.
Le retrait apathique	Se couper des autres, de ses activités et se replier sur soi pour se protéger de l'anxiété, des émotions ou des responsabilités.	Ne pas fréquenter d'amis par peur d'être déçu.
La dépréciation	Se valoriser aux yeux des autres ou dévaloriser autrui pour se relever.	Dire que son amie n'est pas très soignée de sa personne pour faire valoir sa propre manière d'être.
Le retournement contre soi	Refuser inconsciemment sa propre agressivité envers autrui et la reporter sur soi-même.	S'automutiler.
L'affiliation	Confier ses difficultés et ses inquiétudes à quelqu'un en qui on a confiance pour se libérer de l'angoisse.	Dire à cette personne les peurs et la douleur que l'on ne confie pas à d'autres.
L'humour	Relativiser les situations pénibles, créer une diversion à la tristesse et la douleur.	Ne pas se prendre au sérieux, faire des blagues sur soi et sa condition, raconter des histoires drôles.

Dans ma situation de départ, plusieurs mécanismes de défense sont identifiables, notamment le clivage lorsque la patiente dit que « *ça va mais...* » et l'affiliation lors de la verbalisation.

Ce repérage, préconisé le plus tôt possible durant l'hospitalisation, est influencé par les compétences relationnelles de l'infirmière, permettant la mise en place des conditions favorables à la libération émotionnelle (verbalisation de la souffrance) auprès du patient.

3.3. Les compétences relationnelles infirmières

3.3.1. Contextualisation du soin relationnel

3.3.1.1. Evolution de la discipline

Ma situation permet la mise en évidence de la place de la relation dans les soins, et plus précisément du rôle de celle-ci dans le travail de repérage permettant, via la verbalisation, la libération émotionnelle du patient. Une étude du contenu des programmes de formation infirmier à ce sujet est le reflet de l'évolution de la discipline, et donc de la reconnaissance progressive du rôle relationnel infirmier dans les soins.

Dès 1969, 56 heures d'enseignement, en principes généraux des soins infirmiers, introduit les aspects psychologiques dont l'objectif est de « *donner à l'élève la possibilité de comprendre les réactions de la personne soignée, vis-à-vis de leurs situations propres* »¹⁹. Les cours dispensés permettent donc au futur infirmier de comprendre les diverses attitudes de l'être humain (mécanismes de défense, agressivité, anxiété, angoisse...) ainsi que ses réactions (aspect psychosomatique). Ce programme intègre les notions de comportement de l'infirmière face au comportement du malade et de relation infirmière-personne soignée.

Le programme des études d'infirmières de 1972, dans son module d'introduction aux soins infirmiers, et plus particulièrement dans son chapitre sur la connaissance de l'être humain, aborde le concept de « *données élémentaires sur la vie de la relation* » (communication avec autrui, la place de l'être humain dans le groupe...) dont l'objectif est de « *permettre à l'élève de se connaître elle-même, de mieux connaître les autres et de découvrir les modes de relation et les attitudes professionnelles qui sont à sa disposition* »²⁰.

En 1979, le programme d'études préparatoires au diplôme d'état d'infirmier et d'infirmière, dans son enseignement sur les généralités sur les soins infirmiers, instaure la notion de « *thérapeutiques relationnelles* »²¹ via la relation infirmière-malade, la psychothérapie de groupe ou la sociothérapie par exemple. Cette dénomination, pour moi, explicite la relation comme un soin.

Apparaît ensuite dans le programme de formation des professions de santé de 1992, profession infirmier, le concept de « *démarche relationnelle* »²² dans son module « *soins infirmiers* ». Les apprentissages sont centrés sur le travail de développement personnel, les techniques d'écoute, la relation d'aide et l'accueil des malades et de leur famille. Cette idée de démarche met en lumière le rôle entreprenant, proactif, de l'infirmier dans la relation.

¹⁹ Programme de formation en soins infirmiers de 1969, archives CDI IFSI René Miquel

²⁰ Programme de formation en soins infirmiers de 1972, archives CDI IFSI René Miquel

²¹ Programme de formation en soins infirmiers de 1979, archives CDI IFSI René Miquel

²² Programme de formation en soins infirmiers de 1992, archives CDI IFSI René Miquel

Le référentiel de formation de 2009, axé sur les notions d'acquisition de compétences et d'apprentissage en « unités d'enseignement », consacre 100 heures aux « *soins relationnels* » dont les éléments du contenu sont les concepts (relation, communication, négociation, médiation...), La communication par le langage, la communication non-verbale, le toucher dans les soins et dans la relation thérapeutique, la relation d'aide (écoute, attitudes, techniques...), les entretiens infirmiers, l'alliance thérapeutique, les réactions comportementales et leurs manifestations, la relation adaptée à des situations spécifiques, la gestion du stress professionnel, l'analyse des émotions, l'adaptation des modalités de communication... Ce contenu, détaillé et avec une approche globale du soin relationnel, démontre la place actuelle du soin relationnel dans l'enseignement, et donc dans l'évolution des pratiques.

3.3.1.2. Cadre législatif, définition et champ de compétence

Les modifications successives des enseignements, en lien avec l'évolution des actes professionnels et l'exercice de la profession infirmier, confirment la reconnaissance de la relation comme un soin. L'intérêt professionnel d'intégrer ce soin est donc d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients grâce à une amélioration de sa pratique professionnelle.

D'ailleurs, le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession stipule : « *Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et **qualité de 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 physiologiques, psychologiques, économiques, sociales et culturelles* »²³

Ce texte, qui précise que l'infirmier accomplit sur son rôle propre ou sur prescription : « *Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire* », « *Aide et soutien psychologique* », « *Observation et surveillance des troubles du comportement* », comme l'indique Hervé MENAUT, cadre formateur à l'IFSI de l'Aigle et personne-ressource IRFA Evolution en 2009, « *ne donne pas de définition du soin relationnel mais cela nous renseigne sur le fait qu'un soin a deux qualités, dont une relationnelle. On peut donc parler de la dimension relationnelle des soins et formuler une évidence : les soins*

²³ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000421679&categorieLien=id>
[consulté le 03 août 2017]

techniques ont une dimension relationnelle ; les soins relationnels ont une dimension technique »²⁴.

Selon lui, cette évidence nécessite alors la distinction entre la dimension relationnelle du soin et les soins relationnels afin de permettre de définir ce dernier. Le concept de dimension relationnelle qui est une dimension absolument indispensable aux soins comprenant les échanges verbaux et non-verbaux avec le patient serait le plus souvent une « *relation informelle, spontanée, sans objectifs définis, sans démarche ou stratégie, mais avec des intentions faisant plus appel à des aptitudes de communications qu'à une attitude réflexive du soignant sur la relation qui se déroule* »²⁵.

Le soin relationnel selon Hervé MENAUT reposerait donc sur les affirmations suivantes :

« *Un soin relationnel est une relation qui a **la prétention de soigner** » : « la qualité de la relation va conduire à la possibilité du soin », « c'est la relation, par les interactions entre le soignant et le soigné, qui amène les éléments qui vont soulager la personne », « ce n'est pas forcément ce que va dire ou faire le soignant qui fait le soin, mais son **aptitude à mettre en place les conditions nécessaires** au patient pour avancer dans son champ émotionnel et intellectuel », « un soin relationnel nécessite de réfléchir aux objectifs, aux moyens, aux déroulements, aux techniques qui seront utilisés et aux interactions qui se nouent entre le soignant et le soigné ».*

« *Un soin relationnel s'inscrit nécessairement dans un **projet** » : « il y a forcément écoute, identification des besoins, analyse, proposition d'action et évaluation par l'équipe de soins des principes qui vont guider cette relation ».*

« *Un soin relationnel fait appel à des **compétences professionnelles** et pas seulement à des aptitudes communicationnelles » : « un soin relationnel fait appel à des techniques apprises, variées et réfléchies : l'étude et l'expérience sont donc indispensables »*

« *Un soin relationnel **met en présence** deux personnes » : « ce sont deux personnes avec leur histoire, leurs limites, leurs vécus passés et présents...qui se rencontrent et s'engagent dans un contexte particulier », « le soin relationnel se situerait principalement **lors de la relation de soutien psychologique**, qui vise à apporter une aide à une personne soignée en lui permettant d'exprimer ses difficultés présentes ou craintes »²⁶.*

Ces affirmations permettent également de préciser le champ de compétence de l'infirmier, et donc ses limites. Le travail de libération émotionnelle permettra de verbaliser l'effroi vécu et si besoin la nécessité d'une collaboration infirmier-psychologue.

²⁴ Hervé MENAUT, *Les soins relationnels existent-ils ?* Vie sociale et traitements, Mars 2009, n°101, p. 79

²⁵ Ibidem, Loc. cit.

²⁶ Ibidem, p. 80 et 81

L'infirmier repèrera « *si ce qui interpelle dans le comportement du patient relève bien d'une souffrance d'ordre psychologique* »²⁷ afin de permettre au psychologue d'accompagner la personne face à une épreuve difficile. « *Les psychologues ne sont pas là pour remonter le moral ou pour faire oublier la maladie, mais pour aider ceux qui y sont confrontés à réfléchir à l'expérience qu'ils traversent et à l'intégrer psychiquement* ». « *Tous les patients n'ont pas besoin d'une psychothérapie. Un premier niveau de soutien psychologique, fondamental, est apporté par les soignants eux-mêmes, dans la relation d'aide qui fait partie du rôle propre infirmier, par exemple. L'orientation vers un professionnel de santé mentale intervient en complément, devant la **persistance ou la complexité des difficultés présentées*** ». « *Proposer la rencontre avec une psychologue suppose une attention au ressenti psychologique du patient, à sa personne dans sa globalité* »²⁸.

La profession infirmière a donc un rôle majeur, permettant le repérage d'une personne en situation de traumatisme psychique, où la notion de temporalité de ce dernier influe sur l'installation et le développement des troubles. Plus la détection sera précoce, plus les chances de guérison seront favorables. Cependant, cette découverte avancée nécessite des compétences infirmières spécifiques où par exemple communiquer ne se résume pas à discuter, observer ne se limite pas à regarder ou encore écouter à seulement entendre.

3.3.2. Compétences relationnelles infirmières

3.3.2.1. Définition

André MONTESINOS, infirmier et docteur en psychologie, définit la compétence de l'infirmière comme « *l'ensemble des interactions entre ses aptitudes, ses expériences, ses formations et ses attitudes. Ces interactions lui permettent d'observer et de comprendre sa situation de travail, puis de juger, de décider et d'agir, afin d'apporter aux malades les soins dont ils ont besoin* »²⁹.

Margot PHANEUF, précise que la compétence relationnelle est « *l'ensemble des qualités et des habiletés qui permettent à l'infirmière de s'ouvrir à l'expérience, aux paroles, aux besoins et aux désirs de l'autre pour les comprendre et pour y répondre. Cette compétence lui permet aussi d'utiliser ces qualités et ces habiletés pour transmettre ses émotions, ses idées et ses désirs avec efficacité* »³⁰.

La compétence relationnelle infirmière serait donc une combinaison de savoirs, savoir-être, et savoir-faire où l'infirmier serait dans un processus face à la relation qui s'installe avec le

²⁷ Isabelle LEGER, Laurence CLUDY, *Psychologue-infirmière, une collaboration enrichissante*. La revue de l'infirmière, Octobre 2011, n°174, p. 40

²⁸ Ibidem, p. 41

²⁹ Monique FORMARIER, Ljiljana JOVIC, *Les concepts en sciences infirmière*, 2012, p. 111

³⁰ Margot PHANEUF, *La relation soignant-soigné : rencontre et accompagnement*, 2011, P. 22

patient dans le but d'optimiser le prendre soin ; Ce processus associant les connaissances (et expériences), les attitudes et habiletés, la réflexivité et l'analyse.

3.3.2.2. Communication

La communication est un processus d'échange entre l'infirmier et le patient dont l'objectif est d'établir une relation avec ce dernier. Selon Margot PHANEUF, c'est la «*qualité de cet échange avec l'autre qui nous permettra par la suite de créer un lien émotionnellement porteur de sens qui se transformera en **relation d'aide*** »³¹. Le contexte et les caractéristiques personnelles de l'émetteur (personne qui transmet le message) et du récepteur (personne qui reçoit le message) influent sur les échanges ; La communication s'établie donc de manière singulière et l'infirmier doit avoir conscience de cette individualisation de la relation et s'y adapter.

Pendant l'interaction, la communication est à la fois verbale et non verbale Le processus d'échange repose donc sur l'interprétation du dialogue (paroles, tonalité, silences), des expressions faciales, des comportements et du langage corporel.

Les qualités communicationnelles de l'infirmier (**écoute**, empathie, congruence, reformulation...) permettent l'installation d'un **climat de confiance** où le soignant, grâce à la réflexion et l'analyse sur ce qui se dit et ce qu'il **observe**, permettra de débiter le travail de libération émotionnelle dont le patient psychotraumatisé a besoin. Cela favorisera également l'établissement des diagnostics en lien avec son traumatisme. La connaissance et la maîtrise de la dimension technique de la communication, facilitent les rapports soignant-soigné et contribuent à la verbalisation par le patient de sa souffrance.

3.3.2.3. Observation

L'observation «*ressemble au travail du détective. Il faut chercher des pistes et des indices pour découvrir le sens des paroles ou des comportements du client et comprendre ce qu'il est et ce qu'il vit* »³². En soins infirmiers, «*observer n'est pas simplement s'attacher à ce que l'on voit, c'est pénétrer beaucoup plus profondément la réalité qui se trouve sous nos yeux afin de la comprendre* »³³.

³¹ Margot PHANEUF, La relation soignant-soigné : rencontre et accompagnement, 2011, p. 3

³² Ibidem, p. 34

³³ Ibidem, p. 28

Margot PHANEUF préconise quatre étapes favorisant une bonne observation (le terme « *client* » signifie patient) :

Etape 1	Recueillir d'abord une impression globale plutôt passive de la personne et de la situation que l'on observe.
Etape 2	Compléter cette impression par une observation plus approfondie, en somme, par une observation construite. Il faut alors se demander : « Qu'est-ce que je vois ? », « Que cela signifie-t-il ? » afin d'effectuer une mise au point plus détaillée et de faire le tour des différents éléments observés.
Etape 3	Préciser cette image et procéder à une validation auprès du client. Elargir cette observation par le questionnement et par un examen physique, au besoin.
Etape 4	Interpréter ce que l'on a perçu et qui oriente le jugement clinique, ainsi que les actions à entreprendre.

L'observation a donc un rôle capital dans la relation, permettant la traduction de celle-ci, grâce à un processus intentionnel et réflexif où le soignant, par l'attention qu'il porte au patient, montre son intérêt à le comprendre. Ainsi, cette attitude tournée vers la personne soignée favorise la perception des signes et symptômes liés au traumatisme vécu. L'observation permet également à l'infirmier d'adapter son comportement en percevant la façon dont le patient réagit à ses paroles ou gestes.

3.3.2.4. Ecoute

L'écoute est un processus proche de l'observation, intégrant des attitudes d'accueil et de réceptivité permettant l'installation de la relation soignant-soigné. L'écoute est « *à la fois regard et observation, saisie des mots et de leur signification, des intonations de la voix et des émotions sous-jacentes. Mais elle n'est pas seulement une attente passive, elle devient parole, questionnement pour mieux découvrir et mieux comprendre* ». Elle « *mobilise la personne tout entière : les oreilles pour entendre, les yeux pour voir, le corps pour se tendre vers l'autre et demeurer attentive, tout autant que l'intelligence pour comprendre ce qui s'est manifesté* ». En soins infirmiers, « *l'écoute est à la fois présence et accompagnement de la personne avec qui nous sommes en interaction* »³⁴.

³⁴ Margot PHANEUF, La relation soignant-soigné : rencontre et accompagnement, 2011, p. 105

Trois étapes sont mises en avant par Margot PHANEUF dans le processus d'écoute :

<p>La saisie du message</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Attention à l'autre dans la totalité de son être. ● Acceptation de l'autre tel qu'il est : aspects physiques, comportements, émotions. ● Motivation à saisir le contenu de sa communication : contenu factuel, contenu informatif et contenu émotionnel. ● Attente de ce qu'exprime l'autre dans une position favorable.
<p>La compréhension et l'interprétation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Compréhension de ce qui est exprimé verbalement et non verbalement : information, émotions. ● Analyse intérieure de ce qui est exprimé et interprétation.
<p>La rétroaction</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Réaction quant à ce qui est manifesté : paroles, gestes, silence.

Ce processus en trois étapes, toujours selon elle, est caractérisé par la reformulation. *« Reformuler, c'est entendre, reconnaître les besoins et les émotions de l'autre et les lui présenter en miroir, sans donner mon point de vue et dans le but qu'il comprenne que je suis à son écoute et qu'il confirme ma compréhension »³⁵.*

L'écoute est donc un processus d'ouverture envers le patient, lui laissant le temps de s'exprimer, afin de comprendre ce qu'il formule et ressent et favorisant l'installation de la relation de confiance ainsi que de la relation d'aide.

3.3.2.5. Relation de confiance

La relation de confiance *« est un sentiment de sécurité, d'assurance et même d'espérance de bon soins que suscite la soignante attentive, responsable, capable de bien s'occuper du client. Celui-ci perçoit alors qu'il peut s'en remettre à elle pour la satisfaction de certains de ses besoins physiques et psychologiques, qu'elle sera présente en cas de complication et qu'il ne sera pas déçu »³⁶.*

Cette relation de confiance s'établit grâce aux compétences développées par l'infirmier lors de sa(es) rencontre(s) avec la personne soignée. Elle est la résultante d'une bonne communication, d'une observation et d'une écoute attentive des besoins du patient. Ainsi, ce dernier *« se sent accepté, compris, traité avec respect et avec certains égards, il réalise qu'il*

³⁵ Margot PHANEUF, La relation soignant-soigné : rencontre et accompagnement, 2011, p. 109

³⁶ Ibidem, p. 149

peut lui faire confiance »³⁷. Cette confiance, ce lien solide soignant-soigné, est un invariant permettant au patient, qui voit l'infirmier comme une ressource, de se confier. Ainsi la relation de confiance est l'élément de base permettant à la relation d'aide de se constituer. A ce titre, Paul RICOEUR, philosophe en sciences humaines et sociales, précise que « *la souffrance du patient induit une relation singulière qui se définit comme un pacte de soins basé sur la confiance, comme une alliance scellée entre deux personnes et dirigée vers un ennemi commun : la maladie* »³⁸.

3.3.2.6. Relation d'aide

La relation d'aide consiste, selon Carl ROGERS, psychologue humaniste chef de file de la relation d'aide, « *en un accompagnement psychologique pour les personnes en situation de détresse morale. Pour une personnalité normale, les fonctions de l'ego sont de faire face aux difficultés personnelles, de résoudre les conflits intérieurs et les problèmes situationnels. Le besoin d'aide apparaît lorsque la personne, tout en ayant une capacité de réflexion et de communication, éprouve à un degré variable une impuissance à comprendre et à se comprendre, à faire face, à s'en sortir* »³⁹.

Il définit alors celle-ci comme « *une situation dans laquelle l'un des participants cherche à favoriser chez l'une ou l'autre partie ou chez les deux une appréciation plus grande des ressources latentes internes de l'individu, ainsi qu'une plus grande possibilité d'expression et un meilleur usage fonctionnel de ces ressources* »⁴⁰.

Pour ce faire, Carl ROGERS formule une loi générale des habiletés nécessaires au soignant dans les relations interpersonnelles : « *Plus la congruence de l'expérience, de la conscience et de la communication de la part d'un individu est grande, plus la relation entraînera : une tendance à la communication réciproque avec une congruence accrue ; une tendance à une compréhension mutuelle plus exacte des communications ; un ajustement et un fonctionnement psychologiques accrus chez tous les deux ; une satisfaction mutuelle dans leurs rapports* »⁴¹.

Margot PHANEUF complète la définition de la relation d'aide en indiquant que celle-ci, dont les objectifs sont le soutien, l'apaisement et le réconfort, vise à « *la compréhension profonde de ce que vit la personne aidée, de sa manière de comprendre sa situation, de l'accepter ou de se révolter, de percevoir les moyens dont elle dispose pour la tolérer, pour résoudre ses problèmes ou tout simplement pour évoluer comme un être humain* »⁴².

³⁷ Margot PHANEUF, La relation soignant-soigné : rencontre et accompagnement, 2011, p. 149

³⁸ Ibidem, p.151

³⁹ Monique FORMARIER, Ljiljana JOVIC, Les concepts en sciences infirmière, 2012, p. 62

⁴⁰ Carl Ransom ROGERS, Le développement de la personne, 2005, p. 27

⁴¹ Ibidem, p. 227

⁴² Margot PHANEUF, La relation soignant-soigné : rencontre et accompagnement, 2011, p. 189

Elle détermine six étapes⁴³ reflétant, selon elle, l'utilisation de soi dans une démarche d'aide incluant les diverses habiletés à acquérir :

Faire connaissance avec le patient et gagner sa confiance.	Etape d'amorce de la relation où l'infirmière s'applique à créer le climat qui favorise le contact et à utiliser ses capacités d'accueil pour établir un lien professionnel et chaleureux avec le patient.
Créer un partenariat soignante-soigné.	La confiance qui s'établit entre la soignante et le soigné permet ensuite de créer un lien de collaboration favorisant l'acceptation du patient à s'investir dans son évolution vers un mieux-être.
Se mettre à l'écoute du patient et comprendre sa difficulté.	Afin de rendre ce partenariat productif, l'aidante doit se mettre à l'écoute du patient dans le but de bien comprendre sa difficulté. Sans une écoute attentive et chaleureuse, la relation d'aide ne peut exister, puisqu'on ne peut manifester de la compréhension pour quelqu'un que l'on ne connaît pas.
Reconnaitre la difficulté et le besoin d'aide du patient.	Le climat d'échange et d'écoute que crée l'aidante lui permet non seulement de découvrir les difficultés du patient et de lui faire comprendre qu'elle les reconnaît, mais aussi de saisir son besoin d'aide en fonction de ce qu'il est et de ce qu'il vit. Chaque personne étant différente par l'âge, par la condition sociale et l'expérience de vie, par l'état physique et mental, les besoins d'aide diffèrent, et la soignante doit bien les comprendre afin d'y répondre de manière adaptée.
Organiser l'intervention et soutenir le patient dans son action.	La relation d'aide est une relation active où s'effectue un véritable travail d'évolution du patient, de sa manière de se percevoir, d'envisager ses difficultés, de tolérer sa maladie et son traitement, de conserver une façon positive de voir la vie, de garder courage devant l'adversité et d'évoluer vers un mieux-être. Une fois entrepris par le patient, ce travail d'évolution demande aussi le soutien de l'aidante pour se poursuivre. Par leur partenariat, surtout dans une relation à plus long terme, non seulement oriente-t-elle la progression du patient, mais elle soutient aussi ses efforts.
Jeter un regard rétrospectif sur l'intervention.	Toute intervention doit être évaluée afin de conserver son caractère professionnel. En effet, sans ce regard rétrospectif, sans connaître la qualité de ce que l'on fait, sans remettre en question les résultats obtenus, il est difficile de comprendre le sens des interventions et de les remettre en question pour évoluer.

⁴³ Margot PHANEUF, La relation soignant-soigné : rencontre et accompagnement, 2011, p. 190

Maurice LIEGEOIS, psychologue et formateur de soignants à la pratique de l'écoute centrée sur la personne, précise trois rôles de l'infirmière en situation d'écoute ou d'entretien de soutien psychologique permettant au patient d'aller vers un mieux-être :

Rôle récepteur de l'infirmière :

« -Recevoir (et surtout ne pas prendre ou porter la souffrance du malade : importance de la distanciation), et écouter la souffrance du malade, avant de vouloir s'expliquer avec lui.
- Recevoir et écouter l'état de crise du malade pour l'aider à prendre du recul.
- Recevoir et gérer toutes les manifestations émotionnelles du malade (pleurs, larmes, cris, agressivité, accusation, injures, discours mortifère...).
- Encourager les effets cathartiques libérateurs des tensions psychologiques internes.
- Accueillir le malade avec chaleur humaine, l'installer et se mettre à son écoute.
- Ecouter et recevoir la détresse existentielle, la crise du malade.
- Recevoir les sanglots, les larmes, les cris, l'agressivité verbale.
- Recevoir les messages conceptuels, cognitifs, les faits, l'histoire.
- Accompagner le malade dans son cheminement de pensée. Pratiquer la reformulation sur le vécu pour faciliter l'expression du mal-être. Accueillir les effets cathartiques sans inquiétude »⁴⁴.

Rôle facilitateur de l'infirmière :

« - Aider le malade à raconter son histoire et à mettre des mots sur sa souffrance (processus de distanciation et de symbolisation par la parole).
- Faciliter la communication verbale du malade.
- Aider le malade à raconter les faits et le vécu de son histoire.
- Pratiquer l'écoute active, l'empathie. Etre congruent, avoir une attitude positive inconditionnelle.
- Pratiquer la reformulation sur les événements, les faits, l'histoire.
- Aider le malade à mettre du sens sur sa souffrance »⁴⁵.

Rôle clarificateur de l'infirmière :

« - Accompagner le malade dans ses prises de conscience par rapport à la situation.
- L'aider à se connecter à ses propres ressources.
- Aider le malade dans les processus de réorganisation de sa pensée.
- L'aider à dénouer les fils de son histoire pour clarifier sa pensée.
- Accompagner le malade dans la réélaboration de son système individuel de perception.
- L'encourager à refaire des liens et à donner du sens à sa vie.

⁴⁴ Maurice LIEGEOIS, L'entretien de soutien psychologique, 2012, p. 15

⁴⁵ Ibidem, Loc. cit.

- *L'encourager à expérimenter de nouveaux comportements.*
- *L'aider à se sentir lui-même vis-à-vis des autres »⁴⁶.*

Les différentes compétences relationnelles infirmières ci-dessus sont donc au service du repérage, permettant sa réalisation le plus précocement possible et favorisent l'établissement des diagnostics infirmiers de :

- Stratégies d'adaptation individuelle inefficaces
- Syndrome post-traumatique
- Risque de suicide

Les principales relevées sont en interactions les unes avec les autres afin de permettre le travail de libération émotionnel dont le patient a besoin via la verbalisation du vécu du traumatisme. Se complètent donc en autre : intentionnalité, analyse, réflexivité, attitude, habiletés, qualités communicationnelles, disponibilité, observation, acceptation, respect, écoute, empathie, congruence, confiance et relation d'aide.

Ces compétences, enrichies des confrontations multiples à ce type de situations, où la connaissance du processus d'installation du traumatisme psychique est l'étape initiale, sont également au service de l'interdisciplinarité où la collaboration avec le psychologue notamment, sera essentielle.

En effet, face à la complexité du traumatisme et du vécu de celui-ci, l'infirmier sera le premier maillon de la prise en charge psychologique du patient et de la coordination éventuelle des interventions des autres professionnels de santé, favorisant ainsi la synergie des compétences.

⁴⁶ Maurice LIEGEOIS, L'entretien de soutien psychologique, 2012, p. 15 et 16

4. ENQUÊTE : EXPLORATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE

4.1. Méthodologie d'enquête

J'ai réalisé des entretiens semi-directifs qualitatifs, d'une durée de 20 minutes environ, auprès de deux infirmières. Pour cela, j'ai orienté mes recherches dans un premier temps vers les services de chirurgie en centre hospitalier. Il était nécessaire pour moi de cibler les personnes interviewées en lien avec ma thématique. Il était donc indispensable que les personnes rencontrées soient (ou aient été) en contact avec des patients en situation de stress aigu ou de stress post-traumatique. L'objectif étant de rassembler des informations précises.

L'avantage de l'entretien semi-directif est que celui-ci a pour finalité une approche précise en matière de recueil d'informations. En effet, les questions ouvertes étaient accompagnées de relances permettant de centrer le discours sur les personnes sondées en relation avec ma thématique. Cela a engendré une liberté d'argumentation plus vaste et sans limite durant l'entretien. L'entretien semi directif a laissé place à un discours par un cadre prédéfini lors de l'entretien qui laisse la possibilité de développer et d'orienter les propos sur différents thèmes. L'analyse est d'autant plus constructive et permet d'amener des éléments de réponse aux premières hypothèses, et ainsi aider à cibler les problèmes, besoins et améliorations nécessaires.

J'ai choisi cette méthode d'exploration car elle permet aux personnes interrogées d'avoir un discours centré sur ma question de recherche grâce aux questions que j'ai préalablement réfléchies et consignées dans un guide d'entretien.

Ces questions, orientées vers mon thème, servent chacune à répondre à un objectif recherché par rapport à ma question de recherche.

L'accord des professionnels afin d'utiliser un dictaphone pour enregistrer l'entretien a été obtenu et était essentiel, afin que la retranscription de celui-ci soit la plus juste possible. L'anonymat est garanti et les réponses sont exclusivement destinées à la réalisation de mon travail écrit de fin d'études. Le guide d'entretien, les retranscriptions et la grille d'analyse sont insérés en annexes (annexes II, III, IV et V).

Le premier entretien a été réalisé au sein du service de l'infirmière, après avoir pris rendez-vous avec cette dernière, dans un bureau au calme, afin de ne pas être dérangé. Le second entretien a été réalisé dans les mêmes conditions (prise de rendez-vous dans un endroit calme), mais au domicile de l'infirmière afin que celle-ci soit entièrement disponible pour notre échange.

Hypothèses de départ :

Les spécificités des signes et symptômes relatifs au psychotraumatisme aigu ainsi que les recherches récentes sur les outils de repérages me permettent d'émettre les deux hypothèses suivantes :

Les connaissances partielles autour du psychotraumatisme aigu impactent les compétences relationnelles acquises de l'infirmière, permettant la détection précoce.

Les outils de repérages à disposition des services sont partiellement exploités.

4.2. Résultats et analyse

Afin d'effectuer une analyse claire et précise des réponses, je vais procéder par thématique. Dans un premier temps, j'analyserai le premier entretien (que j'appellerai IDE 1), puis dans un second temps le deuxième entretien (IDE 2). Ensuite je confronterai les réponses de chaque entretien.

4.2.1. Thématique du traumatisme psychique aigu

IDE 1 : La première infirmière rencontrée caractérise un événement potentiellement traumatisant par « *quelque chose de brutal* », soudain, ayant des répercussions physiques et psychologiques importantes et impactant la vie privée ainsi que professionnelle.

Selon elle, l'évènement traumatisant engendre une « *souffrance psychologique* » chez les patients, du « *stress* » et des interrogations sur son avenir. Elle ajoute que l'évènement, qualifié comme un « *choc* », a un impact psychologique majoré chez certains patients : « *ceux-là c'est encore plus aigu... tout est multiplié* ».

Cet état de stress aigu se manifeste, selon elle, de plusieurs manières : « *cauchemars, mal-être, pleurs, mutisme, regard fuyant* ». L'analyse de ses propos met également en avant les signes et symptômes suivants : amnésie, isolement et dévalorisation.

IDE 2 : La seconde infirmière rencontrée caractérise un événement potentiellement traumatisant par « *quelque chose de grave* » arrivé récemment, imprévu, « *où la personne n'était pas préparée* » et vécu comme un « *choc* » ayant des répercussions psychiques importantes.

Selon elle, l'évènement traumatisant engendre un « *choc émotionnel* » chez les patients se manifestant par de « *l'angoisse et du stress* ». Elle évoque l'incertitude autour de l'avenir et les interrogations qui en découlent auprès du patient ainsi que les répercussions sur la vie « *personnelle et professionnelle* ».

Les signes et symptômes qui se manifestent à la suite d'un événement traumatisant sont multiples selon elle : « *l'angoisse, l'isolement, les pensées obsessionnelles, les cauchemars, la peur et l'amnésie* ». L'analyse de ses propos met également en avant les symptômes d'hypervigilance et de reviviscence.

IDE 1 et IDE 2 : Les deux infirmières mettent en avant la soudaineté et la force de l'évènement potentiellement traumatisant qui vient perturber la vie du patient et soulignent l'impact psychologique de celui-ci.

L'angoisse et le stress sont majorés selon elles, en raison de ce changement d'état, de la peur de l'inconnu et de l'incertitude autour de l'avenir.

Les signes et symptômes, conséquences de cette confrontation à l'évènement inhabituel et brutal, sont connus et observés par les deux infirmières qui mettent communément en avant les notions de cauchemars, d'angoisse/stress et d'amnésie partielle ou totale.

Par rapport à la partie théorique de ce travail de recherche, les propos recueillis sont en corrélation avec les caractéristiques d'un événement potentiellement traumatisant. Les répercussions psychologiques de ce type d'évènement et notamment la notion de stress extrême sont en adéquation entre les propos des deux infirmières et les recherches effectuées à ce sujet. Au niveau des manifestations de l'état de stress aigu ou de l'état de stress post-traumatique, les éléments qui ressortent le plus entre la théorie et les propos des infirmières sont les notions de symptômes de reviviscence, d'amnésie dissociative, de conscience modifiée, d'effroi ainsi que la mise en place des différents mécanismes de défense.

4.2.2. Thématique des compétences relationnelles infirmières

IDE 1 : L'infirmière du premier entretien exprime que les compétences relationnelles infirmières sont exploitées de manière différente suivant le patient et souligne la singularité de chaque prise en charge. En effet, selon elle, si un patient est dans l'interrogation permanente ou dans un mutisme total par exemple, cela est un élément à analyser et à prendre en compte pour évaluer et « *diagnostiquer la souffrance psychologique* ». Elle associe l'observation à l'analyse, « *on le ressent après on met les signes* » et met en avant les concepts d'écoute, de relation d'aide (« *il faut pouvoir y répondre et surtout le rassurer sans lui mentir* »), d'altruisme et d'empathie (« *savoir se mettre à la place de l'autre* »).

Selon elle, l'infirmière combine un ensemble de compétences afin de repérer l'affection psychologique : « *l'infirmière doit être capable de, par ses diverses compétences, de diagnostiquer une souffrance psychologique* ».

IDE 2 : L'infirmière du second entretien exprime que les compétences relationnelles sont un « *savoir-faire* » au service de la relation. Elle met en avant le concept d'observation à de nombreuses reprises afin de détecter selon elle, le traumatisme psychique. Elle associe également ce « *savoir-faire* » relationnel à d'autres concepts interdépendants : l'écoute, la relation d'aide, l'accompagnement, la disponibilité et la confiance.

IDE 1 et IDE 2 : Les deux infirmières interrogées soulignent le rôle central majeur des compétences relationnelles infirmières au service du repérage du traumatisme psychique. Les concepts communs prédominants mis en avant sont l'observation, l'écoute et la relation d'aide. L'IDE 1 définit les compétences relationnelles comme un invariant à l'exercice de la profession infirmière en complément de l'IDE 2 qui les définit comme un savoir-faire.

Par rapport à la partie théorique de ce travail de recherche, je relève que les compétences relationnelles infirmières sont une combinaison de savoirs, savoir-être et savoir-faire où les compétences sont interdépendantes les unes aux autres afin de permettre le repérage du traumatisme psychique. Les deux entretiens vont dans ce sens et soulignent le rôle de l'observation dans ce repérage.

4.2.3. Thématique du repérage

IDE 1 : La première infirmière n'a pas connaissance d'outil comme un protocole ou un questionnaire facilitant le repérage du traumatisme psychique. Selon elle, l'outil principal du repérage « *est la détection des signes* » via les compétences relationnelles de l'infirmière. Ce repérage, selon elle, est favorisé par l'association des compétences des différents acteurs intervenants dans la prise en charge du patient et souligne que « *la collaboration est importante* », « *la discussion en équipe* » permettant de reconstituer « *les pièces du puzzle* ».

Au niveau des facteurs favorisant le repérage, cela se joue, selon elle, « *au niveau des compétences* » relationnelles de l'infirmière et met en avant la notion de « *savoir-être* » pour « *permettre une bonne communication* » avec le patient.

IDE 2 : La seconde infirmière interrogée exprime le fait de ne pas avoir d'outil permettant de faciliter le repérage en hôpital (« *on n'a pas grand-chose* »). Selon elle, le principal outil est le « *personnel soignant* » qui travaille en collaboration.

Le repérage serait facilité selon elle, par la « *conscience professionnelle* », la volonté d'« *accompagner sa patiente* » et à un moindre niveau par l'expérience.

IDE 1 et 2 : Les deux infirmières n'ont pas connaissance d'outil du type questionnaire ou guide d'évaluation permettant de faciliter le repérage. Elles expriment communément que l'outil principal de détection est les compétences relationnelles de l'infirmière en collaboration avec l'équipe prenant en charge le patient. L'IDE 1 met en avant le « *savoir-être* » en élément facilitateur du repérage alors que l'IDE 2 souligne la « *volonté d'accompagner* ».

Contrairement à la partie théorique qui permet de mettre en avant l'existence d'outils facilitant le repérage précoce d'une personne en situation de traumatisme psychique aigu, les deux infirmières interrogées n'expriment pas d'outil comme des questionnaires ou protocole préétablis. Cependant en complément des outils issus de recherches, les compétences relationnelles de l'infirmière influent, dans la théorie comme auprès des personnes interrogées, sur le repérage.

4.2.4. Hypothèses issues de la recherche : confrontation aux entretiens

Mes hypothèses de départ étaient les suivantes :

- Les connaissances partielles autour du psychotraumatisme aigu impactent les compétences relationnelles acquises de l'infirmière, permettant la détection précoce.
- Les outils de repérages à disposition des services sont partiellement exploités.

Les deux entretiens réalisés permettent une mise en corrélation entre les recherches effectuées au sujet du traumatisme psychique aigu et les connaissances acquises des infirmières interrogées, contrairement à mon hypothèse initiale. Les compétences relationnelles infirmières, concernant les deux témoignages recueillis, sont au service du repérage, en lien avec les connaissances autour du psychotraumatisme aigu. La distinction entre l'état de stress aigu et l'état de stress post-traumatique, énoncée dans la partie théorique, n'est pas entièrement effectuée par les personnes interrogées mais cela n'a aucune incidence, selon ce qui a été recueilli, sur le repérage du traumatisme psychique aigu.

Cependant, les deux entretiens confirment que les infirmières interrogées n'ont pas connaissance des outils de repérages issus de différentes recherches (questionnaires, ou guide d'évaluation) qui permettraient de faciliter la détection en lien avec les compétences relationnelles acquises.

5. DISCUSSION

La situation de départ rencontrée pendant mon stage en chirurgie orthopédique et traumatologique a été source de nombreuses questions pour moi, d'où l'importance d'aller plus loin dans l'analyse et la compréhension de ce qui c'était passé.

Les différentes recherches théoriques issues de sources variées et fiables m'ont permis de mieux appréhender la notion de traumatisme psychique aigu et plus particulièrement les notions d'état de stress aigu et d'état de stress post-traumatique.

La connaissance des signes et symptômes qui s'y rapportent me permettent de mieux comprendre la situation vécue, de mon point de vue, mais aussi l'impact de l'évènement sur la patiente.

L'importance du repérage précoce, afin d'éviter ou limiter l'apparition des troubles est donc essentiel. Ce dernier peut être facilité, selon mes recherches, par l'application d'outils existants et s'effectue en lien avec les compétences relationnelles infirmières dont le rôle central a été démontré au niveau des recherches théoriques.

Les entretiens menés auprès de deux infirmières sont en corrélation avec mes recherches théoriques concernant ma question de recherche qui est :

En quoi les compétences relationnelles infirmières influent-elles sur la qualité du repérage précoce d'une personne en situation de traumatisme psychique aigu ?

En effet, les outils de repérage qui existent sont méconnus par les infirmières interrogées et ne sont donc pas exploités, selon elles, en service de chirurgie afin de faciliter ce dépistage. Par contre, les compétences relationnelles infirmières, développées dans la partie théorique de mon travail écrit de fin d'études, sont mises en avant afin de repérer les signes et symptômes qui caractérisent le traumatisme psychique aigu (stress aigu ou stress post-traumatique). Les concepts relationnels les plus exprimés permettant d'établir les diagnostics infirmiers en lien avec le traumatisme vécu étant l'observation, l'écoute, les attitudes (disponibilité, empathie) et la relation d'aide.

La partie théorique des compétences relationnelles permet de mettre en avant que celles-ci s'acquièrent et se développent au service de la dimension technique du soin relationnel. Les entretiens confirment, selon les infirmières interrogées, que cet aspect technique du soin relationnel et les compétences mises en œuvre sont des invariants de la profession infirmière. En effet, les compétences permettent d'exercer son rôle propre et favorisent le repérage d'une personne en situation de traumatisme psychique.

Cependant il est important de noter les limites de cette étude menée. Effectivement, même si la partie théorique s'appuie sur des sources variées et fiables, la confrontation à la partie

pratique s'est effectuée auprès d'un échantillon limité d'infirmières (deux rencontrées). La question de recherche est selon moi pertinente, cependant, lorsque j'exprimais celle-ci auprès des infirmières avec lesquelles j'ai discuté de mon travail, il était nécessaire de la reformuler. En effet, la notion de compétences relationnelles infirmières est large et interprétative, et la notion de traumatisme psychique aigu est souvent floue. Le choix de l'outil d'exploration, l'entretien semi directif en l'occurrence, peut fausser le discours de la personne interrogée. En entretien face à face, la personne interrogée peut être sur la retenue et ainsi exprimer que partiellement ses pensées, afin de vouloir donner des réponses appropriées à mes questions. Les réponses à mes trois premières questions étaient assez proches et auraient peut-être nécessité une formulation différente, afin d'être au plus près des objectifs initiaux. Les relances m'ont permis de clarifier celles-ci et les résultats obtenus correspondent à ce qui était recherché en termes de contenu et de diversité.

CONCLUSION

Lors de ce travail d'initiation à la recherche, j'ai pu développer mon questionnement professionnel par rapport à la thématique que j'ai choisie. Mon questionnement et mes différentes recherches m'ont amené à une première question qui s'est affinée et précisée au fur et à mesure de mes lectures et guidances.

J'ai pu développer ensuite les concepts centraux en lien avec la note de recherche (annexe I), qui m'avait permis d'identifier les différentes références théoriques et conceptuelles. L'ensemble des recherches m'a permis de déterminer deux hypothèses que j'ai analysées par l'intermédiaire de deux entretiens semi-directifs auprès d'infirmières qui ont exercé en service de chirurgie et qui ont durant leur parcours, rencontrées des patients victimes d'évènements potentiellement traumatisants.

Ces entretiens ont confrontés mes hypothèses initiales en lien avec ma question de recherche : Les compétences relationnelles infirmières influent sur le repérage où la notion de traumatisme psychique est connue, cependant les outils de repérages, issus de recherches, ne sont pas exploités. Ce travail met en évidence le rôle majeur des compétences relationnelles de l'infirmière, afin d'établir les diagnostics en lien avec le traumatisme psychique ainsi que les améliorations possibles, comme l'utilisation des outils de dépistage.

La recherche est donc essentielle dans la profession infirmière dans le but d'aller vers une qualité des soins optimale. Cela démontre également, qu'en tant que futur professionnel, il est important de se questionner sur nos pratiques, de les remettre en question et de les comparer à ce qui se dit et ce qui se fait dans une démarche qualitative.

A ce sujet, les différentes recherches et entretiens m'amènent à m'interroger sur le rôle de la collaboration en lien avec ma thématique : En quoi la synergie des compétences influe sur le repérage et la prise en soins d'une personne en situation de traumatisme psychique aigu ?

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

FORMARIER, Monique, JOVIC, Ljiljana, *Les concepts en sciences infirmières*. 2e éd. Lyon : Mallet Conseil, 2012. 328 p.

LIEGEOIS, Maurice, *L'entretien de soutien psychologique*. 2e éd. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2012. 159 p.

MONFORT, Jean-Claude, BODIN, Christian, DI PRIMA, Umberto, *Entretien et relation d'aide dans des situations psychiatriques ou psychologiques difficiles*. 2e éd. Paris : Heures de France, 2011. 285 p.

PHANEUF, Margot, *La relation soignant-soigné : rencontre et accompagnement*. Montréal : Chenelière éducation, 2011. 306 p.

ROGERS, Carl Ransom, *Le développement de la personne*. Paris : Interéditions, 2005. 274 p.

Articles :

DISDIER Pierrick, *Le cauchemar post-traumatique ou le fantôme du trauma*. Soins psychiatrie, mai/juin 2017, n°310, p 41-44

FAVETTA Véronique, FEUILLEBOIS-MARTINEZ Brigitte, *Prendre soin et formation infirmière*. Recherche en soins infirmiers, Décembre 2011, n°107, p 60-75

FORMARIER Monique, *La relation de soin, concepts et finalités*. Recherche en soins infirmiers, Juin 2007, n°89, p 33-42

LEGER Isabelle, CLUDY Laurence, *Psychologue-infirmière, une collaboration enrichissante*. La revue de l'infirmière, Octobre 2011, n°174, p 40-42

LOUVILLE Patrice, SALMONA Muriel, *Clinique du psychotraumatisme*. Santé mentale, Mars 2013, n°176, p30-33

MENAUT Hervé, *Les soins relationnels existent-ils ? Vie sociale et traitements*, Mars 2009, n°101, p 78-83

TOVMASSIAN Laurent Tigrane, *Le traumatisme psychique : une clinique de l'effroi*. Santé mentale, Septembre 2015, n°200, p 28-34

Textes législatifs :

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. N° 183 du Journal Officiel, texte n° 37086, 8 août 2004. Page 37087

Décret n° 2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles. N° 0007 du Journal Officiel, texte n° 10, 9 janvier 2013. Page 716.

Documents numériques :

LEPAGE Martin, *L'état de stress post-traumatique : orientation du traitement sur la base d'une évaluation minutieuse des troubles physiques et mentaux comorbides*, [PDF], 2010, Disponible sur le web : <http://www.humeuretanxieteconferences.ca/crus/144-006%20French.pdf> [consulté le 27 janvier 2018]

Organisation Mondiale de la Santé et Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés, *Evaluation et prise en charge des affections spécifiquement liées au stress : module Guide d'intervention mhGAP*, [PDF], version 1.0 2013, Disponible sur le web : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112734/9789242505931_fre.pdf;jsessionid=4A5F905CAB7582596336AC0E1357AD49?sequence=1 [consulté le 17 mars 2018]

PHANEUF Margot, *Mécanismes d'adaptation et de défense chez le malade cancéreux*, [PDF], mis à jour 2013, Disponible sur le web : <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/03/Mecanismes-dadaptation-et-de-de%CC%81fense-chez-le-malade-cancZ%CC%8Creux.pdf> [consulté le 18 novembre 2017]

Sites internet :

Direction générale de la santé, Département des urgences sanitaires. *Les cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP)*, [en ligne], mis à jour : 2017, Disponible sur le web : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/article/les-cellules-d-urgence-medico-psychologique-cump> [consulté le 26 janvier 2018]

Haute Autorité de Santé, Santé publique et organisation des offres de soins. *Dépistage et prévention*, [en ligne], mis à jour : 31 août 2016, Disponible sur le web : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_410171/fr/depistage-et-prevention [consulté le 26 janvier 2018]

Institut de victimologie. *L'état de stress post traumatique (ESPT)*, [en ligne], Disponible sur le web : http://www.institutdevictimologie.fr/trouble-psychotraumatique/espt_21.html [consulté le 27/01/2017]

La sécurité routière, L'observatoire national interministériel de la sécurité routière. *Bilan provisoire de l'année 2017*, [en ligne], mis à jour : 01 février 2018, Disponible sur le web : <http://www.securite-routiere.gouv.fr/la-securite-routiere/l-observatoire-national-interministeriel-de-la-securite-routiere> [consulté le 09/02/2018]

MILLEQUAND Marie-Christine. Traumapsy. *Etude DEPITAC*, [en ligne], mis à jour : 20 janvier 2016, Disponible sur le web : <http://traumapsy.com/ETUDE-DEPITAC.html> [consulté le 03 mars 2018]

SALMONA Muriel. Mémoire traumatique et victimologie, [en ligne], Disponible sur le web : <https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/introduction.html> [consulté le 18 novembre 2017]

Archives CDI IFSI René MIQUEL

Programmes de formation en soins infirmiers de 1969, 1972, 1979, 1992 et 2009.

ANNEXES : I. Trame de la note de recherche

La note de recherche a permis de proposer, en amont du travail écrit de fin d'études, les références théoriques et conceptuelles envisagées en lien avec ma thématique et ma situation ainsi que la méthode d'enquête et les outils envisagés. Je souhaite mettre en annexe la partie approche conceptuelle de cette note de recherche, afin de mettre en évidence le cheminement de ce travail.

Trame :

Dans un premier temps, il est nécessaire de définir ce qu'est un **psychotraumatisme** (ou traumatisme psychique) et son processus, en mettant en évidence les troubles sur le psychisme de la victime en raison de la « force » de l'évènement subit. Pour cela je vais m'appuyer sur la définition de Louis CROCQ, psychiatre et docteur en psychologie, spécialiste des névroses de guerre, qui définit le psychotraumatisme comme un « *phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur.* »⁴⁷

Cette approche du traumatisme psychique sera enrichie grâce notamment à trois articles pertinents à ce sujet (publiés dans des revues reconnues : Santé mentale et Soins psychiatrie) dont les auteurs sont TOVMASSIAN Laurent Tigrane (Docteur en psychopathologie et psychanalyse), DISDIER Pierrick (IDE, DU en psychotraumatologie), et SALMONA Muriel (Psychiatre et psychothérapeute, responsable de l'institut de victimologie du 92 au moment de la rédaction de l'article, et présidente de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie). Ces auteurs ont rédigé ces articles en s'appuyant sur leur expertise et sur des ouvrages internationaux existants à ce sujet.

Ces mêmes articles, complétés par des informations obtenues en ligne via le site de l'institut de victimologie, une conférence scientifique canadienne sur les troubles de l'humeur et de l'anxiété axée sur l'état de stress post-traumatique et la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) vont me permettre de déterminer les éléments favorisant un **repérage** du traumatisme psychique : 4 questions simples, les symptômes associés (reviviscence, évitement, dissociation, dysphorie, hyperactivation et troubles comorbides). Cette notion de dépistage, souvent associée à celle de repérage, consiste, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « à identifier de manière présomptive, à l'aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue »⁴⁸. Ce repérage doit tenir compte des différents mécanismes psychiques

⁴⁷ <https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/introduction.html> [consulté le 18 novembre 2017]

⁴⁸ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_410171/fr/depistage-et-prevention [consulté le 26 janvier 2018]

de défense et d'adaptation que je listerais selon Margot PHANEUF. L'intérêt du repérage précoce étant de limiter ou éviter l'installation des troubles et leurs conséquences.

Le traumatisme psychique et les éléments de repérages étant déterminés, je vais axer ensuite mon mémoire sur les **compétences relationnelles infirmières**. André MONTESINOS, infirmier et docteur en psychologie, définit la compétence de l'infirmière comme « *l'ensemble des interactions entre ses aptitudes, ses expériences, ses formations et ses attitudes. Ces interactions lui permettent d'observer et de comprendre sa situation de travail, puis de juger, de décider et d'agir, afin d'apporter aux malades les soins dont ils ont besoin* »⁴⁹. Pour cela, je vais contextualiser et définir le soin relationnel en m'appuyant sur les programmes de formation infirmier de 1969 à nos jours, le cadre législatif (et donc le champ de compétence infirmier) et sur des articles publiés à ce sujet sur des revues reconnues : recherche en soins infirmiers, la revue de l'infirmière, vie sociale et traitements.

Enfin, des ouvrages (Carl ROGERS : *le développement de la personne*, Margot PHANEUF : *la relation soignant-soigné ; rencontre et accompagnement*, Maurice LIEGEOIS : *l'entretien de soutien psychologique*, Jean-Claude MONFORT : *entretien et relation d'aide dans des situations psychiatriques ou psychologiques difficiles*) me permettront de développer les compétences relationnelles infirmières : communication, observation, écoute, relation de confiance, relation d'aide.

Les différents champs disciplinaires explorés dans mes lectures sont donc les suivants : psychologique, législatif, anthropologique et infirmier.

Ces différentes lectures m'ont permis de préciser ma question de recherche, qui a évolué au fur et à mesure de celles-ci et de mes rencontres de guidance. En effet, au départ mes interrogations étaient plus axées sur l'accompagnement d'une personne polytraumatisée suite à la survenance d'un accident de la voie publique en situation de détresse morale. Les notions d'écoute, de verbalisation des maux et de prise en soins individuelle m'ont ensuite dirigées vers une autre question : Comment accompagner individuellement une personne en situation de traumatisme psychique dans son travail de libération émotionnelle ? Enfin, les notions de dépistage précoce et de compétences relationnelles m'amènent à cette question de recherche :

En quoi les compétences relationnelles infirmières influent-elles sur la qualité du repérage précoce d'une personne en situation de traumatisme psychique aigu ?

⁴⁹ Monique FORMARIER, Ljiljana JOVIC, Les concepts en sciences infirmières, 2012, p.111

ANNEXES : II. Guide d'entretien

Dans le cadre de la réalisation de mon travail écrit de fin d'études portant sur l'influence des compétences relationnelles infirmières, dans le repérage précoce d'une personne en situation de traumatisme psychique aigu, j'ai réalisé deux entretiens semi-directifs auprès de deux infirmières qui ont évolué en service de chirurgie et qui ont été confrontées à des patients potentiellement exposés à des évènements traumatisants.

Ces entretiens permettent de confronter la partie théorique des recherches documentaires préalablement réalisées à la pratique en service hospitalier de chirurgie. Ces moments d'échange permettent de recueillir des données, d'obtenir différents avis et clarifient mes recherches, afin de confirmer ou d'infirmer les hypothèses que j'ai émises, selon lesquelles :

- Les connaissances partielles autour du psychotraumatisme aigu impactent les compétences relationnelles acquises de l'infirmière, permettant la détection précoce.
- Les outils de repérages à disposition des services sont partiellement exploités.

Au préalable des entretiens, j'ai sollicité différents services de chirurgie, en précisant ma thématique ainsi que les conditions souhaitées d'entretien (semi-directif, d'une durée de 20 minutes environ) avant de prendre rendez-vous avec les personnes ayant répondu favorablement à mes sollicitations.

Au début de chaque entretien, j'ai de nouveau informé que le contenu de notre échange était exclusivement destiné à mon travail de fin d'études, que l'anonymat était garanti et ai demandé l'autorisation d'enregistrer avec mon téléphone, afin que la retranscription soit la plus précise possible.

Afin d'assurer la traçabilité de leur expérience en service de chirurgie et mettre en avant leur expertise, j'ai demandé aux deux infirmières, avant la partie questionnement, leur parcours professionnel.

A la fin des entretiens, j'ai remercié les deux infirmières de leur participation et du temps qu'elles m'ont accordées et les ai informé que je pourrais mettre à leur disposition mon travail de fin d'études, lorsque celui-ci aura été validé.

Thèmes	Sous thèmes	Objectifs	Indicateurs	Questions
Traumatisme psychique aigu	Caractéristiques de l'évènement et ressentie immédiat	Savoir les éléments qui caractérisent un évènement potentiellement traumatisant	Force de l'évènement Evènement soudain Evènement agressant Evènement menaçant la vie Réaction extrême du patient Vécu du patient Dissociation péri traumatique Effroi	1 et 1.1
	Répercussions psychologiques	Connaitre l'impact du traumatisme sur le psychisme du patient	Stress extrême Angoisse, anxiété Temporalité Troubles de plus en plus présents Perturbation des activités quotidiennes Comorbidités Isolement Suicide	2
	Signes et symptômes	Savoir si les troubles qui sont installés ou se développent sont connus	Reviviscence Evitement Symptômes dissociatifs Symptômes dysphorique Symptômes d'hyperactivation Mécanismes de défense	3
Compétences relationnelles infirmières		Déterminer quels sont les concepts relationnels prépondérants	Communication Observation Ecoute Relation de confiance Relation d'aide Habilités Intentionnalité Réflexivité	4
Repérage	Outils à disposition	Savoir les outils de détection utilisés	Questionnaires (primary care PTSD screen, Depitac) Protocoles (Evaluation selon guide OMS) Formation Autre	5
	Facteurs facilitateurs	Rechercher si d'autres facteurs facilitent le repérage	Parcours professionnel Parcours de formation Expérience	6

Lieux des entretiens : Bureau du service pour l'entretien 1, le 17 avril 2018
Domicile de l'infirmière pour l'entretien 2, le 26 avril 2018

Public ciblé : Deux infirmières avec de l'expérience en service de chirurgie

Durée de l'entretien : Environ 20 minutes d'échanges enregistrés, variable selon le déroulement de l'entretien.

Matériel utilisé : Dictaphone (téléphone portable) afin d'enregistrer l'entretien, avec accord au préalable.

Guide d'entretien avec les questions et relances préconstruites

Questions posées :

_Parcours : date de diplôme, parcours professionnel

-La thématique de mon mémoire associe traumatisme psychique et soin relationnel à la suite d'un Accident de la Voie Publique (AVP) :

1/ Que vous évoque la notion de traumatisme psychique aigu ?

Relance : Selon vous, qu'est-ce qui caractérise un événement potentiellement traumatisant et comment le patient en ressent-il l'exposition ?

1.1/ A la suite d'un événement traumatisant, on classe l'affection du patient en Etat de Stress Aigu ou Etat de stress Post-Traumatique. Que vous évoque ces notions ?

2/ Quels sont selon-vous les impacts, dans le temps, d'un tel évènement ?

Relance : Selon vous, comment évoluent les répercussions d'un tel évènement sur le psychisme du patient ?

3/ Chez un patient, comment détectez-vous et prenez-vous en charge ce traumatisme ?

Relance : Quels sont les symptômes que vous pouvez observer montrant que le patient est affecté psychologiquement par l'évènement vécu ?

4/ Selon vous, quelles sont les compétences relationnelles infirmières qui influent sur ce repérage du traumatisme psychique?

Relance : Selon vous, lors du soin relationnel, quels sont les concepts qui caractérisent la relation que vous développez le plus ?

5/ Quels sont les outils à votre disposition, au sein de l'hôpital, vous permettant de repérer précocement chez un patient un traumatisme psychique ?

6/ Selon-vous, y a-t-il une différence d'approche relationnelle suivant les soignants ? Et si oui, quels sont les facteurs qui influencent cette compétence relationnelle ?

Relance : Selon vous, qu'est-ce qui fait qu'un soignant est plus à l'aise au niveau relationnel face à un patient ayant vécu un évènement potentiellement traumatisant ?

ANNEXES : III. Retranscription de l'entretien 1 du 17 avril 2018

Pouvez-vous me présenter votre parcours professionnel ?

IDE (infirmière Diplômée d'Etat): *« J'ai été diplômée en 1993, pendant trois ans et demi j'ai été sur du roulant où je n'ai fait pas énormément de services. Ensuite j'ai intégré l'équipe de chirurgie jusqu'en 2016 où j'ai pris la place de faisant fonction de cadre de santé. Après, l'année dernière, je suis partie un an à l'école et je suis revenue en juillet sur l'équipe des urgences en tant que cadre, donc j'ai eue 18 ans d'expériences en chirurgie ».*

D'accord. On va débiter la phase de questions par rapport à mon mémoire. Que vous évoque la notion de traumatisme psychique aigu ?

L'IDE : *« C'est une souffrance psychologique très importante qui est détectable chez un patient. Il y plusieurs manifestations, qui peuvent être des cauchemars, un mal-être, des pleurs ou un mutisme complet. Vraiment plusieurs signes qui mettent un peu l'alerte à l'infirmière ».*

Et selon vous qu'est-ce qui caractérise un évènement potentiellement traumatisant ?

L'IDE : *« Un AVP, quelque chose de brutal, d'inattendu, donc un accident de la voie publique ou un accident de travail par exemple, avec des conséquences physiques importantes qui placent le patient dans une dépendance et un alitement prolongé ; Ça c'est très caractéristique. Surtout chez quelqu'un qui est habituellement très actif ».*

A la suite d'un évènement traumatisant on classe l'affection du patient en état de stress aigu ou de stress post-traumatique, que vous évoque ces notions ?

L'IDE : *« L'un va aussi avec l'autre parce que après un gros accident souvent les patients sont stressés, c'est le premier temps, parce que l'accident n'arrive jamais au bon moment dans la vie personnelle et la vie professionnelle du patient, il y a énormément de conséquences, une remise en question. Le patient va un peu dans l'inconnu, il ne sait pas ce qu'il va arriver, il ne sait pas comment il va récupérer, il ne sait pas comment il va être physiquement, s'il aura après des séquelles etc... ou s'il y aura un handicap donc ça questionne énormément le patient et psychologiquement il faut gérer. Donc souvent ça provoque un stress aigu et le patient on le sent parce qu'il est soit demandeur, il pose énormément de questions. Moi dans ma carrière, j'ai eu plusieurs cas : des patients qui posaient énormément de questions, qui se demandaient s'ils allaient pouvoir remarcher, si c'est un sportif, s'il allait pouvoir pratiquer de nouveau son sport, ou maintenir leur activité professionnelle. C'est énormément de questions pour le patient, qui ne sont pas forcément exprimées tout de suite, mais au fur et à mesure de l'hospitalisation, et il faut pouvoir y répondre et surtout le rassurer sans lui mentir ».*

Quels sont selon vous les impacts dans le temps d'un tel événement ?

L'IDE : « *Les impacts dans le temps, il y a plusieurs phases comme une phase de deuil, le patient va passer par plusieurs phases. Au départ, c'est le choc et puis après il va être aussi dans le déni « non moi je ne veux pas finir handicapé » ou quelque chose comme ça, il va passer par plusieurs phases jusqu'à temps qu'il accepte, l'acceptation. Oui, je dirais qu'il y a plusieurs phases et on les retrouve plus ou moins longues en fonction de l'atteinte physique du patient puis après on a quelques fois des patients qui sont fragiles donc ceux-là c'est encore plus aigu parce que pour ceux-là tout est multiplié ».*

Selon vous, comment évoluent les répercussions d'un tel événement sur le psychisme du patient ?

L'IDE: « *Beaucoup de stress et d'émotions, souvent des pleurs, on a eu une fois un jeune qui s'est retrouvé allongé, il ne savait pas s'il allait récupérer, il ne parlait pas, là c'est un cas de mutisme ».*

Un mutisme total ?

L'IDE : « *C'est ça, un mutisme total, il parlait très peu, fuyait nos regards, restait renfermé sur lui-même. Chacun réagit de façon différente, mais tout ce qui ne paraît pas normal doit alerter l'infirmière pour pouvoir prendre en charge le patient ».*

Justement, là vous êtes en train de faire le lien avec ma prochaine question qui est : Chez un patient, comment détectez-vous et prenez en charge ce traumatisme ?

L'IDE : « *Dès qu'on le sent, il y a des signes, mais aussi on le ressent quand le patient n'est pas bien. Il y a toutes ces émotions, c'est pesant dans la chambre, on sent l'ambiance et l'infirmière va dire il y a quelque chose qui ne va pas ; après on met les signes : il pleure, il ne mange pas, il ne parle pas, il ne bouge pas, il ne se rappelle que d'une partie de l'accident ou même pas du tout parfois, il se dévalorise donc tous ces signes-là vont alerter l'équipe paramédicale car il n'y a pas que l'infirmière, il y a aussi les aides-soignantes. L'aide-soignante qui est très proche du patient au niveau de la toilette notamment. Il y a des liens plus fort qui se créent et souvent les polytraumatisés se confient beaucoup aux aides-soignantes, c'est pour ça que les transmissions c'est hyper important parce que c'est là que l'on a toutes les informations et on peut déceler vraiment tous ce qui est problématique pour le patient pour pouvoir mettre des actions ensuite en route. Alors souvent ce que l'on faisait quand on avait un patient qui n'allait pas bien, c'est que l'on demandait une consultation psy, on faisait intervenir le psychologue parce que chacun ses spécialités et puis pour pas passer à côté de quelque chose et surtout pour avoir un traitement le plus adapté possible ».*

Selon vous quelles sont les compétences relationnelles infirmière qui influent sur ce repérage du traumatisme psychique ?

L'IDE : « *La sensibilité, l'altruisme, savoir aussi se mettre à la place de l'autre et ne pas dire c'est rien. Il faut voir un peu toute la dimension et toute les conséquences de l'AVP pour le patient, comme je le disais tout à l'heure des bouleversements au niveau de la vie privée des bouleversements au niveau vie professionnelle, si c'est un sportif, au niveau de sa vie sportive. Il y a énormément de dimensions à prendre en compte et chaque patient est unique chacun va réagir avec sa propre sensibilité, ses propres émotions, si il y a des patients qui sont un peu plus fragiles que d'autres c'est pas donné à tout le monde de passer des épreuves comme ça, parce que ce sont réellement des épreuves dans une vie. Un gros AVP, un polytraumatisme qui peut laisser des séquelles donc oui il faut que l'infirmière puisse accepter tout ça, être à l'écoute, observer le patient et prendre en charge la douleur du patient si bien la douleur physique que la douleur psychique* ».

Et qu'est-ce qui lui permet de capter tous ces éléments ?

L'IDE: « *Qu'est-ce qui lui permet ? je pense que c'est individuel mais pour la formation infirmière je pense qu'il faut et c'est nécessaire, de ressentir les choses. J'idéalise peut être un petit peu la fonction mais je pense que l'infirmière doit être capable de, par ces diverses compétences, de diagnostiquer une souffrance psychologique* ».

Quels sont les outils à votre disposition, au sein de l'hôpital, vous permettant de repérer précocement chez un patient ce traumatisme psychique ?

L'IDE : « *C'est la détection des signes qui va permettre de repérer comme des pleurs etc., ça va être tracé dans le dossier parce que ça c'est important que ce soit tracé. Et la discussion en équipe et le rôle des transmissions est très important, parce que le patient, il va se confier peut être pas tout de suite mais au bout d'un moment il va apporter des informations aussi bien à l'ASH qui va lui apporter son plateau repas qu'à l'aide-soignante qui va le laver, qu'à l'infirmière qui va faire des soins et quand on met tout ça en commun et souvent au moment des transmissions « et bien tiens moi il m'a dit que ça n'allais pas » et moi « il m'a dit que pour sa vie professionnelle il ne savait pas », donc quand on reconstitue les pièces du puzzle, on s'aperçoit un petit peu de l'étendu de l'impact sur le patient et là ça nous permet de voir où il se situe* ».

Est-ce qu'il y a des choses pré-établies ou des protocoles ou autres qui permettent le repérage?

L'IDE : « *Je ne sais pas s'il y a des protocoles, c'est plus le ressenti de l'infirmière* ».

Donc si je comprends bien, selon vous ce serait la collaboration entre les différents intervenants qui permettrait la détection au sein de l'hôpital ?

L'IDE : « *Tout à fait, je pense que la collaboration est importante* ».

Dernière question, selon vous y a-t-il une différence d'approche relationnelle suivant les soignants ? Et si oui, quels sont les facteurs qui influencent cette compétence relationnelle ?

L'IDE : *« Les différences d'approches ça va être au niveau des compétences je pense. Parce que comme je disais tout à l'heure une aide-soignante va être plus proche au niveau corps que l'infirmière. L'infirmière va se concentrer sur les antalgiques, la douleur, les perfusions, sur la partie technique surtout alors que l'approche de l'aide-soignante pour moi, dans un service de chirurgie, l'aide-soignante est hyper importante à cause de ça, parce que lors de la toilette, des soins nursing il va y avoir certainement des informations plus sensible qui vont être données ».*

Et, qu'est-ce qui va permettre à l'infirmière ou à l'aide-soignante de montrer qu'elle va être en capacité de recevoir ces informations ?

L'IDE : *« Je pense que c'est propre à chaque individu. Après on ne peut pas dire qu'il y a des personnes toujours très proches du patient, mais il faut aussi se mettre des barrières et se protéger mais par contre un contact et un bon relationnel c'est quand même important. On va se confier plus facilement à quelqu'un qui est sympathique et qui montre qu'il fait attention à nous, que à quelqu'un qui passe deux minutes dans la chambre et s'en va. Donc il y a un minimum de savoir être pour permettre la bonne communication entre les deux personnes ».*

ANNEXES : IV. Retranscription de l'entretien 2 du 26 avril 2018

La thématique de mon mémoire associe traumatisme psychique et soin relationnel à la suite d'un accident de la voie publique, est ce que vous pouvez me parler de votre parcours professionnel ?

L'IDE : *« Alors moi, j'ai été diplômée en 2004, je suis partie travailler un mois sur Paris et je suis revenue sur les Ardennes. J'ai ensuite travaillé six mois en maison de retraite et après j'ai fait presque toute ma carrière en service actif : mon contrat c'était un mois en chirurgie orthopédique, un mois en chirurgie ORL, puis j'ai eu un temps plein en orthopédie. J'ai eu un grave accident de voiture en décembre 2012 et au bout d'un an d'arrêt, quand je suis revenue, j'ai bossé en hôpital de semaine de chirurgie. Depuis le 1 janvier 2018, je suis en libéral, je me suis installée ».*

Première question : Que vous évoque la notion de traumatisme psychique aigu ?

L'IDE : *« Alors un traumatisme psychique aigu c'est un traumatisme récent à la suite de quelque chose de grave, comme un accident de voiture. C'est un choc, un choc émotionnel que la personne vient de vivre, quelque chose qui n'était pas prévue, où elle n'était pas préparée et qui vient perturber sa vie personnelle et professionnelle et qui a des répercussions hyper importantes sur son moral, avec beaucoup de questions sur ce qu'elle va devenir, pourquoi ça lui est arrivée à elle ».*

A la suite d'un évènement traumatisant, on classe l'affection du patient en Etat de Stress Aigu ou en Etat de Stress post traumatique. Que vous évoque ces notions ?

L'IDE : *« Je pense qu'aussitôt l'accident survenu, la patiente est angoissée, stressée à cause de ce qu'elle vient de vivre avec la peur de l'inconnu, comme je l'ai été. Pour l'état de stress post traumatique, je pense que c'est ce qui arrive ensuite, dans un deuxième temps, avec toutes les réactions qui arrivent plus tard. Parce qu'au début, on subit l'accident, on ne sait pas trop ce qui se passe, c'est hyper stressant, et ensuite, le fait de rester aliter, la peur du changement de vie, ça occasionne d'autres réactions, d'autres doutes ».*

Quels sont selon vous les impacts, dans le temps, d'un tel évènement ?

L'IDE : *« Les questions : la patiente se pose plein de questions : Est-ce que je vais pouvoir remarcher ? Est-ce que je vais pouvoir retravailler ? Comment je vais finir ? La peur de l'inconnu, la patiente se pose plein de questions, tout le temps, c'est même presque une obsession, elle doute d'elle-même, est-ce qu'elle pourra reprendre sa vie comme avant ? Du coup toutes ces questions, ça l'angoisse, et puis de se sentir inutile, de ne pouvoir rien faire ça joue sur le moral. On a plus envie de rien faire, on s'isole un peu ».*

Chez un patient, comment détectez-vous et prenez-vous en charge ce traumatisme ?

L'IDE : *« Des cauchemars, la personne revit souvent son accident, ou elle sursaute au moindre bruit. Par exemple pour l'AVP, là, généralement la patiente a eu peur, ça dépend du choc qu'elle a eu, si c'est un petit ou un gros accident, je parle d'un gros accident. La peur aussi de reprendre le volant, la peur de refaire le trajet, la peur de la sortie de l'hôpital, parce qu'à l'hôpital elle est entourée, il y a tout le temps quelqu'un, il y a un lit médicalisé, il y a une sonnette. On le voit aussi à son visage, dans son comportement où elle pleure, la douleur, les mimiques, elle n'est pas bien, elle est angoissée ou même elle a une amnésie des faits ».*

Quels sont les symptômes que vous pouvez observer montrant que le patient est affecté psychologiquement par l'évènement vécu ?

L'IDE : *« En fait, c'est le comportement général du patient, on voit si le patient est bien ou pas bien, tu vois quand il est angoissé ou pas. Du coup faut être à l'écoute, faire de la relation d'aide et lui proposer de voir un psychologue pour en parler ».*

Selon vous, quelles sont les compétences relationnelles infirmières qui influent sur ce repérage du traumatisme psychique ?

L'IDE : *« Comme je l'ai dit juste avant, en fait c'est l'écoute et la relation d'aide. On voit quand la personne n'est pas bien donc il faut accompagner la patiente, prendre plus de temps avec elle, parce qu'on sait qu'elle n'est pas bien et qu'elle va peut-être avoir besoin de parler. Il faut rester un peu plus avec elle, être plus présente et douce. En fait, c'est un savoir-faire, ton savoir à toi, pour installer de la confiance aussi ».*

Quels sont les outils à votre disposition, au sein de l'hôpital, vous permettant de repérer précocement chez un patient un traumatisme psychique ?

L'IDE : *« On n'a pas grand-chose, après c'est le personnel soignant qui est avec. Donc ça passe par les ASH, parce qu'il ne faut pas les oublier non plus, ça passe par l'aide-soignante aussi et ça passe par l'infirmière. L'aide-soignante déjà pendant une toilette, elle a déjà plus de temps avec la patiente que nous en tant qu'infirmière. L'infirmière, elle passe, fait un soin ponctuel comme un antalgique, alors que l'aide-soignante pendant une toilette, une toilette elle en a pour une bonne demi-heure généralement, les personnes parlent plus à ce moment-là qu'avec nous. Après, quand on passe, il faut savoir prendre un peu de temps pour discuter avec son patient ».*

Donc l'outil principal pour vous, ça serait la collaboration au sein des équipes ?

L'IDE : *« Oui et conscience professionnelle ».*

Selon vous, y a-t-il une différence d'approche relationnelle suivant les soignants ? Et si oui, quels sont les facteurs qui influencent cette compétence relationnelle ?

L'IDE : « Il y a l'expérience mais ça peut jouer sans ne pas plus jouer que ça. En fait c'est la façon de l'infirmière d'être tous les jours. Voilà, c'est sa façon de vouloir accompagner sa patiente ... Comment exprimer ça avec des mots français ? »

Ça serait l'intentionnalité, la volonté de faire les choses ?

L'IDE : « Oui, et comment tu es motivé, comment tu réagis, comment tu as envie de travailler ».

ANNEXES : V. Grille d'analyse des résultats

	Thème : Traumatisme psychique aigu			Thème : Compétences relationnelles infirmières	Thème : Repérage	
	Caractéristiques de l'évènement et ressenti immédiat	Répercussions psychologiques	Signes et symptômes	Concepts	Outils à disposition	Facteurs facilitants
E N T R E T I E N 1	<p>« quelque chose de brutal, d'inattendu... avec des conséquences physiques importantes qui placent le patient dans une dépendance et un alitement prolongé »</p> <p>« des bouleversements au niveau de la vie privée des bouleversements au niveau professionnel »</p>	<p>« c'est une souffrance psychologique »</p> <p>« souvent les patients sont stressés »</p> <p>« il ne sait pas comment il va récupérer, il ne sait pas comment il va être physiquement, s'il aura des séquelles »</p> <p>« ça provoque un stress aigu »</p> <p>« au départ c'est le choc »</p> <p>« on a parfois des patients qui sont fragiles donc ceux-là c'est encore plus aigu ... tout est multiplié »</p> <p>« Beaucoup de stress et d'émotions »</p>	<p>« Il y a plusieurs manifestations, qui peuvent être des cauchemars, un mal être, des pleurs, ou un mutisme complet »</p> <p>« il va passer par plusieurs phases jusqu'à temps qu'il accepte »</p> <p>« il ne parlait pas, là c'est un cas de mutisme »</p> <p>« fuyait nos regards, restait renfermé sur lui-même »</p> <p>« il y a des signes »</p> <p>« il pleure, il ne mange pas, il ne parle pas, il ne bouge pas, il ne se rappelle que d'une partie de l'accident ou même pas du tout parfois »</p> <p>« il se dévalorise »</p>	<p>« on le sent, parce qu'il est soit demandeur, il pose énormément de questions...qui ne sont pas forcément exprimées tout de suite mais au fur et à mesure de l'hospitalisation »</p> <p>« il faut pouvoir y répondre et surtout le rassurer sans lui mentir »</p> <p>« tout ce qui nous paraît pas normal doit alerter l'infirmière »</p> <p>« on le ressent après on met les signes »</p> <p>« la sensibilité, l'altruisme, savoir se mettre à la place de l'autre »</p> <p>« chaque patient est unique »</p> <p>« être à l'écoute, observer le</p>	<p>« c'est la détection des signes »</p> <p>« la discussion en équipe »</p> <p>« on reconstitue les pièces du puzzle »</p> <p>« je ne sais pas s'il y a des protocoles, c'est plus le ressenti de l'infirmière »</p> <p>« je pense que la collaboration on est importante »</p>	<p>« ça va être au niveau des compétences »</p> <p>« un contact et un bon relationnel c'est quand même important »</p> <p>« un minimum de savoir être pour permettre la bonne communication »</p>

				<p>patient »</p> <p>« prendre en charge la douleur du patient si bien physique que la douleur psychique »</p> <p>« l'infirmière doit être capable de , par ces diverses compétences, de diagnostiquer une souffrance psychologique »</p>		
	Thème : Traumatisme psychique aigu			Thème : Compétences relationnelles infirmières	Thème : Repérage	
	Caractéristiques de l'évènement et ressenti immédiat	Répercussions psychologiques	Signes et symptômes	Concepts	Outils à disposition	Facteurs facilitants
E N T R E T I E N 2	<p>« un traumatisme récent à la suite de quelque chose de grave »</p> <p>« c'est un choc »</p> <p>« quelque chose qui n'était pas prévu, où elle n'était pas préparée »</p> <p>« répercussions hyper importantes sur son moral »</p>	<p>« un choc émotionnel »</p> <p>« qui vient perturber sa vie personnelle et professionnelle »</p> <p>« beaucoup de questions sur ce qu'elle va devenir, pourquoi ça lui est arrivée à elle »</p> <p>« la patiente est angoissée, stressée »</p> <p>« la patiente se pose plein de questions »</p>	<p>« c'est même presque une obsession »</p> <p>« elle doute d'elle-même »</p> <p>« ça l'angoisse, et puis de se sentir inutile »</p> <p>« on s'isole un peu »</p> <p>« des cauchemars la personne revit souvent son accident, ou elle sursaute au moindre bruit »</p> <p>« la peur »</p>	<p>« on le voit à son visage, dans son comportement »</p> <p>« on voit si le patient est bien ou pas bien, tu vois quand il est angoissé ou pas »</p> <p>« être à l'écoute, faire de la relation d'aide et lui proposer de voir un psychologue pour en parler »</p>	<p>« on n'a pas grand-chose »</p> <p>« après c'est le personnel soignant qui est avec »</p>	<p>« Conscience professionnelle »</p> <p>« l'expérience »</p> <p>« vouloir accompagner sa patiente »</p>

			<p><i>« elle pleure, la douleur, les mimiques, elle n'est pas bien, elle est angoissée ou même elle a une amnésie des faits »</i></p>	<p><i>« il faut accompagner la patiente, prendre plus de temps avec elle »</i></p> <p><i>« être plus présente et douce »</i></p> <p><i>« c'est un savoir-faire, ton savoir à toi, pour installer de la confiance aussi »</i></p> <p><i>« il faut savoir prendre un peu de temps pour discuter »</i></p>		
--	--	--	---	---	--	--