

Travail écrit de fin d'études – Diplôme d'État Infirmier

Quand la technicité du soin questionne la relation soignant-soigné



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

Directrice de mémoire : SCHILTZ Sylvia

Date de rendu : 26 mai 2026

I.F.S.I. de l'E.R.F.P.P. du G.I.P.E.S. d'Avignon et du Pays de Vaucluse

Note aux lecteurs et lectrices :

*« Il s'agit d'un travail personnel et ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie
sans l'accord de son auteur. »*

*« Une pratique soignante de qualité
est celle qui prend du sens dans la situation de vie de la personne soignée. »*

Walter Hesbeen, *La qualité du soin infirmier*

Remerciements

Ça y est... j'arrive au bout... de ces trois années !

Trois années intenses, éprouvantes, remplies de doutes et de sacrifices.

Trois années pendant lesquelles je me suis demandé si j'allais réussir à tenir.

Entre ma vie de famille, les responsabilités du quotidien et les exigences de cette formation, ce mémoire a représenté bien plus qu'un simple travail de fin d'études. Je ne compte pas les nuits blanches passées à rédiger, à recommencer, à vouloir sans cesse que tout soit parfait. La peur constante de ne pas être à la hauteur ou de ne jamais réussir à terminer à temps...

Aujourd'hui, je réalise tout le chemin parcouru jusqu'ici et toute la force qu'il m'a fallu pour ne pas abandonner.

Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Mme Schiltz, pour sa disponibilité et sa bienveillance tout au long de ce travail.

Je remercie également ma formatrice référente, Mme Ollivier, qui, dans les moments difficiles où je perdais confiance en moi, a su trouver les mots pour me rassurer.

Une pensée toute particulière à Lola, Asma, Anissa, Louise et Fallone, pour leur aide précieuse. Sans elles, ce mémoire n'aurait jamais été le même.

À mon père... merci.

Merci pour tout ce que tu as fait durant ces trois années, pour avoir été présent chaque samedi pour les enfants afin que je puisse avancer. Sans ton aide, rien n'aurait été possible.

Merci aussi à ma sœur pour son soutien et son aide tout au long de cette formation.

À mon mari Anthony, qui a suivi toute mon évolution, qui a supporté mon stress, mes sautes d'humeur, mes absences... Merci d'avoir continué à croire en moi lorsque moi-même, je n'y arrivais plus.

Et enfin, à mes enfants, Emmy, Djessy et Anthony.

Merci d'avoir supporté une maman souvent fatiguée, stressée, moins présente et moins patiente. Vous avez avancé avec moi dans cette aventure sans vraiment avoir le choix. Rien que pour ça : Merci.

Vous êtes ma plus grande motivation et ma plus grande fierté.

Aujourd'hui, ce mémoire représente pour moi bien plus qu'un diplôme. Il représente un combat personnel, beaucoup de sacrifices, mais surtout la fierté de ne jamais avoir abandonné.

Table des matières

Introduction	1
1. Situation d'appel.....	3
1.1. Description de la situation vécue	3
1.2. Analyse de la situation vécue et questionnements	7
2. Question de départ	11
3. Cadre de référence.....	11
3.1. La qualité du soin infirmier	11
3.1.1. Définition du soin	11
3.1.2. Définition du soin infirmier	15
3.1.3. Les composantes du soin infirmier	18
3.1.3.1. La dimension relationnelle	19
3.1.3.2. La dimension technique	22
3.2. La relation soignant-soigné : composante de la qualité du soin infirmier	24
3.2.1. Définition de la relation soignant-soigné	24
3.2.2. La relation de confiance	27
3.2.3. La communication dans le soin	30
3.3. L'expertise clinique infirmière.....	32
3.3.1. Définition de l'expertise professionnelle	32
3.3.2. De novice à expert	35
3.3.3. Rôle de l'infirmière experte en plaies et cicatrisation selon le cadre réglementaire	38
3.3.4. L'impact de l'expertise sur la relation soignant-soigné	41
4. Enquête exploratoire	42
4.1. Méthode utilisée	42
4.2. Outil utilisé : L'entretien semi-directif.....	43
4.3. Guide d'entretien	44
4.4. Population choisie	45
4.5. Lieu d'investigation	46
4.6. Mode opératoire	47
4.7. Le déroulement de l'enquête	47
4.8. Les limites et les réajustements du travail de recherche	48
5. Présentation et analyse des entretiens	50
5.1. Présentation des entretiens.....	50
5.2. Analyse croisée des données	53
5.2.1. La relation soignant-soigné.....	53

5.2.2. L'expertise infirmière.....	58
5.2.3. La qualité du soin infirmier	63
5.3. Synthèse de l'enquête exploratoire.....	68
6. De la problématique à la question de départ	69
Conclusion	71
Bibliographie.....	73
Sommaire des annexes.....	76

Introduction

Aujourd'hui, la prise en charge des plaies chroniques représente un véritable enjeu de santé publique en France.

Selon la *Société Française et Francophone des Plaies et Cicatrisations (SFFPC)*, environ 2,5 millions de personnes présentent une plaie en France. (*Snitem INFO*, automne 2025, n°239, p.3). Les personnes concernées touchent principalement des personnes âgées ou atteintes de pathologies chroniques, ce qui demande des soins réguliers, techniques et parfois douloureux.

Dans la pratique infirmière, la qualité des soins ne se limite pas à des gestes techniques. Elle dépend aussi beaucoup de la relation qui se crée avec le patient. L'écoute, la communication, l'accompagnement et l'attention portée à la personne soignée occupent sont essentiels, surtout lorsque celle-ci est fragilisée par la douleur, l'angoisse ou une perte d'autonomie. Pour assurer une prise en charge adaptée, l'infirmier doit donc savoir associer compétences techniques et qualités relationnelles. Cependant, dans certaines situations de soins plus complexes, la technicité peut prendre beaucoup de place et parfois rendre la relation soignant-soigné plus difficile à maintenir.

Aujourd'hui, les prises en charge sont de plus en plus complexes. De nombreux patients présentent plusieurs pathologies et nécessitent des traitements lourds ainsi que des soins de plaies très techniques. Les infirmiers doivent alors développer davantage de connaissances, d'expériences et de compétences afin d'adapter leurs soins aux besoins de chaque patient.

Dans son ouvrage *De novice à expert*, Patricia Benner explique que l'infirmière experte : « agit à partir d'une compréhension profonde de la situation globale ». (Benner, 1995, p. 32).

Cette réflexion montre que l'expertise infirmière se construit progressivement grâce aux expériences vécues sur le terrain. L'infirmière ne réalise pas uniquement un geste technique : elle prend aussi en compte le vécu, les besoins et les réactions du patient face à la situation.

Au cours des différents stages réalisés pendant ma formation en soins infirmiers, j'ai été amenée à participer à la prise en charge de patients présentant des plaies nécessitant des soins spécifiques. Ces expériences m'ont permis d'observer différentes pratiques professionnelles ainsi que différentes façons d'entrer en relation avec les patients pendant les soins.

Lors d'un stage réalisé dans un service de médecine/SMR (Soins Médicaux et de Réadaptation), j'ai vécu une situation qui a particulièrement retenu mon attention. J'ai assisté à la réfection d'un pansement complexe et douloureux réalisée par une infirmière experte en plaies et cicatrisation. La présence de cette infirmière lors de ce soin complexe et douloureux, m'a interpellée. Je me suis alors interrogée sur la place de la relation soignant-soigné dans ce type de prise en charge très technique ainsi que sur l'équilibre entre technicité du soin et accompagnement relationnel du patient.

Ce travail de recherche débutera par l'analyse de cette situation vécue en stage, ainsi que des questionnements qu'elle a fait émerger.

Il abordera ensuite les notions de soin infirmier, de relation soignant-soigné et d'expertise clinique infirmière.

Enfin, il s'intéressera plus particulièrement à l'impact de l'expertise en plaies et cicatrisation dans la prise en charge des patients.

1. Situation d'appel

1.1. Description de la situation vécue

Nous sommes le jeudi 9 janvier 2025, je suis étudiante infirmière en deuxième année et je suis en stage dans un service de Médecine/SMR (Soins Médicaux et de Réadaptation) dans le sud de la France, en plage horaire de 12 h. Ce service est un service du Pôle dépendance où l'on accueille généralement des patients âgés de 60 ans et plus, atteints d'un déficit de la mobilité soit dû à un traumatisme, soit lié à une affection neurologique. Ce service assure la prise en charge de patients en rééducation, en réadaptation et en convalescence. Ils peuvent y rester maximum trois semaines dans l'attente d'une mise en place d'un projet de vie (retour à domicile, accueil dans un EHPAD...).

Ma situation se passe lors de mon quatrième jour de stage. Il est 11 h. Je viens de terminer la toilette d'une patiente. Je transmets à l'aide-soignante du service l'ensemble des informations nécessaires, que je juge importantes pour la continuité des soins concernant cette patiente.

Je rejoins ensuite l'infirmière du service dans la salle de soins. Elle est en train de préparer sur un chariot adaptable, l'ensemble du matériel nécessaire pour la réfection d'un pansement d'une patiente que je nommerai Carmeline, entrée la veille dans le service. J'observe l'infirmière et je prends note de tout ce qu'elle prépare afin de pouvoir être autonome dans la préparation de ce pansement la prochaine fois qu'elle me le demandera.

Carmeline est âgée de 78 ans et est atteinte d'un cancer du sein diagnostiqué en 2022, de stade 3 non opérable. Sur le plan psychique, elle ne présente aucuns troubles cognitifs mais, sur le plan physique, se mobilise peu. Ses difficultés à la marche étaient déjà présentes avant son hospitalisation. Elle présente un ulcère du membre inférieur droit. La réfection de ce pansement est réalisée tous les jours, car l'ulcère produit des exsudats importants. En ce qui concerne son projet de vie, elle est dans l'attente d'une place en EHPAD, à sa demande, car elle exprime ne pas vouloir être une charge pour son mari et ses enfants.

L'infirmière m'informe qu'elle va refaire le pansement d'ulcère de Carmeline et m'indique que, trente minutes avant chaque réfection, elle prend un traitement morphinique par voie orale

prescrit par le médecin du service afin de palier à sa douleur. Elle me confirme en même temps la bonne prise de ce traitement par Carmeline il y a trente minutes.

Elle m'informe également qu'une infirmière experte en « plaies et cicatrisation », détachée du service, va l'accompagner pour effectuer ce soin.

Afin de faciliter la compréhension de cette situation, je nommerai l'infirmière du service « infirmière A » et l'infirmière experte en plaies et cicatrisation « infirmière B ».

Une fois la préparation du chariot terminé, nous nous dirigeons vers la chambre de Carmeline. Contrairement à l'infirmière, qui la connaît, car elle l'a déjà prise en charge la veille, moi, je ne la connais pas et je ne l'ai jamais vue.

Nous frappons à la porte de la chambre et attendons l'autorisation d'entrer.

Lorsque nous entrons, Carmeline est assise dans son lit, son mari est présent à ses côtés. Il paraît triste et découragé. Habituellement, les visites ne sont pas autorisées le matin dans le service mais, à la demande de la patiente et à titre exceptionnel, un accord lui a été donné afin que son mari puisse lui apporter des affaires.

Afin de réaliser le soin, l'infirmière du service demande à celui-ci de sortir. Il lui répond que, justement, il allait partir. Il embrasse sa femme et s'en va. L'infirmière explique à Carmeline qu'elle va refaire son pansement d'ulcère et qu'une infirmière experte en plaies et cicatrisation va la rejoindre car elle veut voir sa plaie afin de savoir si le protocole est adapté ou non et s'il faut éventuellement le changer. Pendant que l'infirmière rentre le chariot satellite, je m'approche de Carmeline et me présente à elle. Étant donné que nous ne nous connaissons pas, je lui demande si cela ne la dérange pas que je sois présente pour la réfection du pansement. Elle me regarde avec un demi-sourire et me fait signe de la tête que « non ».

L'infirmière B arrive à ce moment-là, se présente brièvement à Carmeline et se place de l'autre côté du lit, face à l'infirmière A. Je choisis de me mettre en retrait et me place au bout de lit afin d'avoir un large champ de vision sur ce qui va se passer. Du fait de ma position, je remarque que Carmeline est triste, stressée et ne semble pas avoir le moral.

Elle demande aux infirmières d'une voix tremblante :

« Vous avez beaucoup de patients qui ont des ulcères aussi gros que le mien dans ce service ? »

L'infirmière A, lui répond « non », d'un hochement de tête.

Les infirmières commencent à ôter le pansement souillé. Carmeline grimace et dit :

« Doucement s'il vous plaît, j'ai vraiment très mal à ma jambe ! »

L'infirmière A lui répond :

« Nous ne pouvons pas faire plus doucement ! Vous avez eu un antidouleur il y a trente minutes ! Un peu de patience s'il vous plaît, il n'y en a pas pour longtemps ! »

Pendant que l'infirmière B maintient la jambe de Carmeline afin d'éviter qu'elle ne bouge, l'infirmière A procède au nettoyage de la plaie selon le protocole. L'ulcère est impressionnant, je n'en ai jamais vu d'aussi volumineux. La plaie est profonde et exsudative. Carmeline a le visage tourné sur le côté et hurle de douleur. Elle souffre.

Elle gesticule dans tous les sens et dit aux infirmières en levant le ton :

« La douleur est insupportable, arrêtez maintenant ! »

L'infirmière A lui répond sans même la regarder :

« Ça va aller ! Nous nous dépêchons ! »

De par ma position, je reste sans voix. Les infirmières restent concentrées et ne prêtent pas attention à la verbalisation de la douleur de Carmeline. Je suis étonnée de leur réaction et continue de les observer. Leurs gestes sont précis. Je vois qu'elles ont l'habitude de réaliser ce type de pansement, elles n'hésitent pas une seule seconde lors de sa réalisation.

Son membre inférieur est ulcéreux des deux côtés, le pansement prend du temps...

De son côté, Carmeline continue à perdre patience. Les infirmières ont du mal à la calmer :

« Arrêtez de bouger s'il vous plaît ! C'est presque fini ! »

Carmeline a les larmes aux yeux, je peux lire sa souffrance sur son visage. Elle est forte et se retient de pleurer. J'ai envie de lui tenir la main et de lui dire que c'est bientôt fini, mais je n'interviens pas et reste à ma place. L'ambiance est pesante. Les infirmières sont silencieuses et focalisées sur leur soin. Elles ne laissent paraître aucunes émotions et ne disent aucun mot, ce qui me met mal à l'aise. Je ne pense qu'à une chose : que le soin se termine et que je puisse sortir de la chambre. C'est interminable...

Ce silence est soudainement interrompu par l'infirmière A :

« Et voilà ! le soin est terminé ! »

Carmeline nous dit d'une voix tremblante :

« Ouf, Le calvaire est terminé ! » Puis, elle fond en larmes. Je suis mal pour elle car je l'ai vue souffrir tout au long du soin. L'émotion m'envahit moi aussi et une larme coule sur mon visage sans que je ne puisse la retenir. Je l'essuie rapidement. Je me sens impuissante face à cette situation.

Carmeline arrive malgré tout à se calmer et nous verbalise son ressenti. Nous l'écoutons :

« Cette situation m'épuise ! Je souffre trop ! J'aimerais que tout ce mal s'arrête ! J'ai peur pour mon avenir ! Je sais qu'à cause de ce maudit ulcère je ne pourrais plus remarcher ! Quelle vie ! »

Nous la regardons, aucune émotion n'apparaît sur le visage des infirmières. L'infirmière A lui dit :

« Sachez que vous n'êtes pas toute seule et que toute l'équipe est présente pour vous si vous en exprimez le besoin ! Nous pouvons aussi vous diriger vers la psychologue du service si vous le désirez ! »

C'est ici que l'échange se termine. Carmeline les remercie et les infirmières quittent la chambre.

Je me retrouve donc seule face à Carmeline. L'émotion est toujours présente. Je ne sais pas quoi lui dire, mais je ne peux la quitter sans lui adresser un mot :

« Vous avez été très courageuse, vous savez ! Vous traversez beaucoup d'épreuves ! »

Impossible pour moi de lui dire autre chose à ce moment-là car trop d'émotions me submergent. Un sourire se dessine sur son visage. Elle me remercie. Je la salue et sors de la chambre.

Lorsque je rejoins la salle de soins, je ne suis pas bien. Je repense à cette situation que je viens de vivre. À ce moment-là, beaucoup de questions me traversent l'esprit.

Aucun mot n'est échangé avec l'infirmière A sur ce qu'il vient de se passer.

Il est 12 h, c'est l'heure du repas. Nous partons effectuer la distribution des traitements.

1.2. Analyse de la situation vécue et questionnements

La situation que j'ai vécue et que je viens de vous décrire m'a profondément touchée. J'ai été submergée par mes émotions avec un fort sentiment d'impuissance. Cet événement a suscité en moi de nombreuses interrogations. Je souhaite préciser qu'il ne s'agit pas de porter un jugement, mais de chercher à comprendre les causes sous-jacentes d'une telle situation de soin.

Mon premier questionnaire concerne l'évaluation de la douleur avant et pendant un soin douloureux.

En effet, dans cette situation, je constate que Carmeline est crispée, anxieuse, avant même le début du soin, comme si elle savait à l'avance la souffrance que ce soin allait engendrer sur elle. Pendant le soin, elle exprime aux infirmières une douleur importante au niveau de sa jambe, malgré l'antalgique qu'elle a pris trente minutes auparavant. Cette scène m'interpelle, car je me demande si sa douleur a été suffisamment évaluée avant de commencer le soin et si l'antalgique a eu le temps d'agir.

Cela m'amène à me poser plusieurs questions, notamment sur l'évaluation de la douleur avant de débiter un soin douloureux. Nous pouvons préciser que, dans toutes les structures hospitalières, la présence de la charte contre la douleur est importante dans les services car elle fait partie d'un des critères de qualité. Cette charte reconnaît la prise en charge de la douleur comme un droit fondamental du patient. Elle implique donc une évaluation adaptée, des traitements efficaces ainsi qu'une information et une éducation du patient.

Malgré l'administration d'un traitement morphinique trente minutes avant le soin, Carmeline verbalise une douleur importante tout au long du pansement. Cette situation m'a amenée à me questionner sur les moyens que l'équipe pluridisciplinaire peut mettre en place lorsqu'une douleur persiste malgré l'administration d'un traitement. Comment l'efficacité du traitement est-elle évaluée avant, pendant et après le soin ? Existe-t-il des protocoles ou des traitements complémentaires pouvant être envisagés dans ce type de situation afin d'améliorer le confort du patient pendant un soin douloureux ?

Lorsque je remarque le visage crispé et anxieux de Carmeline à l'idée d'avoir la réfection de son pansement, je me questionne sur l'impact que peut avoir la douleur psychique sur la douleur physique pendant le soin. En effet, la veille, Carmeline venait d'être adressée par un service de médecine. Cette douleur semblait persister depuis son hospitalisation en médecine. Cette

douleur avait-elle été prise en considération durant cette période ? Le service avait-il déjà fait appel à l'EMSP (Equipes Mobiles de Soins Palliatifs) afin d'évaluer la douleur et d'adapter le traitement antalgique ? La fiche de liaison ne le précisait pas. Il était donc difficile d'obtenir des éléments permettant de connaître la situation exacte de Carmeline concernant la prise en charge de sa douleur.

Mon deuxième questionnement concerne la préparation d'un soin technique et l'anticipation de la douleur.

Dans cette situation, j'ai remarqué que Carmeline était déjà crispée et paniquée avant même le début du pansement. Rien que le fait d'installer le matériel semblait augmenter son anxiété. Cette réaction m'a fait réfléchir à l'importance de bien préparer un soin et d'accompagner la personne dès les premières étapes, pour éviter que la peur ne prenne trop de place.

Cette situation m'a donc amenée à me poser plusieurs questions : En quoi est-il important de prévenir la personne du soin qui va être réalisé ? En quoi expliquer le déroulement du soin peut-il réduire l'anticipation de la douleur et l'anxiété qui l'accompagne ? En quoi la prise en compte des différentes douleurs physiques et psychiques avant le soin peut-elle aider à adapter l'accompagnement ? Comment la préparation du matériel, l'installation et l'organisation du soin participent-elles à la qualité du soin ? En quoi une communication et une préparation adaptées peuvent-elles éviter ou réduire la peur, la crispation ou la souffrance anticipée de la personne ?

Mon troisième questionnement concerne la relation et la communication soignant-soigné pendant un soin douloureux.

Dans cette situation, je remarque que Carmeline parle peu. Elle semble tendue, comme si elle n'osait pas s'exprimer. De leur côté, les infirmières échangent peu avec elle, ce qui renforce l'ambiance pesante et stressante de la situation. En tant qu'étudiante infirmière, cela m'interpelle. Je me demande si une communication différente, de type non verbal (sourires, gestes, ton dans la voix, regard...) aurait pu aider Carmeline à se sentir plus rassurée et davantage accompagnée dans ce moment difficile.

Je me pose alors les questions suivantes : Comment la manière de communiquer peut-elle aider une personne anxieuse à vivre un soin douloureux ? Comment une infirmière peut-elle instaurer une relation de confiance pendant un soin provoquant de la douleur ou de l'appréhension ? J'ai

pu remarquer, grâce à mon expérience d'ancienne aide-soignante, que lorsque nous expliquons le soin à l'avance, cela a permis de calmer, de rassurer et de créer une relation de confiance avec le patient. Comment la posture, la présence et l'écoute du soignant peuvent-elles influencer le ressenti du soin ? En quoi une communication adaptée peut-elle rendre un soin difficile plus supportable pour la personne ?

Mon quatrième questionnement concerne le ressenti du soignant après un soin douloureux.

Dans cette situation, lorsque le pansement se termine, j'entends l'infirmière dire à Carmeline sur un ton de soulagement : « Voilà, c'est fini ! » Cette phrase m'interpelle. Je me demande si ce soulagement est lié au fait que le soin s'est bien déroulé techniquement, ou s'il est plutôt lié à la difficulté émotionnelle ressentie par l'infirmière d'avoir vu Carmeline souffrir tout au long du soin. Je me pose alors les questions suivantes : Comment la douleur exprimée par une personne peut-elle influencer le ressenti du soignant à la fin d'un soin ? La rapidité d'exécution est-elle parfois liée au confort du patient ou au malaise du soignant face à la souffrance ? En quoi la satisfaction professionnelle dépend-elle du déroulement du soin et de l'accompagnement proposé ? Comment un soignant peut-il évaluer son propre ressenti ou sa satisfaction après un soin difficile ?

Mon cinquième questionnement concerne les émotions du soignant pendant un soin complexe. Dans cette situation, je suis très touchée par les larmes de Carmeline. La voir s'effondrer à la fin du soin a été un moment très fort, au point que je n'arrive pas à retenir mes émotions. Je ne m'attendais pas à réagir de cette manière.

Cet événement me fait réfléchir et m'amène à me poser les questions suivantes : Pourquoi les émotions du soignant apparaissent-elles lorsqu'il voit une personne pleurer ou souffrir lors d'un soin ? En quoi la souffrance du patient peut-elle toucher le soignant malgré la posture professionnelle ? Comment un soignant peut-il gérer ses émotions tout en restant présent et disponible pour la personne ? En quoi l'empathie fait-elle partie du soin et peut-elle influencer le vécu du soignant ?

Mon sixième questionnement concerne l'anxiété et la perte d'autonomie.

Dans cette situation, Carmeline évoque sa peur de l'avenir et craint de ne plus pouvoir marcher à cause de sa pathologie et de sa plaie. Elle dit être épuisée moralement et ne plus supporter

cette situation. Entendre ces mots me touche et me pousse à réfléchir à l'impact que peut avoir une perte d'autonomie sur l'état psychologique d'une personne.

Je me pose plusieurs questions. En quoi une pathologie grave ou une plaie chronique peut-elle entraîner de la peur et de l'angoisse concernant l'avenir et l'autonomie de la personne ? Comment la douleur et la lenteur de cicatrisation peuvent-elles renforcer l'incertitude et l'inquiétude de la personne ? Comment accompagner une personne qui craint de ne plus remarcher ou de devenir dépendante ? En quoi le rôle du soignant est-il important pour rassurer, informer et soutenir la personne dans ce moment difficile ?

Mon septième questionnement concerne la prise en charge pluridisciplinaire des douleurs physiques et psychiques.

Dans cette situation, je prends conscience que Carmeline ne présente pas seulement des douleurs physiques, mais également une souffrance psychique liée à sa maladie, à sa fatigue, à la lenteur de cicatrisation de sa plaie et à ses inquiétudes concernant son avenir. Cela me fait réfléchir à l'importance de la communication en équipe afin d'accompagner au mieux une personne dans une situation difficile. En SMR, plusieurs professionnels interviennent auprès des patients, et cette situation me montre à quel point cette collaboration est importante.

Je me suis donc posé les questions suivantes : En quoi la présence d'une pathologie grave associée à une plaie chronique peut-elle générer une souffrance psychique en plus d'une souffrance physique ? Comment différents professionnels (médecin, IDE, AS, psychologue, EMSP) peuvent-ils travailler ensemble pour accompagner la personne ? Comment l'équipe peut-elle adapter son accompagnement face à une douleur persistante ou à une détresse émotionnelle ?

Mon huitième questionnement concerne la standardisation des soins et le rythme dans un service.

Dans cette situation, après la réfection du pansement, nous avons dû repartir immédiatement pour la distribution des traitements. Aucun temps d'échange n'a eu lieu avec les infirmières sur ce qui venait de se passer. À ce moment-là, je prends un instant pour souffler et essayer de comprendre ce que je viens de vivre.

Cette situation me questionne sur le rythme organisationnel qui s'impose aux soignants ainsi que sur la place qui leur est laissée pour échanger en équipe lors de situations difficiles.

Plusieurs questions me viennent à l'esprit : En quoi l'organisation des soins, les horaires et les tâches programmées peuvent-ils prendre le dessus sur le vécu émotionnel des soignants lors de situations difficiles ? En quoi cette standardisation des soins peut-elle limiter les moments d'échanges entre soignants ? Comment trouver un équilibre entre les protocoles, la charge de travail et la prise en compte du ressenti des professionnels ?

2. Question de départ

Au vu de mon analyse de situation et de mes nombreux questionnements, j'ai donc établi la question de départ suivante :

« En quoi la présence d'une infirmière experte en plaies et cicatrisations influence t'elle la qualité de la relation soignant-soigné en soins infirmiers ? »

3. Cadre de référence

3.1. La qualité du soin infirmier

3.1.1. Définition du soin

Le concept de soin peut paraître simple, mais il possède en réalité plusieurs significations. Afin que les lecteurs disposent d'une base commune de compréhension, il est essentiel de définir cette notion de manière générale.

L'étymologie du mot soin provient du latin médiéval *soniare* qui signifiait au VIIe siècle « prendre soin de » ou « s'occuper de quelqu'un ». (*Détective des mots*, nd).

Selon le dictionnaire Larousse, ce concept se définit comme « *une attention portée à quelqu'un dans le but de préserver, maintenir ou restaurer sa santé* ». Cette définition reste assez est trop générale et ne suffit pas à comprendre la notion de soin dans le domaine de la santé.

La définition du *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*, montre que le soin a évolué progressivement au fil du temps. À l'origine, prendre soin signifiait surtout être attentif à une personne, répondre à ses besoins et veiller à son bien-être lorsqu'elle se trouvait en situation de fragilité ou de dépendance. Cette notion concernait autant le domaine médical que les gestes du quotidien.

Pour expliquer cette notion, le *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers* s'appuie sur plusieurs auteurs. Ainsi, selon M. Pruvost, lexicographe français, le soin se définit comme « *la diligence qu'on apporte à faire réussir une chose, à la garder et à la conserver, à la perfectionner.* » (Pruvost, cité par Paillard, 2012, p. 379). Cette définition montre que le soin demande de l'attention, de l'implication et une certaine responsabilité envers la personne soignée.

Le dictionnaire se réfère également au *Dictionnaire Littré*, qui définit le soin comme « *une application de l'esprit à une chose, à faire quelque chose, de veiller et faire en sorte que... Le Prendre soin, avoir soin de quelqu'un, signifie aussi pouvoir à son salut, à ses besoins, à ses nécessités, à sa fortune [...] Populairement, avoir soin se rapporte à se nourrir.* » (Littré, cité dans le *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*, 2012, p. 379). Cette définition rappelle que le soin demande une réflexion. Prendre soin, signifie porter attention à l'autre et répondre à ses besoins.

Dans son ouvrage *Le moment du soin : À quoi tenons-nous ?* Frédéric Worms, philosophe français, définit le soin comme « *toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela, par égard pour cet être même* ». (Worms, 2010, p. 21). Par cette citation, il souligne que le soin a pour objectif d'aider et de soulager la personne face à sa souffrance.

Dans son ouvrage *La philosophie du soin*, Céline Lefève, chercheuse en philosophie, développe également cette idée. Elle explique que la médecine et le soin travaillaient ensemble autrefois, mais qu'avec le temps, ils ont évolué différemment. Aujourd'hui, le soin s'intéresse davantage à la personne et à son accompagnement, tandis que la médecine s'est progressivement orientée vers une approche plus scientifique et plus technique.

Pour l’auteure, chaque personne est unique. Le soin ne doit donc pas être réalisé de manière identique pour tous les patients. Soigner ne consiste pas seulement à donner un traitement médical pour guérir une maladie. Cela signifie aussi prendre en compte la personne dans sa singularité, son histoire personnelle, sa souffrance et sa manière de vivre la maladie.

En effet, cette dernière souligne que « *penser le soin implique désormais de se demander de quelle manière la société peut contribuer à la mise en œuvre d’une médecine qui offre une individualisation du soin.* » (Lefève, 2006, p. 25). Elle montre ainsi que l’individualisation du soin ne dépend pas uniquement des professionnels de santé, mais aussi de l’organisation du système de santé et de la société.

Céline Lefève s’appuie sur les travaux de Georges Canguilhem, philosophe de la médecine, pour appuyer sa thèse et penser le soin centré sur la personne. Canguilhem souligne que « *le souci de l’individualité souffrante, qui en constitue la raison d’être et la source, doit en rester le cœur* ». (Canguilhem, *Le Normal et le pathologique*, 1943, p. 28). Cette citation souligne que la personne doit être considérée au-delà de sa maladie et que le soin doit répondre avant tout à la souffrance de la personne soignée.

De plus, dans la revue « *Esprit : Les nouvelles figures du soin. Qu’est-ce qu’un soin ?* », Virginie Pirard, philosophe et auteure, présente le soin comme une pratique humaine fondée sur la relation à l’autre. En effet, elle évoque : « *au-delà des compétences techniques, variées et nécessaires au soin, c’est au nom même de la mobilisation de cette dimension affective que le soin est considéré comme « travail »*. (Pirard, 2026, p. 81). Dans cette citation, elle explique que le soin est avant tout une relation entre le soignant et la personne soignée et qu’il ne se limite pas à la réalisation d’actes techniques ou de protocoles.

Pour Virginie Pirard, la relation occupe une place essentielle dans un soin. En effet, elle souligne que le soin « *consiste [...] en un type de relation dont l’enjeu est l’adaptabilité aux besoins du plus vulnérable* ». (Pirard, 2026, p. 86). Le soin devient une rencontre singulière où chaque personne est différente et unique. Le soignant doit être présent pour la personne et la mettre au centre du soin afin de prendre en compte ses émotions et ses besoins. Il doit aussi être à l’écoute et être particulièrement attentif à ce que vit la personne, même si celle-ci éprouve des difficultés à s’exprimer.

Enfin, Marie-Françoise Collière, infirmière, chercheuse et théoricienne française des soins infirmiers, met également en évidence cette dimension fondamentale du soin. Dans son ouvrage *Promouvoir la vie : de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, elle étudie l'origine et la place des soins dans l'histoire. Elle explique que les êtres humains ont toujours pris soin les uns des autres dans des situations de faiblesse ou de vulnérabilité, bien avant la médecine moderne. Elle explique que « *les soins sont nés de la nécessité d'assurer la continuité de la vie.* » (Collière, 1982, p.27). Cette citation montre que les soins ont pour objectif de soutenir la vie. Les soins accompagnent les personnes dans les moments où elles sont les plus fragiles, comme la maladie, le vieillissement ou la fin de vie, lorsqu'elles ont davantage besoin d'aide et d'accompagnement.

Pour Marie-Françoise Collière, l'objectif principal des soins est de protéger et de soutenir la vie. Elle explique que les soins permettent d'accompagner les personnes afin qu'elles puissent vivre dans les meilleures conditions possibles. C'est pourquoi elle affirme que « *les soins ont pour finalité de maintenir et de promouvoir la vie.* » (Collière, 1982, p. 233). Cela montre que les soins ne se limitent pas uniquement au traitement de la maladie, mais prennent aussi en compte les besoins de la personne dans sa vie quotidienne.

Elle explique aussi que « *les soins représentent l'ensemble des actes qui permettent de maintenir et de soutenir la vie.* » (Collière, 1982, p. 241). Cela montre que les soins infirmiers ne prennent pas seulement en compte l'état physique du patient, mais aussi son état psychologique, social et relationnel. Le patient est donc considéré dans sa globalité.

Pour Marie-Françoise Collière, les soins infirmiers ne se résument pas à uniquement à des gestes techniques. Ils consistent aussi à accompagner la personne au quotidien et à répondre à ses différents besoins.

Ces différentes définitions issues de dictionnaires et d'auteurs philosophiques, nous permettent de mieux comprendre le concept général du mot soin. Désormais, nous allons nous intéresser à la notion de soin infirmier dans le domaine de la santé.

3.1.2. Définition du soin infirmier

Après avoir défini la notion de soin de manière générale, il apparaît nécessaire de préciser ce que l'on entend par soin infirmier afin de mieux comprendre le rôle du soignant. Définir le soin infirmier n'est pas simple, car il existe plusieurs façons de le comprendre.

Pendant longtemps, la profession infirmière a été associée aux sciences médicales et l'infirmier était considéré comme une aide du médecin. Mais aujourd'hui, la profession infirmière a évolué et a développé son propre domaine : les sciences infirmières. La profession est devenue une vraie discipline à part entière avec plus de recherches, plus d'écrits et des formations universitaires permettant à l'infirmier de développer ses propres connaissances scientifiques.

Le *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers* définit les soins infirmiers comme : « *Les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges [...]* » (2015, p. 385). Cette définition souligne que l'infirmier peut travailler de manière autonome, mais aussi en collaboration avec d'autres professionnels de santé. Elle montre également que les soins s'adressent à toute personne, peu importe son âge ou son état de santé.

Les soins infirmiers ne concernent pas uniquement la prise en charge de la maladie. Ils comprennent aussi la prévention, le maintien du bien-être et l'accompagnement des personnes, que ce soit lors d'une maladie, d'un handicap ou en fin de vie.

Les infirmiers peuvent exercer dans différents lieux, comme les hôpitaux, à domicile ou encore dans des structures médico-sociales. Ils ont également un rôle important dans la protection des patients, l'amélioration de leur qualité de vie et l'éducation à la santé.

Le *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers* s'appuie aussi sur les travaux de Dorothea Orem, infirmière théoricienne américaine. Elle explique que le soin infirmier est « *une forme d'aide procurée par des infirmiers aux personnes qui en ont légitimement besoin... [...].* » (Orem, cité par Paillard, 2015, p. 385).

Cette idée nous montre que le rôle de l'infirmier est d'aider les personnes qui ne peuvent plus répondre seules à leurs besoins.

Cette approche est également développée par Virginia Henderson, infirmière et théoricienne américaine, qui occupe une place centrale dans la discipline infirmière.

Dans son ouvrage *Principes fondamentaux des soins infirmiers*, elle définit le rôle infirmier comme étant « *d'aider l'individu, malade ou en santé, au maintien, ou au recouvrement de la santé (ou à l'assister dans ses derniers moments) par l'accomplissement de tâches dont il s'acquitterait lui-même s'il en avait la force, la volonté ou s'il possédait les connaissances voulues, et de remplir ces fonctions de façon à l'aider à reconquérir son indépendance le plus rapidement possible.* » (Henderson, 1969, p. 65-66).

Dans cette définition, elle souligne un élément important : l'autonomie. L'infirmier n'est pas là pour rendre la personne dépendante, mais pour lui apporter l'aide dont elle a besoin lorsqu'elle n'est plus capable d'y répondre seule. L'infirmier adapte ainsi ses actions aux besoins de la personne et intervient de manière temporaire jusqu'à ce qu'elle retrouve progressivement son autonomie, lorsque cela est possible.

Virginia Henderson a créé quatorze besoins fondamentaux, comme boire, manger, respirer, dormir, communiquer..., qu'elle considère comme indispensables pour vivre et maintenir une bonne santé. L'objectif de ces besoins est d'aider les infirmiers à mieux organiser leur pratique et à améliorer la prise en charge des patients.

En créant ces besoins, Virginia Henderson souhaite également faire reconnaître les soins infirmiers comme une discipline à part entière, avec ses propres connaissances et son propre raisonnement.

Tout d'abord, elle clarifie le rôle de l'infirmier en montrant qu'il possède un rôle propre centré sur les besoins du patient. Les quatorze besoins fondamentaux servent de repères pour observer la personne, identifier ses difficultés et organiser les soins.

À travers cette approche, l'auteure souhaite également replacer le patient au centre du soin et montrer qu'une personne ne se résume pas seulement à sa maladie. Son objectif est d'aider le patient à retrouver progressivement son autonomie lorsque cela est possible.

Cette conception du soin infirmier développée par Virginia Henderson est également reprise par Marie-Françoise Collière.

Dans son ouvrage *Promouvoir la vie*, elle explique que les soins reposent sur le rôle de celles qui les réalisent dont l'objectif est : « d'assurer tout ce qui contribue à maintenir et entretenir la vie ». (Collière, 1982, p. 34).

Elle précise aussi que : « *Soigner, c'est entretenir la vie en assurant la satisfaction d'un ensemble de besoins indispensables à la vie, mais qui sont diversifiés dans leur manifestation* ». (Collière, cité par Vigil-Ripoche, 2011, p. 7).

Ces deux citations montrent que le soin infirmier ne se limite pas uniquement à la réalisation de gestes techniques, mais qu'il consiste aussi à accompagner, soutenir et aider la personne lorsqu'elle se trouve dans une situation de fragilité.

Dans son ouvrage *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Walter Hesbeen, infirmier et docteur en santé publique, définit la notion de « prendre soin » comme : « *prendre soin est une attention particulière portée à une personne vivant une situation particulière* » (Hesbeen, 1997, p.7).

Par cette citation, l'auteur montre que le cœur du soin repose sur l'attention portée à la personne soignée. Chaque personne étant différente, le soin doit être personnalisé et s'adapter au contexte ainsi qu'au vécu de chacun.

Ainsi, pour Walter Hesbeen : « *le soin ne se réduit pas à un acte technique.* » (Hesbeen, 1997, p. 37).

Dans la pratique infirmière, les compétences techniques sont nécessaires, mais le soin doit rester centré sur la personne.

Les approches de Virginia Henderson, Marie-Françoise Collière et Walter Hesbeen se complètent. Elles montrent que le soin infirmier ne consiste pas seulement à réaliser des gestes techniques, mais aussi à accompagner la personne dans sa globalité, en prenant en compte ses besoins, son vécu et sa situation personnelle.

Cependant, les soins infirmiers ne reposent pas uniquement sur des connaissances scientifiques, mais sont également guidés et encadrés par des règles professionnelles que les infirmiers doivent respecter dans leur pratique. De plus, cette attitude est soutenue par le code de déontologie infirmier.

Selon l'Article R4312-11 du Code de la santé publique, modifié par le décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016-art.1 : « *L'infirmier doit écouter, examiner, conseiller, éduquer ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient, notamment, leur origine, leurs mœurs, leur situation sociale ou de famille, leur croyance ou leur religion, leur handicap, leur état de santé, leur âge...* »

Cette règle déontologique nous rappelle que l'infirmier doit respecter et traiter chaque personne de la même manière sans faire de discrimination, quelle que soit son origine ou son régime social. Il doit prendre en charge chaque personne avec le même sérieux, la même attention et la même qualité de soins, sans faire aucune différence entre elles.

Elle souligne trois choses importantes : le respect de la personne, l'égalité de traitement et l'absence de discrimination.

Néanmoins, même si l'infirmier doit traiter chaque personne de la même manière, les soins quant à eux, doivent rester individualisés et adaptés en fonction de chaque personne, de ses besoins et de sa situation.

Ainsi, la pratique infirmière repose sur deux dimensions essentielles : la dimension relationnelle et la dimension technique, que nous allons développer par la suite.

3.1.3. Les composantes du soin infirmier

Après avoir défini le soin infirmier comme une pratique professionnelle autonome, mobilisant des connaissances scientifiques ainsi qu'une forte dimension humaine, il apparaît essentiel de souligner qu'il repose sur deux dimensions fondamentales et complémentaires : la dimension relationnelle (*care*) et la dimension technique (*cure*).

Dans son article *Le care, le caring, le cure et le soignant*, Jean-Manuel Morvillers, cadre de santé et formateur en soins infirmiers, rappelle que : « *Le care ne s'oppose pas au cure* ». (Morvillers, 2015, p. 77). Il souligne ainsi que les soins infirmiers reposent sur l'association complémentaire de deux dimensions essentielles : l'une relationnelle, humaine et éthique, l'autre technique, scientifique et thérapeutique. Cet équilibre entre relation humaine et

technicité garantit la qualité du soin, permettant une prise en charge globale, individualisée et adaptée aux besoins spécifiques de chaque patient.

Cette approche est également soutenue par le Code de la santé publique. En effet, l'article R4312-2, modifié par le décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016, rappelle que : « *L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie, de la personne humaine et de sa dignité* ».

Cet article met en avant l'importance de la relation dans le soin en insistant sur le respect de la dignité humaine et de l'égalité de traitement. Il rappelle que la qualité du soin infirmier ne repose pas uniquement sur la technicité, mais aussi sur la manière d'accompagner et de respecter la personne soignée.

Ainsi, les soins infirmiers reposent sur l'équilibre constant de ces deux dimensions, qu'il est important de développer afin de mieux comprendre leur rôle dans la pratique infirmière.

3.1.3.1. La dimension relationnelle

Dans la pratique infirmière, la relation entre le soignant et le patient occupe une place essentielle dans le soin et dans la prise en charge globale de la personne. Cette relation permet au soignant de mieux comprendre la situation personnelle du patient afin de répondre au mieux à ses attentes et d'adapter les soins selon ses besoins spécifiques.

En effet, le rôle infirmier ne se limite pas à réaliser des actes techniques ou à appliquer des prescriptions médicales, mais repose aussi sur une relation humaine basée sur la communication, l'écoute, l'empathie et l'accompagnement.

Le *care* ou *caring* correspond à la dimension humaine et relationnelle du soin infirmier. Il consiste à prendre soin de la personne dans sa globalité, prenant en compte ses besoins, son vécu ainsi que sa situation personnelle.

Selon le *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*, Jean Watson, infirmière théoricienne américaine, explique cette notion à travers une philosophie humaniste centrée sur la personne.

Pour l'auteur, prendre soin signifie prendre en charge et considérer la personne dans sa globalité, avec respect et écoute. Le soin doit dépasser le simple traitement de la maladie et doit respecter les valeurs, les croyances et le vécu de chaque individu.

Le soignant doit adapter son attitude et ses comportements avec empathie, afin d'accompagner et de mieux répondre aux besoins de la personne soignée. (Paillard, 2015, p. 71).

Françoise Boissière-Dubourg, infirmière et auteure, complète cette approche en montrant l'importance d'adapter concrètement le soin à chaque personne. Elle précise que : « le soin prodigué dans sa plus totale congruence avec la personne rencontrée et respecte son propre système de représentations ». (Boissière-Dubourg, cité par Watson dans Paillard, 2015, p. 71). Cette conception souligne l'importance pour le soignant, d'ajuster sa pratique aux besoins spécifiques de chaque patient dans une démarche empathique et individualisée.

Cette approche est approfondie par Joan Tronto, philosophe américaine, dans *Un monde vulnérable : Pour une politique du care*, où elle développe la notion du *care* comme : « une activité caractéristique de l'espèce humaine qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre monde afin que nous puissions y vivre aussi bien que possible ». (Tronto, 2009, p.143).

À travers cette définition, l'auteure montre que prendre soin ne se réduit pas à la réalisation d'actes techniques, mais implique aussi une responsabilité morale, sociale et relationnelle envers les personnes vulnérables.

Dans la continuité de cette réflexion, Agatha Zielinski, philosophe française, dans son article *L'éthique du Care une nouvelle façon de prendre soin*, souligne que : « la sollicitude surgit de la relation, chaque fois singulière [...] le care nous apprend à en prendre soin ». (Zielinski, 2010, p. 641).

Cette citation montre que la relation soignant-soigné est unique pour chaque personne et qu'elle demande une attention particulière de la part du soignant.

Dans une relation de soin, la communication verbale n'est pas le seul élément important. L'attitude du soignant est aussi essentielle, car son comportement et ses gestes peuvent influencer le ressenti du patient. Par sa posture et sa présence, le soignant peut aider la personne à se sentir en sécurité et en confiance.

Dans son article *Le développement de la personne*, Carl Rogers développe une approche humaniste centrée sur la personne, dans laquelle il souligne l'importance de placer le patient au cœur des soins. Pour l'auteur, la relation d'aide repose sur une posture professionnelle fondée sur l'écoute, l'authenticité, l'empathie et la qualité de la communication.

Il précise que : « *Ce n'est pas une technique mais une conception philosophique de la vie, une manière d'être* ». (Rogers, 1992, p. 1).

Ainsi, la façon d'accompagner, d'écouter et de communiquer avec la personne soignée a une influence importante sur la qualité du soin. Cela permet de créer une relation de confiance, dans laquelle le patient peut plus facilement exprimer ses besoins, ses ressentis et son vécu.

Dans la continuité des travaux de Carl Rogers, Joyce Travelbee, infirmière théoricienne américaine, met également en avant l'importance de la relation entre le soignant et la personne soignée à travers une approche humaniste du soin.

Dans son ouvrage *Interpersonal Aspects of Nursing*, elle considère que la relation de soin est avant tout une véritable rencontre humaine permettant d'accompagner le patient dans son vécu de la maladie. Elle rappelle la nécessité pour le soignant de dépasser la seule dimension technique afin de prendre en compte chaque patient dans sa singularité.

En effet, l'auteure affirme « *il n'existe pas seulement des patients, mais des êtres humains uniques ayant besoin de soins* ». (Travelbee, 1971, p. 32, citée dans Shelton, 2016).

Joyce Travelbee insiste sur le fait que le soin infirmier implique un accompagnement adapté pour chaque personne, prenant en compte son vécu, ses émotions, son histoire et son expérience de la maladie.

Dans son ouvrage, *Humanisme soignant et soins infirmiers*, Walter Hesbeen complète cette vision en mettant en avant l'importance de la relation dans le soin : « *Ce qui fait la grandeur des professionnels des soins infirmiers [...] c'est la manière, au fond, qu'à la personne à qui des soins sont prodigués de se sentir exister en tant que sujet* ». (Hesbeen, 2017, p. 11).

Par cette idée, Walter Hesbeen montre que la qualité du soin dépend aussi de la manière dont il est réalisé. Le patient doit pouvoir se sentir respecté, écouté et considéré dans sa dignité.

Le soin infirmier ne se limite donc pas uniquement au traitement de la maladie. Il implique également un accompagnement individualisé et adapté à chaque patient, en s'appuyant sur des compétences relationnelles l'écoute active, l'empathie, la présence et la capacité d'adaptation.

Cependant, même si la dimension relationnelle occupe une place importante dans les soins, elle ne suffit pas à elle seule. La dimension technique reste essentielle afin d'assurer des soins sécurisés, rigoureux et efficaces.

3.1.3.2. La dimension technique

En complément de la dimension relationnelle, les soins infirmiers reposent également sur une dimension technique majeure : le *cure*.

Si le *care* correspond à la dimension humaine du soin, privilégiant l'accompagnement, l'écoute et le respect du patient, le *cure*, désigne quant à lui l'ensemble des actes techniques et scientifiques mises en œuvre pour maintenir, restaurer ou préserver la santé.

Cette dimension technique occupe une place importante dans la profession infirmière, car elle repose sur des compétences nécessaires pour assurer des soins de qualité, sécurisés et efficaces. Elle demande notamment la maîtrise des gestes techniques, une observation clinique attentive, une surveillance régulière du patient ainsi qu'une capacité d'adaptation selon chaque situation de soin. Le *cure* correspond à une approche biomédicale du soin. Il est centré sur le traitement de la maladie, la prévention des complications ainsi que le maintien ou l'amélioration de l'état de santé du patient.

À travers sa théorie du déficit d'autosoins, développée dans *Nursing : Concepts of Practice*, Dorothea Orem considère que l'intervention de l'infirmier devient indispensable lorsque l'autonomie de la personne est altérée. Elle définit les autosoins comme : « *la pratique des activités que les individus initient et exécutent eux-mêmes pour maintenir leur vie, leur santé et leur bien-être* ». (Orem, citée par Molez, 2013, p. 95).

Cette approche montre que la pratique infirmière demande des compétences rigoureuses d'évaluation, d'organisation et d'intervention lorsque la personne ne peut plus répondre seule à ses besoins, tout en favorisant son autonomie.

Pour compléter la vision de Dorothea Orem, qui développe une approche centrée sur le développement de l'autonomie, Patricia Benner, infirmière théoricienne américaine, insiste

quant à elle sur l'importance de l'évolution des compétences techniques infirmières à travers l'expérience professionnelle.

Dans son ouvrage *De novice à expert : Excellence en soins infirmiers*, Patricia Benner, infirmière théoricienne américaine, explique que la compétence technique se construit et s'enrichit progressivement au contact de la pratique professionnelle. Elle souligne que : « *Le développement des connaissances pratiques (savoir-faire) grâce à des études scientifiques fondées sur la théorie [...] développé au cours de l'expérience clinique* ». (Benner, 2003, p. 8). Cette approche montre que la technicité infirmière repose sur une combinaison de connaissances scientifiques et de compétences pratiques sur le terrain.

Dans son ouvrage *Humanisme soignant et soins infirmiers*, Walter Hesbeen rappelle que : « *C'est pour apporter cette aide [...] qu'un véritable professionnalisme est requis* ». (Hesbeen, 2017, p. 2).

Il rappelle ainsi que l'exercice infirmier requiert un niveau élevé de compétences techniques avancées, une grande rigueur professionnelle et une capacité d'adaptation constante.

Cependant, il indique aussi que, quels que soient les soins réalisés, les infirmiers doivent : « *faire preuve de considération pour l'humanité des personnes auxquelles ils s'adressent* ». (Hesbeen, 2017, p. 3).

Cependant, il souligne également que, quels que soient les soins réalisés, les infirmiers doivent faire preuve de considération pour l'humanité et exercer leur pratique dans le respect et la dignité de la personne soignée.

Dans son ouvrage, *Naissance de la clinique*, Michel Foucault développe porte un regard critique sur la médecine moderne. Il explique que celle-ci organise le soin autour de l'observation, du savoir et de la technicité. Il met en avant une approche clinique qui peut parfois créer une distance avec le patient : « *Le regard d'observation s'abstient d'intervenir : il est silencieux et dépourvu de gestes* ». (Foucault, 1972, p.127).

Cette réflexion souligne le risque d'une prise en charge trop technique, pouvant faire passer le patient au second plan.

Bien que la technicité soit indispensable dans les soins infirmiers, l'auteur rappelle qu'elle peut parfois créer une distance dans la relation avec le patient, qui risque alors d'être réduit à sa maladie.

Par son article *Le care, le caring, le cure et le soignant*, Jean-Manuel Morvillers souligne que : « *Le care ne s'oppose pas au cure* ». (Morvillers, 2015, p.77).

Les deux dimensions du soin, le *care* et le *cure* sont indissociables et ne doivent pas s'opposer. La compétence technique prend tout son sens lorsqu'elle s'associe à l'humanité et au respect de la personne soignée.

3.2. La relation soignant-soigné : composante de la qualité du soin infirmier

3.2.1. Définition de la relation soignant-soigné

Dans la pratique infirmière, la relation soignant-soigné représente un pilier fondamental du soin. Au-delà des gestes médicaux, cette relation repose avant tout sur une véritable rencontre humaine entre le professionnel de santé et la personne soignée. Cette relation doit reposer sur des valeurs humaines essentielles comme l'écoute attentive, la confiance mutuelle, la communication et le respect.

Afin de mieux comprendre la relation soignant-soigné, il est important de définir dans un premier temps les notions de relation, de soignant et de soigné.

Dans le *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*, Christine Paillard s'appuie sur la définition du *Centre National de Ressources textuelles et Lexicales (CNRTL)*, qui définit la *relation* comme : « Un rapport qui lie des personnes entre elles, impliquant lien de dépendance, d'interdépendance ou d'influence réciproque ». (Paillard, 2015, p. 323).

Cette définition montre que toute relation humaine se construit à travers des échanges entre plusieurs personnes. Dans les soins infirmiers, cette relation occupe une place importante puisqu'elle unit le soignant et le patient dans un objectif d'aide, de soin, et d'accompagnement. Ainsi, la relation soignant-soigné ne correspond pas seulement à une simple rencontre, mais elle s'inscrit aussi dans une dimension thérapeutique.

Toujours selon Christine Paillard, dans le *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*, le « *soignant* » désigne une : « *Personne qualifiée qui effectue des interventions de prévention, de traitement ou de réadaptation auprès d'une personne soignée* ». (Paillard, 2015, p. 375).

Cette définition rappelle que le soignant ne réalise pas seulement des actes techniques, mais joue aussi un rôle essentiel dans la prévention, l'accompagnement et l'éducation à la santé.

En parallèle, dans le même ouvrage, le « *soigné* » désigne une : « *Personne en situation de besoin d'aide pour une durée plus ou moins déterminée. Elle ne parvient plus à exercer momentanément son autonomie mentale ou physique, et peut ne plus être en mesure de décider pour elle-même* ». (Paillard, 2015, p. 281).

Elle souligne que la personne soignée peut se trouver dans une situation de vulnérabilité, nécessitant un accompagnement adapté à sa situation et à ses besoins.

Dans son ouvrage, *La relation soignant-soigné : Rencontre et accompagnement*, Margot Phaneuf, infirmière, auteure et formatrice québécoise, établit une différence entre les échanges simples et une véritable relation de soin. Elle souligne que : « *Certains de nos contacts tiennent plus de la simple interaction, alors que d'autres revêtent un caractère plus sérieux qui se transforme en véritable relation* ». (Phaneuf, 2011, p. 141).

Cette réflexion rappelle que le soin ne se limite pas aux interventions techniques, mais repose aussi sur l'écoute, la confiance et l'accompagnement.

Pour Margot Phaneuf, la relation soignante s'inscrit dans une rencontre humaine personnalisée où le soignant adapte sa posture en fonction de chaque personne soignée.

Dans une approche complémentaire, Alexandre Manoukian et Anne Massebeuf, dans leur ouvrage *La relation soignant soigné*, la définissent comme : « *Une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* ». (Manoukian et Massebeuf, 1995, p. 9).

Cette définition montre que la relation soignant-soigné repose avant tout sur une rencontre singulière entre deux personnes.

Les auteures montrent que chaque personne possède son histoire, ses expériences, ses valeurs et ses croyances, ce qui rend chaque relation de soin unique.

Le professionnel doit ainsi adapter sa posture et son accompagnement à chaque personne.

Entrer en relation nécessite de reconnaître l'individualité du patient et un véritable investissement humain de la part du soignant. Comme l'affirment les auteurs : « *Être en relation prend de l'énergie* ». (Manoukian et Massebeuf, 1995, p. 10).

Dans la continuité de la relation soignant-soigné, la relation d'aide occupe une place importante dans la pratique infirmière.

Dans le *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*, la relation d'aide est définie comme une : « *Interaction méthodologique entre deux personnes, à un moment donné, où l'infirmier contribue à rechercher la satisfaction de l'autre personne en favorisant l'expression du besoin d'aide* ». (Paillard, 2015, p. 330).

Cette définition montre que la relation d'aide repose à la fois sur le soutien relationnel et sur l'accompagnement du patient, en lui permettant d'exprimer ses besoins et en l'impliquant dans sa prise en charge.

Dans cette perspective, Carl Rogers considère la relation d'aide comme un moyen d'encourager le développement et l'autonomie du patient au-delà du simple soin physique : « *J'entends par ce terme (relation d'aide) des relations dans lesquelles l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité d'affronter la vie* ». (Rogers, cité par Paillard, 2015, p. 331).

Pour Rogers, la qualité de la relation d'aide repose sur une posture professionnelle fondée sur des valeurs humaines essentielles telles que l'empathie, l'authenticité et le respect inconditionnel.

L'empathie est la capacité du soignant à comprendre l'expérience, les émotions et le vécu du patient. L'authenticité est une présence sincère et transparente du soignant. Puis, le respect inconditionnel, c'est accepter le patient tel qu'il est sans jugements.

Selon Carl Rogers, ces attitudes aident à construire une relation rassurante avec le patient. Cela lui permet de prendre confiance en lui, de développer son autonomie et de mieux utiliser ses capacités.

Tous ces éléments montrent que la relation entre le soignant et le soigné demande à la fois des compétences techniques et relationnelles ainsi qu'une réelle implication du soignant.

On comprend alors que, l'instauration d'une relation de confiance apparaît comme un élément fondamental afin d'assurer un accompagnement adapté et sécurisant pour le patient.

Dans la pratique infirmière, il existe plusieurs formes de relation entre le soignant et la personne soignée, comme la relation d'aide, la relation éducative, la communication ou encore la confiance. Bien que toutes ces dimensions soient importantes, il semble plus pertinent dans le cadre de ce travail, de traiter la relation de confiance et la communication, car elles occupent une place particulièrement importante dans la prise en charge du patient.

3.2.2. La relation de confiance

Utilisé au XIII^e siècle, la notion de *confiance*, vient du latin *confidentia*, dérivé de *confidere*, qui signifie : « *Espérance ferme que l'on place en quelqu'un, en quelque chose, certitude de la loyauté d'autrui* ». (*Dictionnaire de L'Académie Française*, s.d.).

Dans le *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*, Christine Paillard explique que : « *La confiance relève d'une croyance spontanée ou réfléchie en la valeur éthique d'une autre personne ayant la capacité de respecter une confiance* ». (Paillard, 2015, p.325).

Cette définition signifie que la confiance dépend du regard que le soignant porte sur la personne soignée. Il doit adopter une posture professionnelle rassurante et la considérer avec respect, sans jugement.

La confiance permet au patient de se sentir en sécurité, surtout dans les moments de vulnérabilité, et l'aide à se confier, à exprimer ses inquiétudes et à s'engager plus sereinement dans sa prise en charge.

Dans ce contexte, Hildegarde Peplau, infirmière théoricienne américaine, explique que la confiance se construit progressivement. Elle décrit quatre étapes dans l'évolution d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné :

- Une étape d'orientation : C'est le début de la relation où le soignant et le soigné apprennent à se connaître et cherche à établir un premier contact dans un climat rassurant.
- Une étape de mise à l'épreuve : La personne soignée teste un peu la relation pour voir jusqu'où elle peut faire confiance au soignant avant de s'engager.

- Une étape d’exploration : les échanges sont présents. Le soignant et le soigné travaillent ensemble pour essayer de comprendre la situation et trouver des solutions.
- Une étape de fin de relation : La relation se termine. Un bilan de ce qui a été fait est réalisé et la personne soignée peut ensuite continuer son parcours et créer d’autres liens avec d’autres personnes.

Dans la pratique infirmière, la relation de confiance est essentielle pour assurer une prise en charge de qualité, aussi bien au début des soins que sur le long terme.

En effet, lorsqu’un patient ne fait pas confiance au soignant, il peut avoir des difficultés à poser des questions, à exprimer ses inquiétudes ou encore à accepter certains soins. Il peut aussi moins bien suivre son traitement ou les conseils donnés, ce qui peut compliquer la prise en charge.

À l’inverse, une relation de confiance permet de favoriser la communication et d’impliquer davantage le patient dans ses soins.

Hildegarde Peplau souligne que : « *Le développement de la confiance n’est pas instantané, il s’agit plutôt d’un processus lent et continu que l’infirmière doit entretenir tout au long de la relation* ». (Peplau, cité Paillard, dans le Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, 2015, p. 326).

Elle affirme également que : « *La confiance du client (personne soignée) dépend du comportement de l’infirmière, de son professionnalisme, de sa capacité d’aller vers lui et de lui communiquer son respect* ». (Peplau, cité par Paillard, dans le Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, 2015, p. 326).

Ces deux citations montrent que la confiance ne se crée pas automatiquement, mais dépend de l’attitude et de l’implication du soignant.

Dans la pratique infirmière, elle est indispensable pour construire une relation de qualité avec le patient.

Dans une approche complémentaire, Michela Marzano, philosophe italienne, explique que la confiance consiste à pouvoir compter sur quelqu’un, ce qui implique une forme de vulnérabilité et le fait d’accepter de s’appuyer sur l’autre. Elle précise que : « *La confiance renvoie l’idée qu’on peut se fier à quelqu’un ou à quelque chose* ». (Marzano, *Qu’est-ce que la confiance ?*, 2010, p. 53).

De plus, Michela Marzano montre que la confiance ne repose pas seulement sur ce que l'on voit ou ce que l'on sait. Elle est aussi liée aux émotions et au ressenti. Elle souligne que : « *La confiance [...] place d'emblée celui qui fait confiance dans un état de vulnérabilité et de dépendance* ». (Marzano, *Qu'est-ce que la confiance ?*, 2010, p. 53).

Dans les soins, cette idée est particulièrement importante, car les patients sont souvent fragiles et ont besoin de pouvoir compter sur les soignants. La relation de confiance se construit petit à petit. On ne peut pas obliger quelqu'un à faire confiance, même si celle-ci est essentielle pour que le patient se sente en sécurité et s'implique dans ses soins.

Margot Phaneuf souligne que : « *La confiance est un sentiment de sécurité, d'assurance et même d'espérance de bons soins que suscite la soignante attentive, responsable, capable de bien s'occuper du client* ». (Phaneuf, *La relation soignant-soigné : Rencontre et accompagnement*, 2011, p. 149).

Cependant, dans la pratique infirmière, la relation de confiance peut être compliquée par l'organisation du service, la charge de travail et le manque de temps.

Monique Formarier, infirmière et chercheuse française, souligne que : « *Ces relations sont enfermées dans des pratiques répétitives, voire des scénarios [...]. En miroir, les soignants attendent des patients, non seulement qu'ils adoptent des comportements attendus, mais qu'ils le fassent dans des temps très brefs [...]. Ce type de relation permet au soignant, la plupart du temps, une relative économie de la charge affective et cognitive* ». (Formarier, *La relation de soin, concepts et finalités*, 2007, p. 34).

L'auteure montre que ces pratiques peuvent rendre la construction d'une relation de confiance plus difficile. Lorsque la relation devient trop rapide et standardisée, le patient peut avoir l'impression de se sentir moins écouté et de ne pas être vraiment pris en compte.

Ainsi, pour construire une relation de confiance durable, le soignant doit dépasser ses habitudes, être à l'écoute du patient et s'appuyer sur un autre élément essentiel dans les soins : la communication.

3.2.3. La communication dans le soin

Au XVe siècle, la notion de *communication*, emprunté du latin *communicatio*, signifie : « *Mise en commun ; action de communiquer, de faire part* », de *communicare*. (*Dictionnaire de L'Académie Française*, s.d.).

La communication est une notion essentielle dans la relation soignant-soigné.

Selon le *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*, la communication est un échange entre deux personnes. Cet échange se compose d'un émetteur qui envoie un message et d'un récepteur qui reçoit le message et y répond. Cette réponse s'appelle le « *feed-back* ». (Paillard, 2015, p. 86).

Cependant, dans la pratique infirmière, la communication est une relation humaine complexe et ne consiste pas seulement à transmettre des informations.

Pour Antoine Bioy, maître de conférences en psychologie clinique : « *Le lien relationnel est ici celui du soin, élément fondamental qui influence l'ensemble des échanges qui auront lieu dans la relation* ». (Bioy, cité par Paillard, dans le *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*, 2015, p. 90-91). Ainsi, il s'agit d'une relation professionnelle où chaque personne occupe une place précise avec des attentes et des attentes et des points de vue différents.

Dans cette approche, Watzlawick, psychologue et théoricien de la communication, explique que : « *Tout échange de communication est symétrique ou complémentaire, selon qu'il se fonde sur l'égalité ou la différence* ». (Watzlawick, cité par Paillard, dans le *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*, 2015, p. 91).

Cette idée montre que le soignant doit trouver un équilibre, c'est-à-dire être proche du patient tout en gardant une certaine distance professionnelle.

Ainsi, la façon dont le soignant communique a un impact direct sur la qualité de la relation et sur la qualité des soins. Une bonne communication aide le patient à comprendre, à accepter les soins et à se sentir plus satisfait.

Margot Phaneuf, rappelle que la communication joue un rôle central dans le lien avec la personne soignée. Elle affirme que : « *La communication est un besoin fondamental de l'être*

humain et une nécessité pour vivre avec ses semblables ». (Phaneuf, *La relation soignant-soigné : Rencontre et accompagnement*, 2011, p. 3).

Cette citation montre que la communication occupe une place essentielle dans les relations humaines et dans l'accompagnement du patient.

Dans les soins, la communication ne se limite pas au langage verbal, mais comprend aussi un langage non verbal. Communiquer, c'est aussi utiliser le corps, pas seulement les mots. Evelyne Terrat, psychologue, souligne : « *Le langage du corps traduit toutes les sensations et les sentiments que nous ressentons au travers d'attitudes corporelles et faciales* ». (Terrat, cité par Paillard, dans le *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*, 2011, p. 88).

Le langage verbal peut ainsi être renforcé ou contredit par des attitudes corporelles telles que les gestes, le regard, la posture ou le toucher. L'attitude du soignant peut faciliter ou, au contraire, freiner la relation avec le patient. C'est pourquoi la communication non verbale aide à instaurer un climat de confiance.

Cependant, Jacques Chalifour, infirmier, formateur et auteur québécois, met en évidence certaines techniques pouvant améliorer la relation avec le patient. Il explique que : « *Dans les entretiens, les modes de contact [...] permettent à l'intervenant de manifester sa présence et son intérêt* ». (Chalifour, cité par Paillard, dans le *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*, 2011, p. 91).

Parmi ces techniques, on retrouve l'écoute active, la reformulation, le questionnement et le silence. L'écoute active permet au patient de se sentir compris et entendu, la reformulation permet de vérifier la bonne compréhension du message et le silence laisse au patient le temps de réfléchir pour pouvoir s'exprimer.

Dans la relation soignant-soigné, la communication occupe une place fondamentale. Elle permet de mieux comprendre le patient et ses besoins. Elle s'appuie à la fois sur des éléments verbaux et non verbaux et utilise des outils comme l'écoute, la reformulation ou encore le silence. Ces éléments permettent d'instaurer un climat de confiance et de créer une relation plus rassurante avec le patient. Ces compétences se développent progressivement avec l'expérience professionnelle et demandent au soignant de s'adapter à chaque situation.

Il est donc important de s'intéresser à la notion d'expertise infirmière, qui sera développée dans la partie suivante.

3.3. L'expertise clinique infirmière

Dans la pratique infirmière, certaines situations de soins demandent au soignant d'analyser les situations et de s'adapter en permanence, surtout lorsqu'il s'agit de patients souffrant de pathologies complexes ou chroniques.

C'est à ce moment-là que l'expertise infirmière devient importante. Elle permet au soignant de mobiliser ses connaissances, d'utiliser ses compétences et son expérience afin d'adapter les soins et de répondre aux besoins du patient.

3.3.1. Définition de l'expertise professionnelle

Dans un premier temps, il paraît nécessaire de définir l'un des concepts importants de ce travail : l'expertise professionnelle.

Au XIII^e siècle, le terme « Expert », provient du latin *expertus*, qui signifie « éprouvé » ou « qui a fait ses preuves ». (*Dictionnaire de L'Académie Française*, s.d.).

Selon le *Dictionnaire de l'Académie Française*, un expert se définit comme une personne : « qui est expérimentée, qui a acquis, par la pratique, compétence et habileté ». (*Dictionnaire de l'Académie Française*, s.d.).

Par cette définition, on comprend que les connaissances d'un expert se construisent grâce à l'expérience et à la pratique professionnelle acquises.

L'expertise ne se limite pas à des connaissances théoriques, mais implique aussi de savoir les utiliser dans la pratique.

Dans cette perspective, Guillaume Calafat, Historien, explique dans son article *Expertise et compétences* que l'expertise se construit à travers plusieurs éléments. Il cite : « l'expérience acquise, la reconnaissance institutionnelle, [...] la maîtrise des savoirs ». (Calafat, *Expertise et compétences*, 2011, p. 97).

Cela montre que l'expertise se construit aussi à travers la reconnaissance professionnelle.

Être expert, c'est aussi savoir agir dans des situations difficiles ou imprévisibles. Guillaume Calafat précise que l'expertise consiste à utiliser : « *une analyse compétente dans des situations contentieuses ou incertaines* ». (Calafat, *Expertise et compétences*, 2011, p. 98).

L'expert se différencie par sa capacité à comprendre, juger et prendre des décisions adaptées, surtout face à des situations techniques ou complexes.

Cependant, l'expertise ne se construit pas seule, mais fait partie d'un cadre collectif et institutionnel. Elle nécessite : « *la médiation d'un groupe d'experts labellisé comme tel – socialement et/ou institutionnellement* ». (Calafat, *Expertise et compétences*, 2011, p. 98).

Cela montre que la reconnaissance de l'expertise dépend à la fois des compétences, mais aussi du regard des institutions et de la société.

Enfin, Guillaume Calafat montre que l'expertise est un processus dynamique qui évolue et se construit au fil du temps. Elle peut être considérée comme : « *un processus d'adaptation et d'établissement du compromis* ». (Calafat, *Expertise et compétences*, 2011, p. 103).

Cette réflexion signifie que l'expert doit être capable d'adapter ses décisions en fonction du contexte et des personnes impliquées.

Cette approche est complétée par Marie-Agnès Morel, cadre de santé et formatrice, qui apporte dans son ouvrage *Expert, expertise*, une définition plus détaillée de l'expertise. Elle explique que les notions d'expert et d'expertise restent difficiles à définir et sont utilisées dans de nombreux domaines. Elle les décrit comme : « *des concepts aux contours flous* ». (Morel, cité dans *Les concepts en sciences infirmières*, 2012, p. 193).

Cela signifie qu'il n'existe pas une seule définition de l'expertise, car elle varie selon le contexte dans lesquels elle est utilisée.

Selon Marie-Agnès Morel, un expert est : « *une personne qui a fait ses preuves, a l'expérience de... ou est capable de démontrer son habileté, son savoir-faire dans un domaine précis* ». (Morel, cité dans *Les concepts en sciences infirmières*, 2012, p. 193).

Cette définition montre que l'expertise dépend à la fois de l'expérience et de la manière dont le professionnel met en pratique des connaissances dans des situations concrètes.

Cependant, L'Association Française de Normalisation (AFNOR), définit l'expert comme étant : « *la personne dont la compétence, l'indépendance et la probité lui valent d'être formellement reconnue apte à effectuer des travaux d'expertise* ». (AFNOR, cité par Morel, dans *Les concepts en sciences infirmières*, 2012, p. 193). Et, l'expertise comme : « *un ensemble d'activités [...] élaborés à partir des connaissances disponibles [...] accompagnés d'un jugement professionnel* ». (AFNOR, cité par Morel, 2012, p. 193).

L'AFNOR insiste sur le fait que l'expert doit être reconnu pour ses compétences, mais aussi pour son sérieux et sa fiabilité. Elle souligne également que l'expert doit être capable de faire preuve de jugement dans les situations de soins.

De plus, Marie-Agnès Morel souligne que l'expertise correspond à un niveau élevé dans le parcours du professionnel. Elle s'appuie sur les travaux de Patricia Benner et du modèle de Dreyfus, pour rappeler que l'expert passe par plusieurs stades et se situe à la dernière étape, où : « *grâce à une somme de connaissances et d'expériences, l'infirmière est capable de comprendre et d'évaluer intuitivement les situations* ». (Benner, cité par Morel, dans *Les concepts en sciences infirmières*, 2012, p. 194).

Cela signifie que grâce à son expérience, l'infirmière réagit plus facilement aux situations complexes.

Les travaux de Guy Le Boterf, consultant et spécialiste du développement des compétences professionnelles, confirment les idées dites précédemment. Il explique qu'il existe plusieurs niveaux dans le parcours professionnel. Il indique que : « *le troisième niveau est donc celui de l'expertise, le professionnel a acquis et développé des compétences qu'il sait maîtriser* » (Le Boterf, cité par Morel, dans *Les concepts en sciences infirmières*, 2012, p. 194). Pour l'auteur, il est capable : « *de mettre en œuvre ses connaissances pour résoudre une situation complexe* ». (Le Boterf, cité par Morel, dans *Les concepts en sciences infirmières*, 2012, p. 194).

Cela signifie que l'expertise ne repose pas seulement sur les connaissances accumulées, mais sur la capacité à les utiliser dans la pratique. L'expert ne se contente pas de savoir, il sait aussi

agir. Il est capable d'anticiper, de réfléchir rapidement et de prendre des décisions adaptées, cela permet d'améliorer la qualité des soins.

3.3.2. De novice à expert

Afin de comprendre l'évolution des compétences infirmières, il est intéressant de s'appuyer sur le modèle de Patricia Benner. Dans son ouvrage *De novice à expert : Excellence en soins infirmiers*, Patricia Benner reprend le modèle d'apprentissage des frères Dreyfus afin de montrer que les compétences infirmières se développent avec l'expérience vécue sur le terrain.

Patricia Benner explique que le professionnel évolue progressivement à travers cinq niveaux avant d'atteindre le niveau d'expert. Elle distingue cinq niveaux d'acquisition des compétences : novice, débutant avancé, compétent, performant et expert. Elle affirme que : « *L'infirmière experte ne s'appuie plus sur un principe analytique [...] pour passer du stade de la compréhension de la situation à l'acte approprié* ». (Benner, *De novice à expert*, 2005, p. 33). Cette citation montre que l'expert ne réfléchit plus seulement avec les règles théoriques apprises pendant sa formation. Elle ajoute : « *L'experte, qui a une énorme expérience, comprend à présent de manière intuitive chaque situation et appréhende directement le problème* ». (Benner, *De novice à expert*, 2005, p. 33).

Grâce à son expérience, le soignant développe une meilleure capacité à analyser les situations de soins, ce qui lui permet de repérer rapidement les problèmes et d'adapter plus facilement ses soins en fonction des besoins du patient.

Le stade de « novice » correspond au professionnel qui débute dans la pratique. Le soignant commence juste son activité professionnelle et manque encore d'expérience clinique.

Patricia Benner précise que : « *Les novices n'ont aucune expérience des situations auxquelles elles risquent de se trouver confrontés* ». (Benner, *De novice à expert*, 2005, p. 23).

À ce stade, le novice applique principalement les règles apprises lors de sa formation. Sa pratique reste encore fragile, elle est basée sur de la théorie. Du fait de son manque d'expérience, le novice a encore besoin d'encadrement et de repère précis pour guider sa pratique. Pour assurer la sécurité des soins, le novice s'appuie encore beaucoup sur les protocoles.

Avec le temps et grâce aux situations rencontrées, le soignant commence à apprendre de ses expériences et évolue progressivement vers le stade de « débutant avancé ».

À ce niveau, l'infirmier commence à faire des liens et à reconnaître certaines situations qu'il a déjà vécues. Cependant, il éprouve encore des difficultés pour les analyser.

Patricia Benner nous montre que le débutant avancé commence à percevoir : « *Le comportement des débutantes confirmées est partiellement acceptable : elles ont fait face à suffisamment de situations réelles pour noter [...] les facteurs signifiants qui se reproduisent dans des situations identiques* ». (Benner, *De novice à expert*, 2005, p. 24).

Lorsque l'on est au stade de débutant avancé, on commence à développer une réflexion plus personnelle face aux situations de soins. Le soignant commence progressivement à adapter ses décisions grâce à son expérience.

C'est après plusieurs années d'expérience que le soignant devient « compétent ». Il prend davantage de recul dans sa pratique et devient plus autonome. Il parvient à mieux s'organiser dans son travail et est capable de planifier les soins de manière efficace.

Patricia Benner explique que : « *Elle devient compétente lorsqu'elle commence à percevoir ses actes en termes d'objectifs ou de plans à long terme dont elle est consciente* ». (Benner, *De novice à expert*, 2005, p. 27).

Grâce à cette expérience, le soignant gagne en confiance dans sa pratique et gère plus facilement les situations complexes.

Le professionnel continue de progresser et devient plus expérimenté et plus à l'aise dans les situations de soins. Il passe donc au stade de « performant ».

À ce stade, le soignant perçoit le patient dans son ensemble, comprend mieux ses besoins et est capable d'anticiper certaines difficultés ou complications. L'expérience aide le soignant à comprendre plus rapidement les situations, afin d'ajuster plus facilement sa prise en charge aux besoins du patient.

Patricia Benner affirme que : « *La perspective n'est pas bien réfléchie, mais « se présente d'elle-même », car fondée sur l'expérience et les événements récents* ». (Benner, *De novice à expert*, 2005, p. 29).

Ainsi, le soignant ne se concentre plus seulement sur les actes techniques, mais prend davantage en compte la personne dans sa globalité.

Enfin, la dernière étape correspond au stade « expert ». Il constitue le niveau le plus élevé dans l'évolution du professionnel. Pour Patricia Benner, l'expert possède une grande maîtrise de sa pratique grâce à toutes les situations vécues et accumulées au fil du temps. L'expert réagit rapidement, sans hésitation, ce qui facilite la prise de décisions.

Elle explique que : « *L'experte, qui a une énorme expérience, comprend à présent de manière intuitive chaque situation et appréhende directement le problème sans se perdre dans un large éventail de solutions et de diagnostics stériles* ». (Benner, *De novice à expert*, 2005, p. 32).

L'expert est Capable d'analyser rapidement les situations, d'anticiper les risques et de mieux comprendre les besoins du patient.

Il apparaît nécessaire de distinguer la notion de maîtrise professionnelle de celle d'expertise.

Selon le *Dictionnaire de l'Académie Française*, la maîtrise correspond à une forme de : « *Supériorité, autorité qu'on détient sur quelque chose ou dans un domaine particulier* » (*Dictionnaire de l'Académie Française*, s.d.).

Dans la pratique infirmière, cette notion désigne la capacité du professionnel à mettre en œuvre des connaissances solides et des compétences techniques pour agir de manière autonome et efficace dans des situations complexes.

Selon Patricia Benner : « *C'est l'infirmière performante qui est, le plus souvent, capable de reconnaître une détérioration de l'état du malade avant même qu'il y ait des changements explicites dans les signes vitaux* ». (Benner, *De novice à expert*, 2005, p. 31).

Cette citation montre que grâce à l'expérience clinique, l'infirmière développe une meilleure maîtrise des soins et une capacité d'anticipation face aux situations complexes.

Dans certaines situations de soins, l'analyse, l'expérience et l'adaptation du soignant deviennent indispensables notamment dans le domaine des plaies et de la cicatrisation.

Grâce à son expérience, le soignant ne réalise pas les soins de manière automatique. Il Adapte sa prise en charge en fonction de l'évolution de la plaie, de la douleur et des besoins du patient. Il prend également en compte son état physique et psychologique afin de proposer des soins adaptés à chaque situation.

L'expertise infirmière ne repose pas seulement sur la réalisation d'un soin technique. L'infirmier expert devient une personne ressource capable d'accompagner les équipes soignantes et de participer à l'évolution des pratiques professionnelles.

On comprend alors que l'expertise infirmière continue de se développer tout au long de la carrière professionnelle. Elle nécessite du temps, de l'expérience, des connaissances actualisées et une remise en question constante des pratiques de soins.

Cette évolution des compétences infirmières n'est pas seulement abordée dans les livres ou les ouvrages théoriques, mais aussi dans des supports plus proches de la pratique professionnelle. Dans le podcast *Infirmière : de novice à experte*, Karine Mekkelholt et Sylvie Rochon, toutes deux infirmières, expliquent comment une infirmière devient experte avec le temps.

Elles insistent également sur l'importance des échanges avec les autres professionnels de santé, qui participent au développement de l'expertise infirmière. Le partage d'expériences et le travail en équipe permettent aux soignants d'enrichir leur pratique et de développer leurs compétences au quotidien.

Le podcast montre aussi que l'ancienneté seule ne suffit pas pour devenir experte. L'expertise repose aussi sur la capacité du soignant à utiliser ses connaissances dans la pratique afin de proposer des soins adaptés aux besoins de chaque patient.

3.3.3. Rôle de l'infirmière experte en plaies et cicatrisation selon le cadre réglementaire

Dans les soins de plaies et de cicatrisation, l'expertise infirmière est particulièrement importante, car certaines situations rencontrées sont souvent complexes. Chaque plaie est différente et les plaies chroniques, tumorales ou encore les escarres nécessitent une évaluation précise, une surveillance régulière ainsi qu'une adaptation constante des soins.

Prendre en charge des soins de plaies complexes n'est pas chose facile. L'infirmière doit posséder à la fois des compétences techniques, une solide expérience professionnelle et une bonne capacité d'adaptation. Elle doit surveiller l'évolution de la plaie, rassurer et accompagner le patient tout au long des soins. Les soins de plaies font partie des actes infirmiers encadrés par des textes officiels, notamment le Code de la santé publique.

Selon l'article R.4311-1 : « *L'infirmier ou l'infirmière accomplit les soins visant à maintenir ou restaurer la santé de la personne* ». (Code de la santé publique, s.d.).

Cet article précise que le rôle infirmier consiste à réaliser des soins adaptés pour préserver ou améliorer la santé du patient.

De plus, l'article R.4311-5 précise que les soins infirmiers comprennent aussi : « *la réalisation et la surveillance des pansements* ». (*Code de la santé publique*, s. d.).

Cet article indique que la prise en charge des plaies fait partie du rôle propre infirmier et que l'infirmière est compétente pour réaliser et surveiller les pansements.

Cependant, soigner des plaies complexes nécessite de l'expérience et des connaissances infirmières plus développées. Dans son article consacré à *l'Expertise infirmière au service des soins de plaies*, Sylvie Warnet, journaliste, montre que l'expérience professionnelle se construit au fil des années grâce aux situations rencontrées auprès de patients sur le terrain.

Isabelle Fromantin, infirmière et spécialiste en plaies et cicatrisation, explique aussi avoir développé ses compétences : « *en voulant comprendre et chercher des solutions pour améliorer le vécu des personnes porteuses de plaie tumorale* ». (Fromantin, cité par Warnet, dans *l'Expertise infirmière au service des soins de plaies*, 2014, p.30).

Cette réflexion montre que l'expérience infirmière ne se limite pas à des gestes techniques, mais se développe grâce à l'écoute et à l'observation du patient afin d'assurer des soins adaptés.

Certaines situations sont compliquées à gérer pour les soignants comme pour les patients, notamment lorsque les plaies sont douloureuses, infectées ou malodorantes. Sylvie Warnet souligne que : « *l'odeur est source d'une souffrance énorme pour les patientes, pour l'entourage et même pour les soignants* ». (Warnet, *l'Expertise infirmière au service des soins de plaies*, 2014, p. 31).

Les soins de plaies peuvent avoir des conséquences importantes sur la vie quotidienne du patient. Les soignants doivent prendre en compte les répercussions physiques, psychologiques et sociales du patient.

Face à cette complexité de soins, certaines infirmières choisissent de se spécialiser afin d'approfondir leurs connaissances grâce à des formations complémentaires.

Dans un article consacré à la télésanté et aux infirmières expertes en plaies et cicatrisation, Séverine Francisco-Deschamps et Gaëlle Morin, toutes deux infirmières expertes en plaies et

cicatrisation, soulignent que : « *La fonction d'infirmière experte demande une formation et une expérience spécifique* ». (Francisco-Deschamps et Morin, *La valeur ajoutée de la téléconsultation conduite par des infirmières en plaies et cicatrisation dans l'accompagnement des patients*, 2005, p. 25).

L'article précise aussi que pour qu'une infirmière devienne experte en plaies et cicatrisation, elle doit impérativement être titulaire d'un D.U. en plaies et cicatrisation, auquel s'ajoute : « *une expérience d'au moins quatre ans dans la prise en charge des plaies complexes* ». (Francisco-Deschamps et Morin, *La valeur ajoutée de la téléconsultation conduite par des infirmières en plaies et cicatrisation dans l'accompagnement des patients*, 2025, p. 25).

Cette formation permet d'aider les infirmières à acquérir davantage de compétences dans l'évaluation des plaies et le choix des pansements, la prévention des complications ainsi que l'adaptation des soins selon chaque situation.

Aujourd'hui, les pratiques de soins changent avec le développement de la télésanté. Les infirmières utilisent désormais de nouveaux outils numériques comme la téléconsultation. Grâce à ces outils, certaines évaluations de plaies peuvent être réalisées à distance afin d'adapter rapidement les soins.

Dans l'article, les auteures précisent que lors d'une téléconsultation : « *l'expertise de l'IDE en plaies et cicatrisation repose également sur sa capacité à évaluer non seulement l'état de la plaie, mais aussi l'environnement dans lequel le patient évolue* ». (Francisco-Deschamps et Morin, *La valeur ajoutée de la téléconsultation conduite par des infirmières en plaies et cicatrisation dans l'accompagnement des patients*, 2005, p. 26).

Cependant, les infirmières expertes en plaies et cicatrisation ne travaillent pas seules. Elles collaborent régulièrement avec plusieurs professionnels de santé comme les infirmiers libéraux, les médecins ou les dermatologues, afin d'assurer une prise en charge adaptée et cohérente du patient.

Séverine Francisco-Deschamps et Gaëlle Morin montrent que cette organisation permet : « *un suivi rapide, un échange de qualité autour du soin entre les différents professionnels de santé impliqués* ». (Francisco-Deschamps et Morin, *La valeur ajoutée de la téléconsultation conduite par des infirmières en plaies et cicatrisation dans l'accompagnement des patients*, 2005, p. 26).

Le travail en équipe est également important car il permet un meilleur suivi des patients présentant des plaies complexes. L'expérience infirmière influence également la manière dont le soignant accompagne le patient et construit la relation soignant-soigné.

3.3.4. L'impact de l'expertise sur la relation soignant-soigné

L'expertise infirmière influence la manière dont le soignant entre en relation avec le patient. Elle dépend à la fois de la personnalité du soignant, mais aussi de son expérience professionnelle. Les années de pratique permettent au soignant de mieux accompagner les patients pendant les soins.

Dans certaines situations complexes, notamment dans les soins de plaies et de cicatrisation, l'infirmière expérimentée est généralement plus à l'aise face aux difficultés rencontrées. Avec les années de pratique professionnelle, elle repère plus facilement certaines difficultés chez les patients. Elle sait également adapter sa manière de réaliser les soins et de communiquer afin de rassurer le patient dans des situations parfois douloureuses ou angoissantes.

Dans son ouvrage *De novice à expert*, Patricia Benner explique que : « *L'expérience est donc nécessaire à l'expertise* ». (Benner, 2005, p. 9).

Cette idée montre que l'expérience professionnelle permet à l'infirmière de développer son expertise clinique : « *L'infirmière experte perçoit la situation comme un tout, utilise comme principes des situations concrètes qu'elle a déjà vécues et va directement au cœur du problème sans prendre en compte un grand nombre de considérations inutiles* ». (Dreyfus, H., 1979 & Dreyfus, S., 1981, cité par Benner, dans *De novice à expert*, 2005, p. 9).

Cela montre que l'infirmière experte repère plus rapidement certaines situations à risque, ce qui permet d'anticiper certaines complications et de mieux ajuster les soins. Lorsque le patient se sent écouté et accompagné, il peut être davantage en confiance pendant les soins. Cette relation l'aide également à exprimer plus facilement ses inquiétudes ou ses douleurs. Une bonne relation soignant-soigné favorise une meilleure acceptation des soins par le patient.

Dans les soins de plaies, la relation avec le patient est particulièrement importante, car certains soins peuvent être douloureux, long et difficiles à vivre au quotidien.

L'expertise infirmière permet alors au soignant de mieux comprendre le vécu du patient ainsi que les difficultés psychologiques qu'il peut rencontrer. En effet, certaines personnes ont du mal à accepter leur plaie, surtout lorsque celle-ci modifie leur apparence physique ou impacte leur vie quotidienne. Cela peut entraîner un repli sur soi, une perte de confiance ou des difficultés dans les relations sociales.

De plus, l'expérience professionnelle influence aussi la manière de communiquer avec le patient et de construire une relation de confiance.

L'expertise infirmière ne concerne donc pas uniquement la maîtrise des gestes techniques acquis avec l'expérience. Elle joue également un rôle important dans la façon d'accompagner le patient pendant les soins. Dans certaines situations difficiles, l'expérience permet au soignant de mieux comprendre les difficultés vécues par la personne soignée et de favoriser une relation de confiance.

4. Enquête exploratoire

Afin de répondre à ma question de départ afin de mettre en lien la théorie et la pratique, je suis allée réaliser une enquête exploratrice sur le terrain dans le but d'enrichir ma réflexion.

Cette démarche vise à recueillir des données qualitatives auprès de professionnels de santé, plus particulièrement des infirmières expertes en plaies et cicatrisation.

L'objectif de cette enquête est d'analyser et de comprendre comment l'expertise influence la manière de soigner et la relation avec les patients atteints de plaies chroniques.

4.1. Méthode utilisée

Pour réaliser mon enquête exploratoire, j'ai choisi d'utiliser la méthode clinique.

Selon Daniel Lagache, cette méthode consiste à : « *Envisager la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation, chercher à en établir le sens, la structure et la*

genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits... [...] ». (Cité par Reuchlin, *Les méthodes en psychologie*, 2009, p. 106).

Dans le cadre de mon travail, cette méthode est la plus appropriée, car elle permet de comprendre le vécu et le ressenti des infirmières dans un contexte de soins. Elle permet aussi de leur donner la parole et d'accéder à leur point de vue face à des situations complexes, notamment lors de soins techniques souvent douloureux, où la relation avec le patient peut devenir plus compliquée.

De plus, cette approche est adaptée à ma question de départ, dont l'objectif est de comprendre en quoi l'expertise infirmière en plaies et cicatrisation peut influencer la qualité de la relation soignant-soigné.

4.2. Outil utilisé : L'entretien semi-directif

Pour réaliser mon enquête exploratoire, j'ai choisi d'utiliser des entretiens semi-directifs comme outil de recueil de données.

L'entretien semi-directif repose sur une trame de questions ouvertes préparées à l'avance et classées selon plusieurs thèmes et sous-thèmes en lien avec mon cadre de référence. Dans ces échanges, on ne cherche pas des chiffres, mais des opinions, des expériences et des ressentis concernant chaque participante. Les questions ne leur ont pas été communiquées en amont afin de garder le plus d'authenticité dans les réponses. L'entretien est guidé, mais les personnes ne sont pas limitées dans leurs réponses. Elles peuvent expliquer leurs idées, parler de leurs émotions et raconter leurs expériences.

Selon le *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*, un entretien semi-directif est un entretien dans lequel : « *L'infirmière pose des questions et permet ainsi l'émergence de réponses qu'il accueillera sans jugement et cheminera avec la personne soignée pour la conduire à écouter ses propres réponses* ». (Cité par Paillard, 2015, p. 158). Cette définition souligne un cadre structuré sans le rendre rigide. La personne peut s'exprimer librement ce qui favorise des réponses riches et sincères.

Comme le souligne Margot Phaneuf, infirmière : « *Cette forme d'entretien permet de concilier le meilleur des deux mondes, c'est-à-dire de répondre aux impératifs d'efficacité des soins et à ceux d'un contact plus intime avec la personne soignée* ». (Cité dans le *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*, 2015, p. 158). Elle nous montre que cet entretien semi-directif est à la fois efficace dans la collecte d'informations, tout en gardant une relation humaine et un échange libre avec la personne.

Les entretiens ont été réalisés dans le respect des règles et de l'éthique. Les structures concernées ont donné leur autorisation et les entretiens ont tous été enregistrés avec le consentement de chaque participante. Ils ont ensuite été retranscrits afin de faciliter leur analyse.

Au début de chaque entretien, j'ai présenté mon sujet, puis j'ai demandé à chaque participante de se présenter afin de favoriser un climat de confiance avant de commencer l'entretien.

4.3. Guide d'entretien

Dans le cadre de cette enquête, les entretiens semi-directifs ont été construits à partir d'un guide d'entretien composé de questions, relu et validé par ma directrice de mémoire.

Ce guide m'a permis d'obtenir des réponses riches en lien avec les notions abordées dans mon cadre de référence, comme l'expertise infirmière, la relation soignant-soigné, la communication et la qualité du soin.

Ce guide d'entretien se trouve en annexe, à la fin de ce mémoire et reprend les différentes questions posées aux participantes.

- *Généralités* : Pouvez-vous vous présenter ? (Année d'obtention du diplôme, expériences professionnelles). Quelle est la spécificité de votre activité quotidienne infirmière ? (Racontez-moi une journée type).
- *Relation soignant-soigné* : Comment construisez-vous une relation de soin ? Avez-vous déjà vécu une situation où la relation avec un patient a facilité ou, au contraire, a compliqué un soin ?

- *Expertise infirmière* : Qu'est-ce qui vous a motivé à l'obtention de cette spécialisation ? Est-ce qu'il y a eu une situation particulière qui a influencé cette décision ? Pour vous, qu'est-ce que l'expertise infirmière ? Comment mettez-vous en œuvre votre expertise dans votre pratique ?
- *Qualité du soin infirmier* : Qu'est-ce que serait pour vous le soin idéal ? Est-ce que cela vous est déjà arrivé de réaliser un tel soin ? Selon vous, qu'est-ce qui est important pour qu'un soin soit de qualité ? Selon vous, la présence d'une infirmière experte peut-elle changer la qualité du soin ? Si oui, pourquoi ?
- *Fin de l'entretien* : Souhaitez-vous partager une situation marquante en lien avec la relation soignant-soigné, l'expertise ou la qualité du soin ? Voulez-vous ajouter un élément à cet entretien ?

Pendant l'entretien, certaines questions ont parfois été modifiées ou ajoutées ses fonctions des réponses des infirmières afin de me permettre d'aller plus loin sur certains sujets et d'obtenir des informations plus précises.

Ainsi, grâce à ces échanges auprès d'infirmières expertes en plaies et cicatrisation, j'ai pu comprendre en quoi leur expérience et leurs compétences influencent la relation soignant-soigné.

4.4. Population choisie

Dans le cadre de cette enquête exploratoire, la population que j'ai interrogée était composée de quatre infirmières diplômées d'État aux profils variés.

J'ai fait le choix d'interroger des professionnelles d'âges différents, ne possédant pas toutes le même parcours, ni la même expérience, et exerçant dans de diverses structures.

Cette diversité m'a permis d'obtenir des avis variés et plus riches sur mon sujet. Certaines infirmières possédaient le diplôme universitaire (D.U.) en plaies et cicatrisation, tandis que d'autres avaient développé leurs compétences grâce à leur expérience professionnelle ou ne disposaient pas d'expertise particulière dans ce domaine.

Ce choix m'a permis d'observer et de comparer si le niveau de connaissances et d'expérience des infirmières pouvaient avoir une influence sur leur manière de communiquer et de construire une relation avec les patients.

4.5. Lieu d'investigation

J'ai choisi d'interroger quatre infirmières exerçant au sein de structures différentes. Ce choix avait pour objectif d'obtenir plusieurs avis différents, selon le contexte de travail, le niveau d'expertise et leur manière d'être avec les patients.

Pour des raisons d'anonymat, les prénoms des infirmières ont été modifiés. Les établissements n'ont pas été mentionnés pour éviter que les participantes soient reconnues.

Le premier entretien a été réalisé avec une infirmière exerçant en cabinet libéral possédant un D.U. en plaies et cicatrisations. J'ai choisi cette professionnelle, car son activité en libéral lui permettait de voir et de suivre les mêmes patients sur le long terme, ce qui favorisait une relation plus proche avec eux. Ce suivi régulier me semblait particulièrement intéressant, puisqu'il peut influencer la relation entre l'infirmière et le patient.

Le deuxième entretien a été mené auprès d'une infirmière exerçant dans un centre hospitalier, au sein d'un service de consultation. Elle possédait deux spécialisations : un D.U. en plaies et cicatrisation, ainsi qu'un D.U. de stomathérapie. Cet entretien a été particulièrement intéressant, car elle recevait à la fois des patients venant de l'extérieur tout en intervenant dans différents services de l'hôpital.

De plus, cette infirmière faisait partie de la situation personnelle à l'origine de ce mémoire. Son témoignage m'a donc paru particulièrement pertinent, puisqu'il m'a permis de comparer et de mettre en lien mes observations de terrain avec son propre regard sur sa pratique.

Le troisième entretien a été réalisé avec une infirmière exerçant dans un centre hospitalier, au sein d'une équipe mobile spécialisée en plaies et cicatrisation dans un service de dermatologie. Elle se déplaçait dans différents services afin de prendre en charge des patients présentant des plaies.

Bien qu'elle ne possédait pas de D.U. en plaies et cicatrisation, cette infirmière disposait d'une solide expérience acquise grâce à sa pratique professionnelle. J'ai trouvé intéressant de l'interroger, car son expérience lui avait permis d'acquérir des compétences spécifiques, malgré l'absence de D.U.

Pour finir, un quatrième entretien a été réalisé avec une infirmière exerçant également au sein d'un centre hospitalier, dans un service de médecine générale.

Bien qu'elle ait bénéficié de quelques formations internes dans ce domaine, elle était moins spécialisée que les autres professionnelles et ne possédait ni D.U., ni d'expérience particulière en plaies et cicatrisation.

Cet entretien m'a permis de comparer les réponses des infirmières expertes avec celles d'une professionnelle moins spécialisée, afin d'identifier l'influence de l'expertise sur la communication et la relation soignant-soigné.

4.6. Mode opératoire

Le mode opératoire utilisé pour réaliser les entretiens est l'enregistrement. Leur durée variait d'une infirmière à une autre : certains entretiens ont été plus courts, tandis que d'autres plus longs.

Avant de débiter, chaque participante a été informée de la question de recherche ainsi que de la confidentialité de leurs réponses. Il leur a été également précisé que l'entretien pouvait être interrompu à tout moment, si elle le souhaitait.

Avec leur consentement, les entretiens ont été enregistrés afin de faciliter la retranscription et que toutes les réponses soient conservées.

Les entretiens ont ensuite été retranscrits à l'aide du logiciel TurboScribe, puis relus et mis en page manuellement.

Cette retranscription m'a permis de lire autant de fois que nécessaire les réponses recueillies, dans le but de repérer les idées principales et de mieux analyser les réponses des participantes.

4.7. Le déroulement de l'enquête

Le déroulement de cette enquête s'est réalisé progressivement, en plusieurs étapes, sur une période de plusieurs semaines.

Dans un premier temps, j'ai défini mes objectifs de recherche et élaboré mon guide d'entretien. Une fois ces éléments validés par ma directrice de mémoire, j'ai pris contact avec les

responsables des différentes structures de soins concernées afin d'obtenir leur autorisation d'interroger les infirmières sélectionnées pour participer à mon étude.

Une fois l'obtention des accords des structures concernées, j'ai pris contact avec les infirmières, qui ont toutes donné une réponse favorable à ma demande.

Chaque entretien a été réalisé en présentiel, directement avec les infirmières, selon leurs disponibilités. Les échanges se sont déroulés dans des endroits calmes afin de permettre une discussion plus détendue et de favoriser une expression libre.

Ils ont été enregistrés avec le consentement des participantes dans le but de faciliter une retranscription fidèle des propos et de faciliter l'analyse des données.

Ce travail de retranscription m'a permis de relire plusieurs fois les entretiens et de mieux comprendre les réponses des infirmières. J'ai pu repérer les informations importantes et dégager les idées principales en lien avec ma question de départ.

Cette enquête m'a permis d'adopter une posture d'écoute active. J'ai veillé à ne pas donner mon avis ni à juger les propos des infirmières. J'ai cherché à instaurer un climat de confiance afin qu'elles se sentent à l'aise lors des échanges.

C'est une première expérience très enrichissante dans la réalisation d'entretiens de recherche.

4.8. Les limites et les réajustements du travail de recherche

L'enquête exploratoire est une étape importante dans ce travail de recherche, car elle m'a permis d'avancer dans ma réflexion.

Grâce à cette enquête, j'ai pu aller sur le terrain, échanger avec des infirmières, recueillir leurs expériences et mieux comprendre mon sujet concernant l'expertise infirmière et son influence sur la relation soignant-soigné.

Cependant, cette enquête présente certaines limites susceptibles d'influencer les résultats obtenus, qu'il est important de prendre en compte.

Tout d'abord, le nombre d'infirmières interrogées reste limité puisque seulement quatre professionnelles ont répondu à mon étude.

Même si leurs parcours et leurs expériences étaient différents, cela ne permet pas de représenter l'ensemble des pratiques professionnelles dans la prise en charge des plaies et cicatrisations.

En effet, les pratiques peuvent varier selon les services, l'expérience professionnelle, les formations ou encore les patients rencontrés.

De plus, plusieurs infirmières interrogées travaillaient en milieu hospitalier, ce qui limite la diversité et influencer les réponses recueillies. Il aurait été intéressant d'interroger davantage de professionnels exerçant dans d'autres structures afin de comparer les pratiques et les expériences professionnelles.

Par ailleurs, les personnes interrogées étaient uniquement des femmes. Je n'ai pas non plus recueilli le point de vue des patients. Avec le recul, je me rends compte que cela représente une limite dans mon travail, car leur ressenti et leur vécu auraient pu apporter un autre regard sur la manière dont ils vivent les soins techniques ou douloureux.

De plus, ma posture n'est pas totalement neutre. Le fait que je sois étudiante infirmière a pu aussi influencer les entretiens. Certaines participantes ont peut-être adapté leurs réponses ou fait plus attention à la manière de s'exprimer, sachant que ces échanges s'inscrivaient dans le cadre d'un mémoire.

Enfin, il s'agissait de ma première expérience d'entretien dans le cadre d'un travail de recherche. Ce n'est pas la même chose qu'une discussion classique. J'ai rencontré certaines difficultés à relancer certaines réponses ou à approfondir certains sujets. Ces aspects auraient pu être améliorés avec plus d'expérience.

J'ai aussi rencontré certaines difficultés pendant la rédaction de ce mémoire. Le passage à l'écrit n'a pas toujours été simple, surtout pour rédiger le cadre de référence. J'ai parfois manqué de temps pour avancer comme je l'aurais voulu. Certaines contraintes personnelles et familiales, notamment l'organisation avec mes enfants, ont aussi compliqué l'organisation de mon travail et le temps que je pouvais consacrer à la rédaction du mémoire.

Malgré ces limites, ces entretiens ont été très enrichissants et m'ont permis d'obtenir des éléments importants pour mieux comprendre et analyser mon sujet pour analyser mon sujet.

5. Présentation et analyse des entretiens

5.1. Présentation des entretiens

– Entretien 1 : Aurélia : Infirmière au sein d'un cabinet libéral

Le 20 février 2026, j'ai réalisé mon premier entretien avec une infirmière exerçant dans un cabinet libéral.

Aurélia âgée de 35 ans, exerce le métier d'infirmière depuis l'obtention de son diplôme en 2012. Après une première expérience à l'hôpital pendant deux ans en service de médecine SMR, elle exerce désormais en libéral dans un cabinet infirmier intervenant principalement au domicile des patients. En 2018, en complément de son activité, elle a voulu se spécialiser dans la prise en charge des plaies et a obtenu un D.U. en plaies et cicatrisation à Marseille.

Pendant l'entretien, Aurélia explique que la relation avec le patient est un élément essentiel dans son métier. Pour elle, il est important d'installer une confiance entre le patient et le soignant, surtout pendant les soins à domicile. Elle ajoute aussi qu'il faut s'adapter à chaque personne et à chaque environnement.

Elle m'a aussi parlé des difficultés rencontrées avec certains patients atteints de pathologies psychiatriques. Dans certaines situations, cela peut compliquer les soins et son suivi.

Enfin, Aurélia pense que les années d'expérience acquises aident les infirmières à comprendre et mieux gérer certaines situations.

– Entretien 2 : Céline : Infirmière au sein d'une équipe mobile en plaies et cicatrisation

Le 13 mars 2026, j'ai réalisé mon deuxième entretien avec une infirmière exerçant au sein d'une équipe mobile en plaies et cicatrisation.

Céline âgée de 36 ans, exerce le métier d'infirmière depuis l'obtention de son diplôme en 2016. Elle a travaillé pendant huit ans dans un service de médecine regroupant plusieurs spécialités. Dans son hôpital, une équipe mobile en plaies et cicatrisation reliée au service dermatologique a été créée. Intéressée par la dermatologie et les soins liés aux plaies, cela fait deux ans et demi, qu'elle a rejoint cette équipe mobile. Elle m'a expliqué qu'elle ne possédait pas de spécialités particulières, mais qu'elle a été recrutée sur ce poste grâce à sa forte expérience du terrain. Aujourd'hui, elle partage son temps entre l'équipe mobile et l'hôpital de jour dermatologique.

Pendant notre échange, Céline m'explique que la relation de confiance est essentielle dans sa pratique. Pour elle, une bonne relation avec le patient facilite les soins. Elle ajoute aussi que l'écoute et les explications données au patient sont importantes afin de le rassurer.

Elle parle aussi des prises en charge parfois difficiles avec certains patients qui refusent les soins. Pour Céline, la communication entre les équipes est essentielle pour assurer une meilleure organisation des soins. Selon elle, il est important de continuer à se former tout au long de sa carrière. Enfin, elle pense que les infirmières expérimentées peuvent aider les équipes grâce à leurs conseils et leur expérience.

– Entretien 3 : Valérie : Infirmière au sein d'un service de consultation de soins externes

Le 13 mars 2026, j'ai réalisé mon troisième entretien avec une infirmière exerçant en consultation de soins externes.

Valérie a obtenu son diplôme en 2009. Elle exerce le métier d'infirmière depuis maintenant de nombreuses années. Avant de devenir infirmière, elle avait déjà une expérience dans le soin puisqu'elle a travaillé environ quinze ans comme aide-soignante.

Durant sa carrière, elle a exercé dans différents services comme la gériatrie, la médecine ou encore la chirurgie. Intéressée par les soins de plaies, elle a obtenu un D.U. en plaies et cicatrisation à Montpellier en 2014.

Aujourd'hui, elle travaille à temps plein en consultation de soins externes. Elle réalise différents soins comme les soins de plaies complexes, les stomies ou les suivis post-opératoires. Elle intervient principalement dans le suivi de patients nécessitant des soins spécialisés. Elle se

déplace aussi dans les différents services de l'hôpital pour aider les équipes soignantes lorsqu'elles rencontrent des situations complexes liées aux plaies.

Pendant notre échange, Valérie explique que la relation avec le patient commence dès son arrivée et qu'il est important de prendre le temps de le mettre en confiance. Elle me parle aussi de certaines difficultés rencontrées avec des patients aux comportements anxieux ou agressifs, qui peuvent compliquer les soins. Pour elle, l'expérience se construit avec les années et les différentes situations vécues permettent d'apprendre et de progresser. Elle pense également qu'une infirmière spécialisée peut aider les autres soignants grâce à son expérience et ses connaissances.

– Entretien 4 : Anaé : Infirmière au sein d'un service de médecine / SMR

Le 20 mars 2026, j'ai réalisé mon quatrième entretien avec une infirmière exerçant au sein d'un service de médecine / SMR.

Anaé exerce le métier d'infirmière depuis l'obtention de son diplôme en 2019. Depuis le début de sa carrière, elle travaille en médecine / SMR dans un hôpital rural.

Durant son parcours professionnel, elle s'est intéressée aux soins de plaies en suivant différentes formations. Bien qu'elle ne possède pas de D.U., elle a participé en 2024 à une formation de trois jours sur les plaies et cicatrisation. Avec le temps, et grâce à son expérience et ses formations, elle est devenue la personne référente pour les soins de plaies dans son service. Aujourd'hui, elle aide souvent ses collègues lorsqu'ils rencontrent des difficultés ou se posent des questions sur certains soins.

Pendant notre échange, Anaé m'explique que le dialogue avec le patient est très important. Selon elle, la confiance entre le soignant et le patient facilite les soins. Un patient qui se sent en confiance coopère davantage pendant les soins. Pour Anaé, une bonne communication aide à créer une relation positive avec le patient. Cependant, certains troubles du comportement peuvent rendre les soins plus compliqués, par exemple lorsqu'un patient refuse les soins ou communique difficilement.

Elle m'explique aussi qu'elle a voulu approfondir ses connaissances sur les plaies, car elle trouvait ce sujet peu abordé pendant ses études.

Elle pense que les formations et le travail en équipe permettent à l'infirmière de progresser. Selon elle, l'apprentissage vient certes de l'expérience professionnelle, mais aussi des échanges avec les collègues.

Elle considère également qu'une infirmière experte peut aider à améliorer certaines pratiques, tout en précisant qu'une infirmière non spécialisée peut aussi créer une bonne relation avec le patient. Pour Anaé, l'aspect relationnel ne dépend pas uniquement de la spécialisation.

5.2. Analyse croisée des données

5.2.1. La relation soignant-soigné

Perception de la relation soignant-soigné par le soignant

La relation soignant-soigné constitue un élément central de mon cadre de référence.

À travers cette thématique, j'ai voulu comprendre comment les infirmières percevaient et construisaient cette relation dans leur pratique quotidienne. Les réponses recueillies montrent que les quatre infirmières ont une vision assez proche de la relation soignant-soigné. Pour elles, cette relation est essentielle dans la prise en charge du patient. Soigner un patient ne se limite pas à la réalisation de gestes techniques. La relation repose aussi sur la confiance, la communication, l'écoute et l'adaptation au patient. Ce lien favorise l'adhésion du patient et participe à la qualité des soins.

Aurélia et Valérie expliquent toutes les deux que la relation de soin commence dès le premier contact avec le patient. Valérie explique que cette relation se construit « *par l'accueil, déjà, la première fois.* » (E.3, l. 81). Elle ajoute que ce sont aussi « *les présentations* » et le fait de « *découvrir ce pourquoi il vient* » (E.3, l. 83-84), ce qui montre pour elle l'importance de se présenter et de comprendre progressivement la situation de la personne soignée.

De son côté, Aurélia affirme qu'elle ne peut pas « *arriver et faire directement le soin* » (E. 1, l. 36). Elle souligne également l'importance de prendre en compte « *toute une dimension*

environnementale et familiale » (E. 1, l. 36-37), surtout à domicile où le soignant doit « *s'insérer un petit peu dans l'intimité des gens* » (E. 1, l. 39).

Ces deux témoignages montrent que la relation de soin commence avant même le geste technique. Elle se construit dès l'accueil, la présentation, la compréhension de la situation du patient et l'adaptation à son environnement.

Toutes les deux accordent une place importante au premier contact. Cependant, Aurélia insiste davantage sur l'adaptation au contexte de vie du patient à domicile, tandis que Valérie met plutôt en avant la dimension rassurante de l'accueil.

La notion de confiance occupe une place importante dans les différents entretiens réalisés. Les infirmières Céline et Anaé expliquent que c'est un élément essentiel pour assurer une prise en charge de qualité. Céline affirme notamment que « *la confiance va être primordiale dans ma prise en charge* » (E. 2, l. 131), et ajoute que « *ça va être important d'expliquer [...] et de réexpliquer très souvent ce qui a été dit* » (E.2, l.139-140). Pour elle, il est important de prendre le temps d'expliquer les soins réalisés afin de rassurer le patient et favoriser son adhésion aux soins (E.2, l. 136-140). De son côté, Anaé explique que la relation de soin se construit grâce à « *un climat de confiance* » (E.4, l.26), ce qui permet selon elle de réaliser « *des soins de qualité* » (l. 27). Cette idée rejoint aussi les propos d'Aurélia, qui explique être « *obligée d'avoir un minimum de lien avec le patient pour pouvoir être efficace [...] dans mon soin* » (E.1, l. 40-41).

Les différents entretiens montrent que la confiance est un élément important dans la relation de soin et représente un véritable outil thérapeutique. Les infirmières expliquent ainsi que la confiance aide le patient à mieux accepter les soins, mais permet aussi de diminuer ses inquiétudes, surtout lors de soins douloureux. La relation de confiance participe ainsi à la qualité et à l'efficacité du soin.

Les quatre infirmières mettent également en avant l'importance de la communication dans la relation soignant-soigné. Anaé explique que la relation de soin se construit autour de la communication « *qu'elle soit verbale ou non verbale* » (E. 4, l. 25). Cela montre que la communication ne passe pas seulement par les mots, mais aussi par les gestes, l'attitude et la posture du soignant. Cette idée se retrouve dans les propos de Valérie, qui insiste sur le fait de « *donner les explications en temps et en heure, d'une façon claire et concise* » afin de rassurer

le patient, diminuer son anxiété et faciliter la relation de soin (E. 3., l. 86-88). Céline partage aussi cette idée, lorsqu'elle explique l'importance d'expliquer « *ce qu'on va y faire* » et « *pourquoi on est là* » pour que le patient comprenne sa prise en charge (E.2, l. 136-140).

Ces réponses montrent que la communication ne sert pas seulement à transmettre des informations. Elle permet aussi de rassurer le patient, de créer un climat de confiance et favoriser la relation de soin. Elles accordent aussi de l'importance à la compréhension du soin et au consentement du patient.

Par ailleurs, deux infirmières sur quatre mettent en avant l'importance de l'écoute et de l'observation dans la relation de soin. Aurélia explique être particulièrement « *attentive au regard du patient et aux sons* » (E. 1, l. 46) et qu'elle fonctionne « *plus avec l'écoute qu'avec le regard finalement* » (E. 1, l. 49). Elle observe notamment certains signes qui peuvent montrer que le patient se trouve en difficulté, comme « *une respiration qui s'accélère, une crainte, un inconfort* » (E. 1, l. 48). Cette posture lui permet d'adapter le soin, en proposant par exemple « *de faire une pause* » lorsque le patient est trop algique (E. 1, l.50). Cette idée rejoint indirectement les propos d'Anaé, en rappelant qu'il est important d'être attentive aux réactions du patient et d'avoir une communication adaptée pour conserver une relation « *sereine* » (E. 4, l. 62).

L'analyse des entretiens montre donc que la relation soignant-soigné demande une adaptation constante de la part du soignant. Le professionnel doit constamment prendre en compte les émotions, les réactions et le vécu du patient afin de proposer un accompagnement individuel adapté à ses besoins.

Enfin, plusieurs infirmières évoquent l'aspect émotionnel présent dans la relation soignant-soigné. Elles montrent qu'au-delà des gestes techniques, elles se montrent attentives à la souffrance, l'angoisse ou l'histoire du patient. Les entretiens mettent également en évidence l'importance accordée à la douleur et au ressenti du patient durant le soin. Cette implication humaine semble prendre une place importante dans leur pratique quotidienne.

Cette analyse met en évidence que la relation soignant-soigné va bien plus loin que la simple réalisation d'un acte technique. Les entretiens réalisés permettent de comprendre combien l'écoute, la communication et la confiance sont importantes pour construire une relation de

qualité avec le patient. Ces éléments font aussi écho à certaines situations rencontrées en stage, où la façon de communiquer et d'accompagner le patient a un réel impact sur son vécu du soin.

Influence de la relation soignant-soigné sur le déroulement du soin

Dans cette sous-partie, j'ai voulu comprendre comment la relation construite avec le patient pouvait influencer la réalisation du soin infirmier. Pour cela, j'ai interrogé les infirmières sur des situations dans lesquelles la relation avec le patient a facilité, ou au contraire compliqué, la prise en charge.

Les entretiens réalisés auprès des quatre infirmières mettent en évidence que la relation construite avec la personne soignée influence fortement le déroulement du soin infirmier. Selon elles, une relation de qualité permet d'instaurer un climat de confiance dans lequel le patient se sent davantage écouté et compris, ce qui favorise son adhésion aux soins. Cette relation facilite également la réalisation de soins et améliore la prise en charge. À l'inverse, lorsqu'une relation est plus distante ou conflictuelle, le soin peut devenir plus difficile, aussi bien pour le patient que pour le soignant, avec des répercussions sur la prise en charge.

Aurélia et Anaé expliquent toutes les deux qu'une relation de confiance facilite la réalisation du soin. Aurélia affirme que lorsque la relation se passe bien : « *on le sent tout de suite* », car les patients « prennent sur eux » malgré la douleur (E. 1, 1.58-59). Elle ajoute que lorsque le soignant est attentif « *à leur ressenti, à leur douleur* », les patients acceptent plus facilement certains soins douloureux (E 1, 1.59-60).

Cette idée rejoint les propos d'Anaé, qui explique que lorsque « *le patient est conciliant* » et qu'il « *arrive à nous faire confiance* » (E. 4, l. 36), la prise en charge devient plus simple et les soins deviennent « *plus bénéfiques* » pour lui (E. 4, l.38).

Enfin, Aurélia insiste sur l'importance de la coopération entre la personne soignée et le soignant lorsqu'elle affirme que « *finalement, ont fait une équipe* » (E. 1, l. 61).

À l'inverse, certaines difficultés relationnelles décrites par les infirmières peuvent rendre le soin plus compliqué et devenir un obstacle. Aurélia et Anaé évoquent notamment des difficultés rencontrées avec certains patients souffrant de troubles psychiatriques ou comportementaux.

Aurélia explique que lorsque les patients présentent « *des pathologies psychiatriques* », « *tout est faussé* » dans la relation de soin (E. 1, l. 67-68). Elle souligne alors que cela demande au soignant une grande capacité d'adaptation et que le soin « *ne prend pas forcément toujours la tournure que l'on voudrait* » (E.1, l. 69-70). Cette idée rejoint les propos de Anaé qui explique que certains « *troubles comportementaux* » peuvent « *mettre un frein à la prise en charge* » (E.4, l.32-35).

Les témoignages mettent clairement en évidence que certaines situations relationnelles complexes peuvent avoir un impact considérable sur le déroulement des soins. Les infirmières décrivent des prises en charge nécessitant une adaptation permanente ainsi qu'un travail relationnel important afin de maintenir une posture professionnelle adaptée.

Céline et Valérie mettent surtout en avant les difficultés rencontrées liées aux réactions et aux comportements des patients. Céline évoque notamment certains patients qui présentent « *certaines exigences* » ou « *une réticence à notre venue* » (E. 2, l. 148). Elle décrit aussi des refus de soins et des situations où certains patients demandent « *qu'on les laisse tranquilles* » (E. 2, l. 149).

De son côté, Valérie raconte une situation où elle décrit un patient « *très énervé* » dès son arrivée dans le service (E. 3, l. 107-108). Malgré ses efforts pour calmer la situation et rassurer le patient, celui-ci adopte une attitude agressive en lui parlant violemment et en la pointant du doigt (E.3, l. 125-127). Face à cette situation, elle affirme alors qu'elle ne pouvait pas « *faire le soin dans cet état-là* » (E.3, l. 122-123).

Les propos des deux infirmières soulignent l'impact que peuvent avoir certains comportements des patients sur la qualité de la relation thérapeutique et sur le déroulement des soins. Elles racontent des situations susceptibles d'engendrer des tensions, de l'incompréhension ou un sentiment d'échec dans la prise en charge.

Cette charge émotionnelle apparaît également dans le témoignage de Valérie lorsqu'elle explique qu'il lui était « *difficile [...] d'être bienveillante* » face à ce patient agressif (E.3, l. 158-159). Elle dit avoir dû « *se forcer* » à conserver une attitude professionnelle adaptée (E.3, l.159).

De son côté, Céline évoque aussi le fait que certains patients peuvent faire écho « *à des proches* » (E. 2, l. 162) et susciter davantage « *d'affect* » chez les soignants (E.2, l. 167-168).

Bien que les deux infirmières évoquent un impact émotionnel lié à certaines relations de soin, Valérie insiste davantage sur les tensions et l'agressivité rencontrées pendant le soin. Céline, quant à elle, met plutôt en avant les phénomènes d'affect et de transfert pouvant influencer la posture soignante.

Les quatre entretiens réalisés montrent que chaque relation soignant-soigné est unique. Selon les situations rencontrées, elle peut faciliter le déroulement du soin, mais aussi le rendre plus difficile. Les situations relationnelles compliquées semblent avoir un impact émotionnel sur les soignants ainsi que sur leur manière de travailler. Cette analyse m'a permis de comprendre que le travail sur soi, l'écoute et la prise de recul sont essentiels dans la profession infirmière.

5.2.2. L'expertise infirmière

Motivation du soignant à développer son expertise infirmière

L'expertise infirmière occupe une place importante dans mon travail de recherche.

À travers cette sous-partie, j'ai voulu comprendre ce qui avait motivé les infirmières à développer davantage leurs connaissances et leurs compétences dans le domaine des plaies et de la cicatrisation.

Les réponses recueillies permettent de constater que les motivations à développer une expertise en plaies et cicatrisation est liée à plusieurs éléments.

Les infirmières interrogées montrent que cet intérêt provient d'expériences personnelles marquantes, de situations professionnelles vécues sur le terrain ainsi qu'à l'influence de professionnels expérimentés rencontrés au cours de leur carrière.

Aurélia et Valérie décrivent toutes les deux un intérêt pour les soins techniques, en particulier les soins de plaies. Valérie explique avoir toujours aimé « *faire les soins de plaies, les pansements* » et préférer consacrer son temps aux soins plutôt qu'aux tâches administratives (E. 3, l. 171-173). Elle précise aussi que certains médecins avaient remarqué son intérêt pour cette spécialité et l'avaient encouragée à suivre une formation en plaies et cicatrisation. L'un d'eux lui aurait notamment demandé : « *pourquoi tu ne fais pas ton D.U. plaies et*

cicatrisation ? », en voyant qu'elle s'y intéressait : « *d'une manière naturelle* » (E.3, l. 179-182).

Cette idée rejoint les propos d'Aurélia, dont l'intérêt pour cette spécialisation vient d'une expérience personnelle marquante liée à sa propre prise en charge. Elle explique : « *j'ai été moi-même confrontée à une situation [...] j'ai eu besoin de pansements pendant 10 mois et demi* » (E. 1, l. 83-84). Cette expérience l'a amenée à s'interroger sur certaines pratiques rencontrées lors des soins. Elle explique avoir fait appel à « *des infirmières qui n'étaient pas forcément spécialisées* » (E. 1, l. 98), et avoir observé certaines limites dans leur manière de réaliser les pansements. Ce sont finalement les échanges avec une infirmière spécialisée dans un hôpital qui lui a donné envie d'approfondir ses connaissances dans ce domaine (E.1, l. 111-112).

Les réponses des deux infirmières montrent que les expériences vécues sur le terrain, mais aussi les expériences personnelles ont contribué à attirer chez elles un intérêt pour les soins de plaies. Cependant, leurs motivations ne sont pas les mêmes. Valérie décrit un intérêt principalement centré sur la technicité et sur la pratique des soins. Aurélia, quant à elle, transforme une expérience personnelle difficile en motivation professionnelle.

En ce qui concerne Céline et Anaé, l'environnement de travail a joué un rôle important dans le développement de leur expertise.

Céline explique son intérêt pour cette spécialité, qui s'est construit progressivement grâce aux échanges avec les médecins et au soutien présent dans son service. Elle précise notamment que « *les médecins nous ont donné des cours régulièrement* » (E. 2, l. 181) et insiste aussi sur la dynamique de formation mise en place dans son équipe « *ils veulent qu'on se forme et ça encourage* » (E.2, l.183).

Dans le même sens, Anaé évoque que certaines lacunes ressenties pendant sa formation initiale ainsi que ses difficultés rencontrées dans la pratique ont renforcé sa volonté de se spécialiser. Elle explique notamment que « *pendant l'obtention du diplôme, on a très peu de cours* » (E. 4, l. 45) et qu'ensuite « *on a une difficulté derrière où on se pose un peu des questions* » (E. 4, l. 46-47). Elle souligne aussi l'accompagnement et le soutien d'une cadre diplômée en plaies et cicatrisation, qui lui a permis d'enrichir ses connaissances « *notre cadre qui a donc le D.U. [...] elle a pu nous apporter beaucoup* » (l.49-50).

Les propos de Céline et d'Anaé montrent que les échanges avec les autres professionnels participent au développement de l'expertise infirmière. Les formations et le travail en équipe permettent aussi d'enrichir les connaissances et les compétences.

Cependant, plusieurs infirmières associent également leur volonté de spécialisation à l'amélioration de la prise en charge des patients. Aurélia évoque notamment le souhait « *d'être très efficace dans les pansements* » (E.1, l. 114). Cette réflexion rejoint les propos de Valérie, qui souligne le manque de professionnels spécialisés dans ce domaine en affirmant qu'« *il y avait un énorme manque de spécificité* » (E. 3, l. 191). Valérie souligne aussi que « *nous ne sommes pas nombreuses et il y a beaucoup de manques* » dans ce domaine. (E.3, l. 199-200). Les entretiens montrent que l'envie des infirmières de développer une expertise infirmière ne tient pas seulement à l'aspect technique du métier. Il s'agit également de mieux accompagner les patients et de proposer des soins plus adaptés aux situations rencontrées sur le terrain.

Cette analyse met en évidence que l'expertise infirmière se construit progressivement à travers les expériences vécues, les rencontres professionnelles et les situations rencontrées sur le terrain. Les témoignages des infirmières montrent aussi que les expériences vécues en stage contribuent au développement des compétences infirmières et participent à la construction de l'identité professionnelle.

Définition de l'expertise infirmière selon le soignant

À travers cette thématique, j'ai voulu comprendre ce que les infirmières entendaient par expertise infirmière.

Les entretiens montrent que les quatre infirmières considèrent que l'expertise infirmière se construit à partir de connaissances théoriques, mais aussi grâce à l'expérience clinique et à l'analyse des situations rencontrées. Elles soulignent également que cette expertise évolue avec le temps et se renforce au contact des différentes expériences professionnelles vécues au quotidien.

Aurélia et Valérie définissent l'expertise infirmière comme une capacité à analyser les situations et à adapter les soins selon les besoins du patient. Aurélia compare d'ailleurs cette expertise à

« *une caisse à outils* » (E. 1, l. 121), dans laquelle le professionnel peut puiser selon les besoins du patient. Elle explique que cela permet « *une analyse un petit peu plus poussée* » (E.1, l. 122). Elle évoque le fait d'avoir « *plus de connaissances sur quels pansements mettre à quel stade de cicatrisation* » (E.1, l. 124-125). Cela montre que, pour elle, l'expertise aide le soignant à mieux analyser la situation avant d'adapter le soin. Elle explique aussi qu'il est important de prendre du recul et d'avoir une vision globale de la situation avant de mettre en place un soin.

Valérie partage également ce point de vue en expliquant aussi que l'expertise, c'est « *quelque chose qui s'acquiert tout au long, et de tes journées, de tes jours et des mois qui passent* » (E.3, l. 207-208). Pour elle, les situations déjà vécues permettent au soignant de mieux réagir face aux situations rencontrées « *je me souviens d'une fois, je m'étais comportée comme ceci ou comme cela face à cette plaie, face à ce patient, ça n'avait pas marché* » (E. 3, l. 211-213).

Les deux infirmières montrent que l'expérience acquise sur le terrain participe au développement de leur expertise. La répétition des situations rencontrées de soins leur permettent progressivement de prendre du recul et d'adapter leurs pratiques.

Céline et Anaé mettent davantage en avant les connaissances théoriques et les formations continues dans la construction de l'expertise infirmière. Pour Céline, cette expertise se développe grâce à « *l'expérience de terrain* » et aux « *différentes formations* », (E.2, l. 191-192). Elle explique aussi que cette expertise donne davantage d'assurance et de reconnaissance professionnelle, en rendant l'infirmière « *crédible* » (E.2, l.202) et « *légitime face aux médecins* » (E.2, l. 195).

Anaé considère que l'expertise repose autant sur « *nos connaissances et nos savoirs de par l'expérience* » mais aussi sur « *les formations qu'on a faites* » (E.4, l. 53-54). Elle ajoute que « *la réévaluation de chacun de nos protocoles ou de nos façons de faire* » permet d'avoir « *des soins plus qualitatifs* » (E.4, l. 56-58).

Dans leurs discours, Céline et Anaé montrent que l'expertise infirmière ne dépend pas exclusivement de l'expérience clinique, mais aussi d'une mise à jour des connaissances et une remise en question continue des pratiques professionnelles.

Les quatre infirmières interrogées partagent une vision proche de l'expertise infirmière. Pour elles, cette expertise se construit au fil des années, grâce aux connaissances théoriques, à

l'expérience acquises sur le terrain ainsi qu'à la réflexion menée sur leurs pratiques professionnelles.

Aurélia et Valérie parlent surtout de l'importance de l'expérience de terrain et de l'adaptation aux patients. De leur côté, Céline et Anaé mettent davantage en avant les formations et l'évolution des connaissances au cours de la carrière. Valérie rappelle aussi que l'expérience n'est jamais totalement acquise, et qu'il est essentiel de toujours actualiser ses connaissances tout au long de sa carrière.

Mobilisation de l'expertise infirmière dans la pratique quotidienne

Dans cette sous-partie, j'ai voulu comprendre comment les infirmières mobilisaient leur expertise dans leur pratique quotidienne.

Les infirmières expliquent mobiliser leur expertise de différentes façons.

À travers les entretiens, on comprend que cette expertise ne concerne pas seulement les connaissances techniques, mais aussi l'analyse de la situation, l'observation du patient, la communication et le travail en équipe.

Aurélia et Valérie mettent surtout en avant l'importance du raisonnement clinique dans la prise en charge. Aurélia explique que, pendant un soin, « *c'est vraiment l'analyse avant de me lancer pour faire le pansement* » (E.1, l. 147-148). Elle précise également qu'il y a « *tout un contexte à prendre en considération* » avant de choisir le soin adapté (E.1, l. 151-152).

De son côté, Valérie décrit une démarche assez similaire lorsqu'elle explique qu'elle va d'abord « *mettre la clinique* » et « *en faire le portrait* » avant de mettre en place « *la conduite à tenir* » et « *le protocole de soin* » (E.3, l. 229-235).

Les propos des deux infirmières montrent que l'expertise infirmière repose beaucoup sur l'analyse globale de la situation et sur l'adaptation des soins aux besoins du patient.

Céline et Anaé abordent davantage l'importance du travail en équipe et des échanges entre professionnels. Anaé Explique notamment que l'expertise passe par la « *communication verbale* » Et par une relation soignant soigné « *pérenne et sereine* » (E. 4, l. 61-63). Elle Ajoute aussi qu'il faut « *réfléchir souvent en équipe [...] d'avoir l'aval du cadre ou de demander à la collègue* » afin d'adapter les soins (E.4, l.67-68).

Cette idée rejoint les propos de Céline, qui explique que son expertise est « *de former les équipes dans les services* » et de former des professionnels moins expérimentés. (E. 2, l. 206-215). Elle insiste aussi Sur l'importance de continuer à apprendre et à remettre ses pratiques en question. Selon elle, il faut « *toujours être dans l'introspection* » (E. 2, l. 218-219).

Les infirmières interrogées montrent qu'elles mobilisent chaque jour bien plus que des compétences techniques. Elles doivent analyser les situations, s'adapter au quotidien et travailler en collaboration avec les autres professionnels.

Cette analyse montre que l'expertise clinique ne dépend pas seulement des soins techniques réalisés par les infirmières. Elle demande aussi de savoir réfléchir, d'avoir une capacité à s'adapter aux situations. Les infirmières interrogées montrent également que la relation avec le patient et le travail en équipe sont essentiels dans les soins. Cette réflexion permet de mieux comprendre la complexité des soins infirmiers et que les compétences se développent progressivement avec l'expérience.

5.2.3. La qualité du soin infirmier

Définition de la qualité du soin infirmier selon le soignant

La qualité du soin infirmier est une notion importante dans la pratique soignante et occupe une place importante dans mon cadre de référence.

Dans cette sous-partie, j'ai voulu comprendre ce que signifiait pour les infirmières interrogées, la qualité du soin infirmier.

Les entretiens montrent que, pour les infirmières interrogées, la qualité du soin ne repose pas uniquement sur la réalisation technique du pansement. Elle dépend aussi du temps accordé au patient, de la communication, du travail en équipe ainsi que de l'adaptation de la prise en charge à chaque situation.

Aurélia explique notamment que le soin idéal correspond à une prise en charge précoce et adaptée afin d'éviter l'aggravation de la plaie. Elle décrit une situation où le patient tente de réaliser seul ses soins avant l'intervention de professionnels « *j'ai essayé de cicatriser, de me faire mes pansements tout seul, je n'y suis pas arrivée !* » (E. 1, l.157-158). Pour elle, un soin de qualité consiste aussi à intervenir avant que la situation ne se complique davantage « *le soin*

idéal, c'est finalement [...] qu'on arrive, que le pansement soit sec, qu'il y ait une cohésion » (E. 1, l. 183-185).

Cette idée rejoint les propos de Valérie, qui associe également le soin idéal à une évolution favorable de la plaie et à l'absence de complications. Elle explique que « *le soin idéal, c'est le soin où il n'y a pas de complications* » (E. 3, l. 249-250) et ajoute que « *l'issue est rapide et favorable* » (E.3, l. 250-251).

Les deux infirmières mettent donc en avant l'efficacité de la prise en charge et l'évolution positive de la cicatrisation comme éléments importants de la qualité du soin.

La relation avec le patient apparaît également comme un élément central dans les discours des infirmières. Aurélia insiste sur l'importance de la communication pendant le soin « *j'aime bien vraiment voir cette communication avec le patient* » (E.1, l. 172-173). Elle explique aussi que le fait de parler pendant le soin permet de rassurer le patient « *souvent, ce que je fais, c'est que je parle pendant que je fais le soin* » (E.1, l.177-178).

Anaé partage cette vision relationnelle du soin. Elle explique qu'un soin de qualité nécessite « *d'avoir un patient qui comprend ce qu'on est en train de lui faire et le pourquoi* » (E. 4, l. 86-87). Elle insiste également sur « *une bonne relation, un bon échange, une bonne communication* » (E. 4, l. 88-89). À travers leur propos, Aurélia et Anaé montrent toutes les deux que la qualité du soin passe aussi par la confiance et les échanges avec le patient.

Céline insiste davantage sur l'organisation du soin et les conditions nécessaires à une bonne prise en charge. Pour elle, le soin idéal nécessite une coordination entre les professionnels « *que le matériel soit prêt, que l'infirmière du secteur soit disponible, que le médecin du secteur soit disponible aussi* » (E. 2, l. 228-230). Elle évoque aussi l'importance du temps accordé au patient « *avoir le temps aussi d'expliquer aux patients ce qu'on va faire* » (E. 2, l. 232-233).

Cette idée rejoint les propos d'Anaé, qui considère aussi que le soin idéal nécessite du temps et un accompagnement adapté. Elle explique « *le soin idéal, ça serait d'avoir le temps* » (E. 4, l. 71) et ajoute qu'il est important « *que le patient soit détendu, en confiance* » (E. 4, l. 77).

Les deux infirmières montrent ainsi que les contraintes de temps peuvent avoir un impact sur la qualité du soin infirmier.

Le travail en équipe ressort également dans plusieurs entretiens. Valérie explique qu'un soin de qualité repose sur « *une franche collaboration et d'entente, d'échange* » (E.3, l. 282-283). Anaé évoque aussi « *un travail en équipe en général quand même* » (E.4, l. 68-69).

De son côté, Céline souligne que certains soins sont facilités lorsque les équipes travaillent ensemble et communiquent efficacement.

À travers leurs discours, les infirmières montrent que la qualité du soin infirmier ne dépend pas seulement de la technique. Elles mettent aussi en avant l'importance du temps accordé au patient, de la communication, du travail en équipe ainsi que de l'adaptation des soins à chaque situation. Les infirmières interrogées montrent aussi qu'un soin de qualité repose sur une prise en charge globale, dans laquelle le patient est écouté, rassuré et accompagné tout au long du soin.

Éléments importants pour la réalisation d'un soin de qualité selon le soignant

Dans cette sous-partie, J'ai cherché à identifier ce qui était important, selon les infirmières interrogées, pour réaliser un soin de qualité.

Les entretiens montrent que la qualité du soin repose sur plusieurs éléments complémentaires. Les infirmières évoquent surtout l'importance de la relation avec le patient, du temps accordé au soin, du travail en équipe, mais aussi de l'adaptation des soins à chaque situation.

Anaé insiste d'abord sur l'importance du matériel et de la communication avec le patient. Elle explique qu'il faut « *avoir le bon matériel ainsi que les bons pansements* » (E.4, l. 86). Elle ajoute aussi qu'il est important « *d'avoir un patient qui comprend ce qu'on est en train de lui faire et le pourquoi* » (E. 4, l. 86-88). Pour elle, un soin de qualité passe aussi par « *une bonne relation, un bon échange, une bonne communication* » (E. 4, l. 89-90).

Les propos de Valérie vont dans le même sens. Elle explique qu'un soin de qualité, « *c'est un ensemble* » (E. 3, l. 289). Elle insiste sur le fait qu'il faut « *prendre le temps d'analyser la situation* » (E. 3, l. 290) et « *adapter le protocole en fonction de ce qu'on voit* » (E. 3, l. 290-291). Elle rappelle également que « *la relation est très importante* » car « *on ne soigne pas juste une plaie ou une pathologie, on soigne une personne* » (E. 3, l. 292-293). Elle ajoute aussi « *on explique, on rassure, on prend le temps* » (E. 3, l. 293-294).

Anaé et Valérie montre donc toutes les deux que la qualité du soin ne repose pas seulement sur la technique, mais aussi sur la manière d'accompagner le patient.

Aurélia met également en avant l'importance de la relation avec le patient. Pour elle, « *il faut former une équipe avec le patient* » (E. 1, l. 194). Elle explique que sans la participation du patient dans sa prise en charge, « on n'arrivera à rien » (E. 1, l. 203-204). Elle parle aussi du manque de « cohésion » (E. 1, l. 205-206) qui peut compliquer les soins. Ses propos rejoignant donc ceux d'Anaé et de Valérie sur l'importance du lien entre le soignant et le patient.

De son côté, Céline insiste davantage sur les conditions nécessaires pour qu'un soin se passe bien. Elle explique qu'il faut « *que le patient soit prévenu* » et « *qu'on lui ait expliqué* » le soin (E. 2, l. 291-292). Elle souligne aussi l'importance du temps « *qu'on ait du temps à accorder au patient pour que ça se passe dans de bonnes conditions* » (E.2, l. 293-294). Elle ajoute qu'il est important « *qu'on ne soit pas dérangé* » afin que « *le soin soit plus continu* » (E. 2, l. 294-295). Comme Anaé, elle rappelle aussi qu'il faut « *le matériel* » (E. 2, l. 296).

Dans leurs discours, les infirmières interrogées Explique qu'un soin de qualité demande de plusieurs éléments réunis. Pour elles, il est important de prendre le temps avec le patient, de communiquer, d'avoir le matériel nécessaire et de s'adapter à chaque situation afin que la prise en charge se passe dans les meilleures conditions possibles.

Influence de la présence d'une infirmière experte sur la qualité des soins

Dans cette sous-partie, à travers les échanges avec les infirmières, j'ai voulu comprendre si la présence d'une infirmière experte pouvait influencer la qualité du soin

Les infirmières interrogées je pense globalement que la présence d'une infirmière experte peut améliorer la prise en charge, surtout dans les situations complexes. Elles expliquent que cette expertise apporte davantage de connaissances, de conseils et une réflexion différente sur le soin.

Anaé explique que la présence d'une infirmière experte « *peut améliorer la qualité, peut-être, et la facilité à cicatriser* » (E. 4, l. 93-95), mais elle nuance ses propos et précise que « *sur la qualité du soin en général, je pense pas que ça ait vraiment un impact* » (E. 4, l. 94-95). Pour

elle, la relation soignant-soigné reste essentielle « *le fait est qu'on puisse avoir une relation soignant-soigné, qu'on puisse être à l'aise* » (E. 4, l. 96). Elle ajoute également que l'expertise apporte surtout « *sur la technicité et sur les nouveaux pansements et les protocoles* » (E. 4, l. 102-103) mais qu'« *une infirmière qui n'a pas le D.U. peut amener la même relation qu'une infirmière experte* » (E. 4, l. 100-101). Elle affirme même « *C'est pas parce qu'elle sera experte qu'elle fera un meilleur soin global* » (E. 4, l. 104).

Dans le même sens, Aurélia, affirme qu'une infirmière experte peut aider dans certaines situations compliquées. Elle donne l'exemple d'une situation vécue où une plaie ne cicatrisait pas depuis longtemps. Après l'intervention d'une infirmière experte, l'évolution a été positive puisque « *en un mois et demi, ça a été terminé* » (E. 1, l. 239-241). Elle explique donc qu'il y a « *un intérêt [...] à pouvoir se rapprocher d'infirmiers qui ont cette spécificité* » (E. 1, l. 243-245). Pour elle, cela permet d'avoir « *une réflexion différente* » et parfois « *des solutions aussi qui peuvent être différentes* » (E. 1, l. 247-248).

Valérie pense également que l'infirmière experte peut améliorer la qualité du soin. Elle explique qu'elle permet de « *choisir un protocole plus adapté* » (E. 3, l. 301-303). Elle ajoute que l'expertise aide à « *redéfinir la clinique* » et à faire le point sur « *ce qui a marché et pas marché* » (E. 3, l. 307-309). Pour elle, cela permet aussi de rassurer « *tout le monde et le patient* » (E. 3, l. 309). Elle explique enfin que l'expertise permet d'avoir « *une ligne conductrice pour tout le monde* » (E. 3, l. 312-313).

Céline partage aussi cette idée. Pour elle, une infirmière experte est là pour « *apporter des précisions, des conseils* » grâce à « *son expérience* » et « *ses connaissances* » (E. 2, l. 302-304). Elle précise que son rôle n'est pas de juger les autres professionnels : « *on n'est pas là pour les engueuler* » (E. 2, l. 307-308), Mais plutôt de donner des conseils afin que « *ça suive* » (E. 2, l. 309). Elle ajoute que l'infirmière experte peut permettre que « *le soin soit mieux organisé* » et « *amélioré pour la fois d'après* » (E. 2, l. 310-311).

Les propos des infirmières interrogées montrent donc que la présence d'une infirmière experte peut améliorer la qualité du soin, surtout dans les situations complexes ou lorsque la prise en charge n'évolue pas comme prévu. Cependant, elles rappellent aussi que l'expertise ne suffit pas

seule. La relation avec le patient, le travail en équipe et les échanges entre professionnels restent importants pour assurer une prise en charge de qualité.

5.3. Synthèse de l'enquête exploratoire

Les quatre entretiens que j'ai réalisés auprès des professionnels de santé m'ont permis de mieux comprendre la place de la relation soignant-soigné dans les soins techniques, notamment dans les soins complexes et douloureux. Grâce à leurs témoignages et leurs expériences, j'ai pu voir que la qualité du soin infirmier ne dépend pas seulement du geste technique, mais aussi de la façon dont le patient est accompagné pendant le soin.

Les professionnels interrogés ont beaucoup insisté sur l'importance de la communication, de l'écoute et de la présence du soignant auprès du patient. Selon eux, cela permet de rassurer le patient et de maintenir une relation de confiance, surtout lorsque le soin est douloureux ou source de stress et d'angoisse. Ils expliquent aussi que chaque patient est différent, avec sa propre manière de réagir face aux soins. Le soignant doit donc adapter sa façon de parler, son comportement et son accompagnement en fonction de la personne prise en charge.

Les entretiens montrent également que l'expertise infirmière prend une place importante dans les situations de soins complexes. Les connaissances acquises, l'expérience professionnelle et la maîtrise des gestes techniques permettent aux soignants d'adapter davantage leurs soins et de sécuriser la prise en charge. Cette expérience peut aussi aider à mettre le patient en confiance et à rendre le soin plus supportable.

Cependant, les professionnels expliquent aussi que certains soins très techniques ou douloureux demandent beaucoup de concentration et peuvent parfois rendre les échanges plus difficiles avec le patient. La douleur, les émotions, le manque de temps ou encore les contraintes du service peuvent fragiliser la relation soignant-soigné pendant le soin. Les infirmiers doivent alors réussir à trouver un équilibre entre le geste technique et l'accompagnement du patient.

Cette enquête exploratoire m'a donc permis de comprendre que la technicité du soin et la relation soignant-soigné sont étroitement liées dans la pratique infirmière. Elle montre aussi

que la qualité du soin dépend autant des compétences techniques du soignant que de sa capacité à écouter, rassurer et accompagner le patient.

6. De la problématique à la question de départ

L'analyse de mon cadre de référence ainsi que les différents entretiens réalisés auprès des professionnels de santé m'ont permis de réfléchir davantage à la place de la relation soignant-soigné dans les soins techniques et douloureux. La situation vécue en stage au début de ce travail, m'a amenée à m'interroger sur la place de l'expertise infirmière dans l'accompagnement du patient lors d'un soin complexe.

Pendant mes recherches théoriques et des entretiens exploratoires, plusieurs thèmes sont revenus régulièrement, comme la relation soignant-soigné, la communication, la douleur, l'accompagnement relationnel ainsi que l'expertise infirmière dans les soins complexes. Walter Hesbeen rappelle d'ailleurs que le soin ne se limite pas uniquement à un acte technique. Cette idée rejoint les propos des professionnels interrogés, qui insistent sur l'importance de l'écoute, de la présence et de la communication avec le patient. Selon eux, cela permet de maintenir une relation de confiance, surtout pendant des soins douloureux ou complexes.

Les entretiens réalisés montrent aussi que l'expertise infirmière a une place importante dans la qualité des soins. Avec le temps et les situations rencontrées sur le terrain, les soignants apprennent à mieux réagir face aux difficultés et à adapter leur manière de faire selon les patients. Les professionnels interrogés expliquent également que la maîtrise des gestes techniques apporte plus d'assurance dans les soins. Cela rejoint les travaux de Patricia Benner, qui montre que les compétences se développent progressivement grâce à l'expérience professionnelle.

Cependant, ce travail m'a aussi permis de comprendre que, dans certains soins très techniques ou douloureux, le soignant peut être très concentré sur le geste technique ou le protocole. Cela peut parfois rendre les échanges plus difficiles avec le patient. Celui-ci peut alors se sentir moins écouté ou moins accompagné pendant le soin. De plus, la douleur, l'anxiété, les émotions ou encore les contraintes du service peuvent aussi fragiliser la relation soignant-soigné pendant le soin.

Pourtant, comme le souligne Jean-Manuel Morvillers, le *care* ne s'oppose pas au *cure*. Les compétences techniques et relationnelles restent donc indissociables dans la pratique infirmière. La relation soignant-soigné est essentielle afin de maintenir une prise en charge humaine et adaptée au patient.

En avançant dans ce travail, ma réflexion a évolué. Au début, je me suis surtout intéressée au rôle du soignant et à l'expertise infirmière dans les soins techniques et douloureux. Puis, je me suis rendue compte que le patient, pourtant au centre de la prise en charge, était finalement pas assez présent dans mon travail.

En effet, les différents entretiens réalisés m'ont surtout permis d'explorer le point de vue des professionnels de santé, leurs pratiques, leurs ressentis et leur manière d'accompagner le patient pendant le soin.

Cependant, le vécu et l'expérience du patient occupent eux aussi une place essentielle dans la qualité de la prise en charge. Cette réflexion m'a donc amené à recentrer mon questionnement sur la place accordée à l'expérience vécue par le patient dans les soins infirmiers.

Ainsi, l'ensemble de mes recherches et des témoignages recueillis m'amène aujourd'hui à poser la question de recherche suivante :

« Quelle place l'expérience du patient occupe-t-elle dans la qualité des soins infirmiers ? »

Conclusion

Ainsi s'achève ce travail de fin d'étude.

Ce mémoire est parti d'une situation vécue en stage qui m'a beaucoup questionnée. Ce questionnement À travers ce travail, j'ai pu réfléchir à la place de la relation soignant soigné dans les soins infirmiers, mais aussi à l'importance du vécu du patient pendant le soin. J'ai compris que derrière chaque soin, même technique, il y a avant tout une personne avec ses émotions, sa douleur, ses peurs et son vécu.

Au départ, je me suis surtout intéressée au rôle du soignant et à l'expertise infirmière dans les soins techniques et douloureux. Cette situation m'avait marquée par le côté très technique et très protocolaire du soin. L'infirmière experte était concentrée sur le soin et maîtrisait parfaitement le geste. Pour moi, elle représentait l'infirmière expérimentée et compétente. Mais avec le recul, je me suis rendue compte que le soin ne se limite pas uniquement à la technicité ou au protocole.

Mes recherches et les entretiens réalisés avec les infirmières m'ont permis de mieux comprendre l'importance de l'écoute, de la communication, de la présence et de l'accompagnement dans la qualité des soins. J'ai aussi compris que les compétences techniques et la relation soignant-soigné sont étroitement liées et qu'on ne peut pas avoir l'une sans l'autre dans la pratique infirmière.

Après mes recherches, je me suis demandé ce qu'il en était réellement sur le terrain. J'ai donc réalisé plusieurs entretiens auprès d'infirmières travaillant dans différents services. Même si l'analyse des entretiens a demandé du temps, elle m'a permis de faire ressortir plusieurs thèmes importants en lien avec mon sujet. Ces échanges m'ont surtout permis de mieux comprendre ce que les soignants vivent réellement au quotidien et les difficultés qu'ils peuvent rencontrer pendant les soins.

Au fil de ce travail, ma façon de percevoir les soins a évolué. Je me suis rendu compte que le patient, pourtant au centre de la prise en charge, n'était pas assez présent dans mon idée de départ. Les entretiens m'ont surtout permis de comprendre le point de vue des soignants, leurs

ressentis, leurs difficultés qu'ils rencontrent et leur manière d'accompagner le patient pendant les soins. Avec le recul, j'ai compris qu'il était aussi important de prendre en compte l'expérience vécue par le patient pour mieux comprendre la qualité de la prise en charge.

Ce mémoire m'a aussi permis de prendre du recul sur ma manière de penser le soin. Au début de ma formation, je voyais surtout le soin à travers les gestes techniques, la précision et le respect des protocoles. Aujourd'hui, je comprends davantage que l'expertise infirmière ne repose pas uniquement sur la technicité. Elle demande aussi de savoir s'adapter au patient, prendre en compte ses émotions, ses besoins et maintenir une relation de confiance malgré les difficultés du soin.

En tant qu'étudiante, nous avons parfois tendance à vouloir montrer que nous sommes capables, tenir pendant les stages et répondre aux attentes de professionnels. Mais ce travail m'a permis de comprendre qu'il est aussi important de reconnaître ses limites, ses émotions et ses difficultés afin de pouvoir évoluer dans sa pratique professionnelle.

Cette recherche comporte bien sûr certaines limites. Le nombre d'entretiens réalisés reste limité et les personnes interrogées étaient uniquement des femmes. De plus, je n'ai pas interrogé le point de vue des patients. J'avoue que je n'y avais pas pensé au départ. Pourtant, cela aurait pu apporter un autre regard sur leur vécu pendant les soins techniques ou douloureux. Malgré cela, ce travail m'a permis de réfléchir davantage à cette thématique et ouvre la possibilité d'aller plus loin.

Enfin, ce mémoire m'a permis de comprendre qu'en tant que future infirmière, il est important de toujours prendre en compte le patient dans sa globalité et de ne pas oublier la personne derrière le soin. Les compétences techniques sont indispensables, mais elles ne doivent pas faire passer au second plan la dimension humaine de la prise en charge. Toutes les situations rencontrées pendant ma formation, qu'elles aient été difficiles ou enrichissantes, participent aujourd'hui à construire la future infirmière que je souhaite devenir.

Bibliographie

– Les ouvrages :

- **Benaroyo, L., Lefève, C., Mino, J.-C. & Worms, F.** (2010). *La philosophie du soin : éthique, médecine et société*. Presses Universitaires de France.
- **Benner, P.** (1995). *De novice à expert*. Paris : InterEditions.
- **Canguilhem, G.** (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris : Presses Universitaires de France.
- **Collière, M.-F.** (1982). *Promouvoir la vie : de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris : InterEditions.
- **Guy, L. B.** (2015). *Construire les compétences individuelles et collectives*. Éditions Eyrolles.
- **Henderson, V.** (1969). *Principes fondamentaux des soins infirmiers*. Conseil International des Infirmières.
- **Hesbeen, W.** (1997). *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson.
- **Hesbeen, W.** (2002). *Humanisme soignant et soins infirmiers*. Paris : Seli Arslan.
- **Hesbeen, W.** (2017). *Humanisme soignant et soins infirmiers : un art du singulier*. Elsevier Masson.
- **Marzano, M.** (2010). *Qu'est-ce que la confiance ?* Paris : Études.
- **Paillard, C.** (2015). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières* (2e éd.). Noisy-le-Grand : Setes.
- **Rogers, C.** (1968). *La relation d'aide et la psychothérapie*. Paris : ESF.
- **Tronto, J.** (2009). *Un monde vulnérable : pour une politique du care*. Paris : La Découverte.
- **Worms, F.** (2010). *Le moment du soin : À quoi tenons-nous ?* Presses Universitaires de France.

– Articles scientifiques et revues :

- **Calafat, G.** (2011). Expertise et compétences : procédures, contextes et situations de légitimation. *Hypothèses*, 14(1), 95-107. <https://doi.org/10.3917/hyp.101.0095>.
- **Formarier, M.** (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89(2), 33-42. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>.

- Lefève, C. (2006). La philosophie du soin. *La Matière et l'esprit*, (4), 25-34.
- Morel, M.-A. (2012). Expert, expertise. Dans M. Formarier & L. Jovic, *Les concepts en sciences infirmières* (2e éd., p. 193-195). Association de Recherche en Soins Infirmiers.
- Morvillers, J.-M. (2015). Le care, le caring, le cure et le soignant. *Recherche en soins infirmiers*, 122(3), 77-81. <https://doi.org/10.3917/rsi.122.0077>.
- Pirard, V. (2006). Qu'est-ce qu'un soin ? Pour une pragmatique non vertueuse des relations de soin. *Esprit*, 1, 80-94.
- Rogers, C. (1992). Le développement de la personne. *Le Journal des Psychologues*, (100), 1-3.
- Rogers, C.-R. & Priels, J.-M. (2008). Carl Rogers et le développement de l'Approche Centrée sur la Personne. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 8(2), 50-52.
- Sarthou-Lajus, N. (2009). Joan Tronto, *Un monde vulnérable : pour une politique du care*. *Études*, 410(4), XXVII-XXVII.
- Zielinski, A. (2010). L'éthique du care : une nouvelle façon de prendre soin. *Études*, 413(12), 631-641.

– **Dictionnaires et encyclopédies :**

- **Dictionnaire Larousse** (s.d.). *Soin*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soin/73236>
- Paillard, C. (2012). *Les concepts en sciences infirmières* (2e éd.). Association de Recherche en Soins Infirmiers.

– **Textes législatifs et réglementaires :**

Article R4312-2 du Code de la santé publique – Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004.

Article R4312-11 du Code de la santé publique – Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016.

Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>

– **Ressources internet et documents professionnels :**

- Karine, M. & Sylvie, R. (2025). *Infirmière de novice à experte* [Podcast].
- **Détective des mots** (s.d.). Etymologie du mot soin.

Disponible sur : <https://detectivedesmots.wordpress.com>

- **Image page de garde : OpenAI.** (2026)

- **Snitem INFO.** (2025). Société Française et Francophone des Plaies et Cicatrisations, automne 2025, n°239.

Sommaire des annexes

Annexe I : Grille d’entretien.....	I
Annexe II : Demandes d’autorisation d’entretiens	III
Annexe III : Autorisations pour la réalisation des entretiens.....	XI
Annexe IV : Retranscription des entretiens	XVI
Annexe V : Grille d’analyse	LIV
Annexe VI : Autorisation de diffusion du travail de fin d’étude.....	LXVIII

Annexe I : Grille d'entretien

Grille d'entretien validée par ma directrice de mémoire

<u>Thèmes</u>	<u>Ce que je veux savoir</u>	<u>Les questions je vais poser</u>
Généralités	Connaître le parcours du soignant et son expérience professionnelle	– Pouvez-vous vous présenter ? (Année d'obtention du diplôme, expériences professionnelles)
	Comprendre le contexte de travail du soignant et son activité quotidienne	– Quelle est la spécificité de votre activité quotidienne infirmière ? (Racontez-moi une journée type)
Relation soignant-soigné	Comprendre comment le soignant perçoit la relation soignant-soigné	– Comment construisez-vous une relation de soin ?
	Comprendre comment la relation avec le patient peut influencer le déroulement d'un soin	– Avez-vous déjà vécu une situation où la relation avec un patient a facilité ou, au contraire, a compliqué un soin ?
Expertise infirmière	Comprendre ce qui a motivé le soignant à se former davantage	– Qu'est-ce qui vous a motivé à l'obtention de cette spécialisation ? – Est-ce qu'il y a eu une situation particulière qui a influencé cette décision ?
	Savoir ce que le soignant entend par expertise infirmière	– Pour vous, qu'est-ce que l'expertise infirmière ?

	Comprendre comment l'expertise infirmière est mobilisée dans la pratique quotidienne	– Comment mettez-vous en œuvre votre expertise dans votre pratique ?
Qualité du soin infirmier	Savoir ce que signifie, pour le soignant, la qualité du soin infirmier	– Qu'est-ce que serait pour vous le soin idéal ? – Est-ce que cela vous est déjà arrivé de réaliser un tel soin ?
	Identifier ce qui est important, selon le soignant, pour réaliser un soin de qualité	– Selon vous, qu'est-ce qui est important pour qu'un soin soit de qualité ?
	Comprendre si la présence d'une infirmière experte influence la qualité du soin	– Selon vous, la présence d'une infirmière experte peut-elle changer la qualité du soin ? Si oui, pourquoi ?
Fin de l'entretien	Clôturer l'échange en offrant une ouverture au participant	– Souhaitez-vous partager une situation marquante en lien avec la relation soignant-soigné, l'expertise ou la qualité du soin ? – Voulez-vous ajouter un élément à cet entretien ?

Annexe II : Demandes d'autorisation d'entretiens

Demande d'autorisation en cabinet libéral

Demande d'autorisation pour la réalisation d'un entretien - Travail de fin d'études

Résume cet e-mail

PA

PAUMARD Angeline

À : [REDACTED]

SCHILTZ Sylvia

Répondre

Répondre à tous

Transférer

Mar 2026-02-17 14:30

Lettre de demande enquête...

98 Ko

Madame,

Etudiante en troisième année en soins infirmiers au GIPES D'Avignon, je réalise actuellement mon travail de fin d'études, dont la question d'appel s'intéresse à la qualité de la relation soignant-soigné dans les soins infirmiers, en lien avec l'expertise infirmière.

Afin d'enrichir cette réflexion, je souhaite recueillir le témoignage d'un(e) infirmière expert(e) en plaies et cicatrisations. L'entretien sera réalisé à partir d'un guide qui a été validé par ma directrice de mémoire, que je vous découvrirez le jour même. La personne interrogée ne prendra pas connaissance des questions avant l'entretien.

L'entretien fera l'objet d'un enregistrement audio, uniquement dans le but de permettre une retranscription fidèle des échanges. Le consentement de la personne interrogée sera recueilli au préalable et l'ensemble des données sera traité dans le respect strict des règles éthiques et de confidentialité.

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire et pour convenir d'un éventuel rendez-vous selon les disponibilités de l'infirmier(ère) concerné(e).

En vous remerciant par avance pour l'attention portée à ma demande, je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

PAUMARD Angeline
Etudiante en soins infirmiers - 3ème année
GIPES d'Avignon

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Melle PAUMARD Angeline
Étudiante en soins infirmiers
232 Route des Imberts
84220 CABRIERES D'AVIGNON

à Madame [REDACTED]
Infirmière libérale

Téléphone : 06 10 93 66 41
Mail : apaumard@erfpp84.fr

Avignon, le 15 février 2026

Madame,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser un entretien dans votre cabinet libéral, auprès de la population : Infirmier / Infirmière expert(e) en plaies et cicatrisations, dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

« En quoi la présence d'une infirmière experte influence t'elle la qualité de la relation soignant-soigné en soins infirmiers ? »

Le jour J vous prendrez connaissance du guide d'entretien qui a été validé par ma Directrice de Mémoire :

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

PAUMARD Angeline



Demande d’autorisation en service : Équipe mobile plaies et cicatrisation

Demande d'autorisation pour la réalisation d'un entretien - Travail de fin d'études
Résume cet e-mail

PA

PAUMARD Angeline

À :

SCHILTZ Sylvia

Répondre

Répondre à tous

Transférer

Lun 2026-02-16 17:39

Lettre de demande d'enquêt...

99 Ko

Madame,

Etudiante en troisième année en soins infirmiers au GIPES D'Avignon, je réalise actuellement mon travail de fin d'études, dont la question d'appel s'intéresse à la qualité de la relation soignant-soigné dans les soins infirmiers, en lien avec l'expertise infirmière.

Afin d'enrichir cette réflexion, je souhaite recueillir le témoignage d'un(e) infirmière experte en plaies et cicatrisations. L'entretien sera réalisé à partir d'un guide qui a été validé par ma directrice de mémoire, que je vous joins ci-joint. La personne interrogée ne prendra pas connaissance des questions avant l'entretien.

L'entretien fera l'objet d'un enregistrement audio, uniquement dans le but de permettre une retranscription fidèle des échanges. Le consentement de la personne interrogée sera recueilli au préalable et l'ensemble des données sera traité dans le respect strict des règles éthiques et de confidentialité.

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire et pour convenir d'un éventuel rendez-vous selon les disponibilités de l'infirmier(ère) concerné(e).

En vous remerciant par avance pour l'attention portée à ma demande, je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

PAUMARD Angeline
Etudiante en soins infirmiers - 3ème année
GIPES d'Avignon

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Melle PAUMARD Angeline
Étudiante en soins infirmiers
232 Route des Imberts
84220 CABRIERES D'AVIGNON

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Téléphone : 06 10 93 66 41
Mail : apaumard@erfpp84.fr

Avignon, le 16 février 2026

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser un entretien dans le(s) service(s) : Équipe Mobile Plaies Chroniques et Cicatrisations

auprès de la population : Infirmier / Infirmière expert(e) en plaies et cicatrisations,

dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

« En quoi la présence d'une infirmière experte influence t'elle la qualité de la relation soignant-soigné dans un soin infirmier ? »

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par ma Directrice de Mémoire :

- Pouvez-vous vous présenter ? (Année d'obtention du diplôme, expériences professionnelles)
- Quelle est la spécificité de votre activité quotidienne infirmière ? (Racontez moi une journée type)
- Comment construisez-vous une relation de soin ?
- Avez-vous déjà vécu une situation où la relation avec un patient a facilité ou au contraire a compliqué un soin ?
- Qu'est-ce qui vous a motivé à l'obtention de cette spécialisation ? Est-ce qu'il y a eu une situation particulière qui a influencé cette décision ?
- Pour vous, qu'est-ce que l'expertise infirmière ?
- Comment mettez-vous en œuvre votre expertise dans votre pratique ?
- Qu'est-ce que serez pour vous le soin idéal ? Est-ce que cela vous est déjà arrivé de réaliser un tel soin ?
- Selon vous, qu'est-ce qui est important pour qu'un soin soit de qualité ?
- Selon vous, la présence d'une infirmière experte peut-elle changer la qualité du soin ? Si oui, pourquoi ?
- Souhaitez-vous partager une situation marquante en lien avec la relation soignant-soigné, l'expertise ou la qualité du soin ? Voulez-vous ajouter un élément à cet entretien ?

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

PAUMARD Angeline



Demande d'autorisation en service : Consultations externes en soins de stomathérapie,

Demande d'autorisation pour la réalisation d'un entretien - Travail de fin d'études  Résume cet e-mail

 PAUMARD Angeline

 SCHILTZ Sylvia

 Répondre

 Répondre à tous

 Transférer





Lun 2026-02-16 17:37

 Vous y avez répondu le Lun 2026-03-02 13:27

[Afficher une conversation](#)

 Lettre de demande d'enquêt...
99 Ko

Madame,

Etudiante en troisième année en soins infirmiers au GIPES D'Avignon, je réalise actuellement mon travail de fin d'études, dont la question d'appel s'intéresse à la qualité de la relation soignant-soigné dans les soins infirmiers, en lien avec l'expertise infirmière.

Afin d'enrichir cette réflexion, je souhaite recueillir le témoignage d'un(e) infirmière experte en plaies et cicatrisations. L'entretien sera réalisé à partir d'un guide qui a été validé par ma directrice de mémoire, que je vous joins ci-joint. La personne interrogée ne prendra pas connaissance des questions avant l'entretien.

L'entretien fera l'objet d'un enregistrement audio, uniquement dans le but de permettre une retranscription fidèle des échanges. Le consentement de la personne interrogée sera recueilli au préalable et l'ensemble des données sera traité dans le respect strict des règles éthiques et de confidentialité.

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire et pour convenir d'un éventuel rendez-vous selon les disponibilités de l'infirmier(ère) concerné(e).

En vous remerciant par avance pour l'attention portée à ma demande, je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

PAUMARD Angeline
Etudiante en soins infirmiers - 3ème année
GIPES d'Avignon

Re: Demande d'autorisation pour la réalisation d'un entretien - Travail de fin d'études  Résume cet e-mail

 PAUMARD Angeline

 SCHILTZ Sylvia

 Répondre

 Répondre à tous

 Transférer





Lun 2026-03-02 13:27

Bonjour Madame.

Je reviens vers vous suite au mail que je vous ai envoyé le 16 février 2026, concernant une demande d'entretien à effectuer auprès de l'infirmière spécialisée en plaies et cicatrisations en service de consultation.

Je n'ai pas eu de réponse de votre part, merci de me tenir informé.

Bonne journée.

Paumard Angeline
Étudiante infirmière 3ème année
06 10 93 66 41

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Melle PAUMARD Angeline
Étudiante en soins infirmiers
232 Route des Imberts
84220 CABRIERES D'AVIGNON

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Téléphone : 06 10 93 66 41
Mail : apaumard@erfpp84.fr

Avignon, le 16 février 2026

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser un entretien dans le service : Consultation ecternes en soins de stomathérapie.

auprès de la population : Infirmier / Infirmière expert(e) en plaies et cicatrisations,

dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

« En quoi la présence d'une infirmière experte influence t'elle la qualité de la relation soignant-soigné dans un soin infirmier ? »

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par ma Directrice de Mémoire :

- Pouvez-vous vous présenter ? (Année d'obtention du diplôme, expériences professionnelles)
- Quelle est la spécificité de votre activité quotidienne infirmière ? (Racontez moi une journée type)
- Comment construisez-vous une relation de soin ?
- Avez-vous déjà vécu une situation où la relation avec un patient a facilité ou au contraire a compliqué un soin ?
- Qu'est-ce qui vous a motivé à l'obtention de cette spécialisation ? Est-ce qu'il y a eu une situation particulière qui a influencé cette décision ?
- Pour vous, qu'est-ce que l'expertise infirmière ?
- Comment mettez-vous en œuvre votre expertise dans votre pratique ?
- Qu'est-ce que serez pour vous le soin idéal ? Est-ce que cela vous est déjà arrivé de réaliser un tel soin ?
- Selon vous, qu'est-ce qui est important pour qu'un soin soit de qualité ?
- Selon vous, la présence d'une infirmière experte peut-elle changer la qualité du soin ? Si oui, pourquoi ?
- Souhaitez-vous partager une situation marquante en lien avec la relation soignant-soigné, l'expertise ou la qualité du soin ? Voulez-vous ajouter un élément à cet entretien ?

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

PAUMARD Angeline



Etablissement Régional de Formation des Professions Paramédicales - GIPES d'Avignon et du Pays de
Vaucluse 740 chemin des Meinajaries - 84907 AVIGNON Cedex 9 - Tel 04 32 40 37 05

Demande d’autorisation en service : Médecine/SMR

Demande d'autorisation pour la réalisation d'un entretien - Travail de fin d'études
Résume cet e-mail

PAUMARD Angeline
À : [redacted] SCHILTZ Sylvia
Jeu 2026-03-12 10:38

Lettre de demande d'enquêt...
99 Ko

Madame,

Etudiante en troisième année en soins infirmiers au GIPES D'Avignon, je réalise actuellement mon travail de fin d'études, dont la question d'appel s'intéresse à la qualité de la relation soignant-soigné dans les soins infirmiers, en lien avec l'expertise infirmière.

Afin d'enrichir cette réflexion, je souhaite recueillir le témoignage d'un(e) infirmière qui n'est pas experte en plaies et cicatrisations afin de pouvoir comparer avec mes témoignages d'infirmières possédant cette spécialisation. L'entretien sera réalisé à partir d'un guide qui a été validé par ma directrice de mémoire, que je vous joins ci-joint. La personne interrogée ne prendra pas connaissance des questions avant l'entretien.

L'entretien fera l'objet d'un enregistrement audio, uniquement dans le but de permettre une retranscription fidèle des échanges. Le consentement de la personne interrogée sera recueilli au préalable et l'ensemble des données sera traité dans le respect strict des règles éthiques et de confidentialité.

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire et pour convenir d'un éventuel rendez-vous selon les disponibilités de l'infirmier(ère) concerné(e).

En vous remerciant par avance pour l'attention portée à ma demande, je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

PAUMARD Angeline
Etudiante en soins infirmiers - 3ème année
GIPES d'Avignon

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Melle PAUMARD Angeline
Étudiante en soins infirmiers
232 Route des Imberts
84220 CABRIERES D'AVIGNON

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Téléphone : 06 10 93 66 41
Mail : apaumard@erfpp84.fr

Avignon, le 16 février 2026

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser un entretien dans le(s) service(s) : Médecine/SMR
auprès de la population : Infirmier

dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

« En quoi la présence d'une infirmière experte influence t'elle la qualité de la relation soignant-soigné dans un soin infirmier ? »

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par ma Directrice de Mémoire :

- Pouvez-vous vous présenter ? (Année d'obtention du diplôme, expériences professionnelles)
- Quelle est la spécificité de votre activité quotidienne infirmière ? (Racontez moi une journée type)
- Comment construisez-vous une relation de soin ?
- Avez-vous déjà vécu une situation où la relation avec un patient a facilité ou au contraire a compliqué un soin ?
- Pour vous, qu'est-ce que l'expertise infirmière ?
- Comment mettez-vous en œuvre votre expertise dans votre pratique ?
- Qu'est-ce que serez pour vous le soin idéal ? Est-ce que cela vous est déjà arrivé de réaliser un tel soin ?
- Selon vous, qu'est-ce qui est important pour qu'un soin soit de qualité ?
- Selon vous, la présence d'une infirmière experte peut-elle changer la qualité du soin ? Si oui, pourquoi ?
- Souhaitez-vous partager une situation marquante en lien avec la relation soignant-soigné, l'expertise ou la qualité du soin ? Voulez-vous ajouter un élément à cet entretien ?

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

PAUMARD Angeline



Annexe III : Autorisations pour la réalisation des entretiens

Autorisation en cabinet libéral

Re: Demande d'autorisation pour la réalisation d'un entretien - Travail de fin d'études

 Résume cet e-mail



À : © PAUMARD Angeline



Jeu 2026-02-19 16:24

Bonjour

Je fais suite à votre demande d'entretien concernant votre mémoire de fin d'étude. C'est avec grand plaisir que j'accède à votre demande.

Nous nous rencontrerons donc le vendredi 20 Février 2026 à 14h.

Je reste à votre disposition.

Bien à vous

Mme [redacted]
INFIRMIÈRE D.E
D.U Plaies Brûlures et Cicatrisation
[redacted]
[redacted]
[redacted]

Autorisation en service d'équipe mobile

Demande d'autorisation pour la réalisation d'un entretien - Travail de fin d'études

Résume cet e-mail

S

À : PAUMARD Angeline

Mar 2026-03-03 09:33

Vous avez transféré ce message le Mar 2026-03-03 10:06

Afficher une conversation

PAUMARD Angeline - Accord...
137 Ko

Bonjour,

Vous trouverez ci-joint l'accord de TFE.

Bien Cordialement

Secrétaire
Gestion des stages

Direction des Soins
[REDACTED]

Affaire suivie par :

[REDACTED]
Cadre Supérieur de Santé chargée de mission
à la Direction des Soins

Madame Angélique PAUMARD

apaumard@erfpp84.fr

Avignon, le 22 février 2026

OBJET : travail de fin d'études

N/Réf. votre lettre du 16/02/2026

Madame,

J'accuse réception de votre demande dans laquelle vous sollicitez l'autorisation de réaliser des entretiens dans le cadre de votre travail de fin d'étude.

J'ai le plaisir de vous faire connaître que j'émetts un avis favorable à cette démarche.

Je vous demanderai de bien vouloir prendre contact avec :

Les consultations Infirmiers expert (e) en plaies et cicatrisations au
04.32.75.90.02.

Afin de définir les modalités de réalisation de l'enquête.

Je vous prie de croire, Madame, à l'assurance de ma considération distinguée.

[REDACTED]
La Cadre Supérieur de Santé chargée
de missions à la Direction des Soins

CENTRE HOSPITALIER [REDACTED]
[REDACTED]

Autorisation en consultation de stomathérapie

RE: Demande d'autorisation pour la réalisation d'un entretien - Travail de fin d'études

Résumé cet e-mail

ML [Redacted]

À : PAUMARD Angeline

Cc : IDE Consultations [Redacted]

Répondre Répondre à tous Transférer

Lun 2026-03-02 17:12

Commencez une réponse avec: [Merci beaucoup !](#) [D'accord, merci beaucoup.](#) [D'accord merci.](#)

Bonjour,

Madame [Redacted] vous contacte demain pour un RDV.

Cordialement,

[Redacted]
Coordnatrice générale des soins.

[Redacted]



Autorisation en service de médecine/SMR

RE: Demande d'autorisation pour la réalisation d'un entretien - Travail de fin d'études [Résume cet e-mail](#)

MB

À : PAUMARD Angeline; SCHILTZ Sylvia

Cc:

Répondre

Répondre à tous

Transférer

Jeu 2026-03-19 16:51

Commencez une réponse avec: [Merci beaucoup !](#) [Merci pour votre confirmation.](#) [Je vous confirme que le nécessaire a été fait.](#)

Bonjour Madame Paumard,
Je vous confirme que vous pourrez réaliser cet entretien.

Bien cordialement,

Adjointe de Direction - Responsable des Ressources Humaines

Tél. Standard :
Ligne directe :



Annexe IV : Retranscription des entretiens

Entretien 1 réalisé le 20 janvier 2026 avec IDE Aurélia

Cabinet libéral

(Durée : 25 minutes 36 secondes)

- 1 **Angeline** : *[Sourire]* Bonjour !
- 2 **IDE Aurélia** : *[Sourire]* Bonjour !
- 3 **Angeline** : Du coup, est-ce que vous pouvez vous présenter avec l'année d'obtention de votre
- 4 diplôme, vos expériences professionnelles jusqu'à maintenant ?
- 5 **IDE Aurélia** : Alors, je suis Aurélia, j'ai 35 ans et j'ai obtenu mon diplôme d'infirmière en
- 6 2012 à l'IFSI de Salon de Provence. J'ai ensuite travaillé en service de médecine SMR pendant
- 7 presque 2 ans. Et maintenant, je suis infirmière libérale depuis 2014. En 2018, je me suis
- 8 spécialisée et j'ai obtenu un diplôme universitaire de plaies et cicatrisations à Marseille.
- 9 Et.....voilà !
- 10 **Angeline** : Merci. Du coup, quelle est la spécificité de votre activité quotidienne infirmière ?
- 11 **IDE Aurélia** : Une journée type c'est ça ?
- 12 **Angeline** : Oui c'est ça !
- 13 **IDE Aurélia** : Alors, ben moi j'interviens essentiellement au domicile des patients. Je possède
- 14 un cabinet sur M***** avec deux collègues infirmières mais on y est très peu, c'est très rare
- 15 que les patients viennent. On intervient 98% à domicile. Les seuls patients qu'on reçoit
- 16 généralement au cabinet sont nos patients touristes, l'été ! *[Rire]*
- 17 **Angeline** : Ah bon ? *[L'air étonné]* Pourquoi seulement les touristes ?
- 18 **IDE Aurélia** : *[Rire]* ...Car quand on arrive chez eux, la majorité des touristes sont en train de
- 19 se baigner dans leur piscine. On doit alors attendre qu'ils sortent, qu'ils se préparent...et c'est
- 20 long, on perd du temps !
- 21 **Angeline** : Ah, je comprends mieux !
- 22 **IDE Aurélia** : Donc, j'ai plusieurs types de patients. J'ai des patients diabétiques, j'ai des
- 23 patients pour la réfection de pansements. On a aussi pas mal de surveillances cliniques. Donc,
- 24 surveillances et constantes sur des patients qui sont polymédicamenteux, que ce soit cardio, que
- 25 ce soit à la suite de pathologies comme le cancer avec chimio, tout ça !

26 Voilà...je réfléchis ! Des perfusions d'hydratation aussi. On a des surveillances hydriques
27 sur les patients. On a aussi de la distribution de médicaments, donc forcément, être attentive
28 aux effets secondaires de certains médicaments et de certaines interactions aussi avec d'autre
29 médicaments. Que tout coïncide avec, par exemple, quand on prend la tension, que la tension
30 coïncide avec la posologie des traitements.

31 **Angeline** : Et du coup, par rapport aux horaires, vous commencez à quelle heure ?

32 **IDE Aurélia** : Alors, ça dépend ! Aucune journée ne se ressemble, mais généralement la journée
33 commence aux alentours de 7h15...*[réfléchit]* 7h15... oui, jusqu'à 13h/14h. Et après, le soir, on
34 reprend de 17h30 jusqu'à 19h30/20h.

35 **Angeline** : Merci bien. Comment construisez-vous une relation de soin ?

36 **IDE Aurélia** : Alors, déjà, je ne peux pas arriver et faire directement le soin. Au-delà du soin,
37 il y a toute une dimension environnementale et familiale. Il y a tout un contexte à prendre en
38 compte car parfois on arrive chez des patients où le contexte familial est compliqué donc il faut
39 arriver, à s'insérer un petit peu dans l'intimité des gens.

40 Je suis obligée d'avoir un minimum de lien avec le patient pour pouvoir être efficace quelque
41 part dans mon soin, pour avoir finalement son approbation et pouvoir aller plus loin. Et donc
42 voilà, cela commence dès mon arrivée au domicile, quand j'entre chez lui : savoir où je mets
43 les pieds, visualiser où poser mes affaires, mon matériel, et comment installer le patient pour
44 faire le soin aussi. Il faut être assez pragmatique, voilà... Il faut être assez douce, discrète, et
45 créer une relation de confiance tout en étant en raccord avec les soins qu'on va lui prodiguer.

46 Et puis, il faut être attentive au regard du patient et aux sons. Moi, je ne regarde pas toujours le
47 patient lorsque je fais les soins, car je suis concentrée sur ce que je fais, mais j'essaye par contre
48 d'avoir l'oreille un peu surdéveloppée : une respiration qui s'accélère, une crainte, un inconfort.

49 Je fonctionne plus avec l'écoute qu'avec le regard finalement. Souvent, si c'est un soin
50 douloureux, je propose parfois au patient de faire une pause, de reprendre sa respiration, et je
51 continue ensuite dès qu'il se sent. En tout cas, le soin, pour moi, ça ne marche pas tout seul, ce
52 n'est pas juste entrer, faire mon soin et repartir. Il y a un consentement à avoir du patient et tout
53 un contexte environnemental à prendre en compte, différent de celui de l'hôpital, puisque le
54 patient est chez lui. A domicile, il peut y avoir d'autres paramètres qui interviennent comme la
55 présence de la famille pendant le soin et qui interagissent souvent.

56 **Angeline** : Merci. Du coup, avez-vous déjà vécu une situation où la relation avec un patient a
57 facilité ou au contraire a compliqué un soin ?

58 **IDE Aurélia :** Ah oui ! Facilité, on le sent tout de suite car les patients, finalement prennent sur
59 eux comme s'ils faisaient quelques efforts. Par exemple pour des soins douloureux. Quand on
60 est attentive à leur ressenti, à leur douleur, ils ont plus tendance à dire : « ça fait mal, mais il
61 faut y aller, il faut bien nettoyer, on y va ! » Donc finalement, on fait une équipe car moi je suis
62 obligée aussi. On reste des humains. Lorsque je sens de la souffrance, de l'angoisse en face, j'ai
63 tendance à absorber un petit peu. Du coup c'est un exercice de mettre quelque chose en place,
64 un film. Pas une barrière mais un film pour que les ressentis du patient ne m'atteignent pas. Et
65 on y arrive. Ce qui est beau dans cette relation et dans ces soins là c'est qu'on arrive à aller sur
66 le même chemin tous ensemble.

67 Par contre après, il y a quand même des difficultés de prise en charge quand notamment on a
68 des patients qui ont des pathologies psychiatriques. Là, tout est faussé. Ça demande de nous
69 adapter. Il faut accepter que parfois, le soin ne prenne pas forcément toujours la tournure que
70 l'on voudrait, c'est-à-dire faire un soin dans un environnement correct, dans une relation de
71 confiance et être efficace dans nos soins, c'est-à-dire faire un pansement, que le pansement soit
72 propre, et tout ça ! Il faut réussir à accepter certaines limites sur ces patient psy, que parfois on
73 ne peut pas nettoyer comme on le voudrait, en tout cas nous, à domicile, vraiment ! Si l'on va
74 plus loin, ça risquerait de dégénérer, il risquerait d'y avoir de la violence physique et voilà !

75 Après, c'est un échange à avoir avec le médecin. Par exemple, on a des échanges avec le médecin
76 traitant pour dire, là, écoutez, on fait notre maximum. Et, en tout cas, n'espérez pas qu'il y
77 ait une cicatrisation qui soit optimale ou, tout simplement, que la plaie cicatrise. Parce qu'au vu
78 du contexte et de la pathologie psychiatrique de la patiente, alors étiquetée ou non étiquetée
79 parce que souvent, à domicile, on se retrouve aussi avec des pathologies psychiatriques qui
80 n'ont pas vraiment été diagnostiquées. Et, du coup, voilà. C'est accepté aussi un petit peu
81 parfois, finalement, un peu la défaite, quelque part.

82 **Angeline :** Du coup, qu'est-ce qui vous a motivée à l'obtention de cette spécialisation ?

83 **IDE Aurélia :** Alors, ce qui m'a motivée, c'est que j'ai été moi-même confrontée à une situation,
84 du coup, j'ai eu besoin de pansements pendant 10 mois et demi.

85 **Angeline :** Pardon ! *[Sourire]*...Je vous interromps mais justement c'est la question suivante.
86 Est-ce qu'il y a eu une situation particulière qui a influencé cette décision ?

87 **IDE Aurélia :** Oui, tout à fait, voilà ! J'ai eu un kyste sacrocoxygien qu'il a fallu, dans un
88 premier temps, percer, alors que j'étais enceinte de 9 mois. Donc, il a fallu percer sans anesthésie
89 générale. Donc, j'ai eu une anesthésie locale.

90 Mais autant vous dire que quand on rajoute du liquide, là où il y a déjà du liquide, qui cherche
91 à sortir la sensation, est horrible. J'ai hurlé toute..., voilà. Et puis, j'ai accouché 3 jours après.
92 Donc, autant vous dire que la situation a été très, très, très compliquée pour moi, qu'il a fallu
93 attendre 3 mois pour que ça se cicatrise et pour intervenir une seconde fois pour enlever la
94 coque, pour vraiment aller faire un parage assez conséquent pour éviter les récidives. Donc,
95 j'avais un petit garçon, un petit nourrisson de 3 mois quand il a fallu que je repasse sur la table
96 d'opération. J'allais. J'avais mon gros pansement derrière puisqu'on mettait 2 mèches
97 d'Algostéril de 40 centimètres, ce qui fait 80 centimètres. Donc, assez compliqué. Ça a été une
98 période de ma vie assez compliquée. Et j'ai fait appel à des infirmières qui n'étaient pas
99 forcément spécialisées...hein...là-dedans ! J'ai fait appel à des infirmières où je le voyais bien
100 déjà par mon expérience à moi, euh..., il y avait des choses dans leur façon de procéder, de
101 faire les pansements, qui m'interpelaient.
102 Et puis, au final, il y a eu une infirmière qui m'a...euh..., enfin, en tout cas, la mèche que j'avais
103 à l'intérieur, par exemple, à la fin de ma cicatrisation, la mèche s'est coupée et donc est restée à
104 l'intérieur de mon orifice. Mais du coup, ça, à la limite, c'est pas grave parce que finalement,
105 c'était de l'Algostéril, donc c'est de l'algue. Donc finalement, ça se délecte normalement.
106 Là, le problème il est, c'est qu'étant donnée comme je suspectais, elles nettoyaient pas
107 suffisamment au fond de la plaie, euh..., avec l'aide d'un cathéter ou quelque chose comme ça,
108 on va irriguer pour vraiment aller décoller ce qui est déposé au fond. Ben du coup, en fait, c'est
109 resté collé, c'est resté..., voilà, ça s'est infecté.
110 Et du coup, ben voilà, la douleur... C'est la douleur qui m'a interpellée euh.... Donc, je suis
111 retournée à l'hôpital. C'est là où j'ai vu une infirmière qui avait le D.U. aussi de plaies et
112 cicatrisation avec qui j'ai beaucoup échangé et qui m'a donné envie de me spécialiser là-dedans
113 parce que je me suis dit qu'effectivement, c'est pas parce qu'on est infirmière qu'on est vraiment
114 très efficace dans les pansements. C'est pas parce qu'on a le diplôme d'infirmière qu'on est
115 forcément efficace en cicatrisation. Et je me suis dit que je devais, c'était un devoir finalement
116 pour moi, que de me former un petit peu plus que ce que je l'étais pour pouvoir être plus efficace
117 dans mes soins et comprendre un petit peu plus les systèmes de cicatrisation et comment je
118 pouvais agir dessus.
119 **Angeline** : Pour vous, qu'est-ce que l'expertise infirmière ?
120 **IDE Aurélia** : Alors, l'expertise infirmière, pour moi, c'est avoir des outils, euh...[réfléchit]...
121 une caisse à outils, je dirais, avec, du coup, plusieurs outils à l'intérieur et c'est savoir quel outil

122 sortir à quel moment. C'est avoir une analyse un petit peu plus poussée. Là, par exemple, pour
123 la cicatrisation d'une plaie, qu'elle soit brûlure, traumatique, c'est d'avoir un petit peu plus
124 d'outils, en tout cas, et plus de connaissances sur quel pansement mettre, à quel stade de
125 cicatrisation, pourquoi je n'ai pas d'évolution, l'évolution souhaitée...euh..., qu'est-ce qui peut
126 rentrer en jeu aussi au niveau alimentaire.

127 **Angeline** : *[L'interrompt]*. Du coup, c'est amener à réfléchir pour la poursuite de la prise en
128 charge.

129 **IDE Aurélia** : Oui, c'est ça ! C'est toujours se poser la question, là, ça va, tant mieux, mais là,
130 je me retrouve face à une situation un peu plus complexe, qu'est-ce que je peux mettre en place
131 pour que la cicatrisation évolue de façon favorable, voilà !

132 Ce n'est pas toujours se pencher sur un même pansement que je connais, que je sais qu'il est
133 efficace. Alors certes, un pansement peut être efficace sur une plaie, mais tu mets le même
134 pansement sur une autre plaie, en fonction de son stade de cicatrisation, en fonction de s'il y a
135 un œdème ou pas. Un pansement ne réagira pas de la même façon sur différentes plaies.

136 Donc vraiment, c'est vraiment étudier la plaie au plus profond, pour savoir qu'est-ce que je peux
137 mettre dessus, qui soit le plus efficace possible et qui soit le plus confortable aussi pour le
138 patient.

139 **Angeline** : D'accord ! Comment mettez-vous en œuvre votre expertise dans votre pratique ?

140 **IDE Aurélia** : Euh...*[réfléchit]*. Ben ça se fait de façon un peu instinctive, maintenant.

141 J'analyse déjà. J'analyse quand j'ouvre le pansement, qu'est-ce qu'il y a déjà. Est-ce qu'il y a une
142 odeur, l'étendue de la plaie, l'écoulement aussi. Je me rapproche souvent des pansements pour
143 sentir l'odeur, s'il y a une odeur où je suspecte une collection, que c'est purulent, la couleur de
144 l'écoulement. Il y a plusieurs choses à prendre en considération, voilà !

145 Redis-moi la question, j'apporte un peu plus de détails.

146 **Angeline** : Comment mettez-vous en œuvre votre expertise dans votre pratique ?

147 **IDE Aurélia** : Voilà, ouais ! Je pense que c'est vraiment l'analyse avant de me lancer pour faire
148 le pansement. C'est tout analyser autour, quoi !

149 C'est est-ce que la patiente, admettons, c'est des pansements d'ulcères, est-ce que c'est un ulcère
150 variqueux, artériel, est-ce qu'il y a de l'œdème, euh...est-ce qu'au niveau des orteils j'ai une
151 coloration anormale, est-ce qu'il n'y a pas un échodoppler à passer. C'est vraiment tout un
152 contexte à prendre en considération avant de se pencher vraiment sur ce que je vais mettre
153 comme pansement.

154 **Angeline** : D'accord ! Du coup, qu'est-ce que serait pour vous le soin idéal ? Est-ce que cela
155 vous est déjà arrivé de réaliser un tel soin ?

156 **IDE Aurélia** : Alors le soin idéal serait d'ouvrir un pansement ou arriver sur une prise en charge
157 où le patient nous appelle :

158 « J'ai essayé de cicatriser, de me faire mes pansements tout seul, je n'y suis pas arrivée ! »

159 Donc d'arriver sur une situation pas dramatique, mais souvent, parfois c'est ça, les patients nous
160 appellent, je pensais que j'allais y arriver tout seul, et puis vous arrivez, vous enlevez le
161 pansement qu'il y avait dessus, il y a de la fibrine. Sauf que les patients n'ont pas la connaissance
162 que c'est de la fibrine, que tant qu'il y a cette fibrine, ça ne cicatrisera pas. Qu'est-ce qu'on met
163 en place, qu'est-ce qu'on met dessus, ou il faut y aller de façon aussi mécanique. Il y a une
164 détersion mécanique souvent à faire avec le scalpel, des choses comme ça. Donc pour moi, une
165 situation un peu pas idéale, mais qui serait bien, c'est d'arriver sur un pansement vraiment
166 complexe, et transmettre tout ce que je fais. Moi ce que j'aime bien aussi faire, c'est expliquer
167 aux patients.

168 « Bon ben voilà ! Vous voyez, vous avez de la fibrine, tant qu'il y a cette fibrine, ça ne cicatrisera
169 pas ! Qu'est-ce que c'est la fibrine ? La fibrine, c'est finalement un film qui se dépose sur la
170 plaie et qui empêche la cicatrisation, mais finalement, c'est le corps qui produit ça, pour
171 protéger... »

172 Enfin voilà ! J'aime bien vraiment avoir cette communication avec le patient, parce que déjà, ça
173 le met en confiance, il se dit que déjà, elle sait ce qu'elle fait, en tout cas, elle se questionne, elle
174 va chercher un peu plus loin, parce qu'après, personne n'est parfait, c'est pas parce qu'on a le
175 D.U. qu'on est parfaite dans toutes nos prises en charge. Mais en tout cas, il y a ce
176 questionnement voilà, et ce partage de connaissances et d'expériences que moi je trouve hyper
177 enrichissants, et souvent, on se rend compte que ça rassure le patient, et souvent, ce que je fais,
178 c'est que je parle pendant que je fais le soin, comme ça, ils sont concentrés sur ce que je dis, ça
179 les fait réfléchir, et du coup, ils en oublient un petit peu, enfin, en tout cas, ils sont concentrés
180 sur autre chose que sur la douleur, ou que ce que je fais, par exemple, quand on me voit arriver
181 avec mon scalpel, de suite, c'est, voilà ! Alors que si je le sors pendant que je suis en train de
182 parler, justement, de ce que je fais, tout ça, il y a beaucoup moins d'appréhension.

183 Le soin idéal, c'est que finalement, le patient se laisse faire, comprenne, si on lui dit de ne pas
184 mouiller le pansement, que le lendemain, on arrive, que le pansement soit sec, qu'il y a vraiment
185 une cohésion, en tout cas, entre le soignant et le patient, qui fait que la plaie se cicatrise

186 rapidement, Par exemple, là, ça nous arrive, actuellement, on a un jeune qui s'est pris, je crois,
 187 quelque chose en fer dans les vignes, ou quelque chose comme ça, qui pensait se soigner tout
 188 seul, il a mis un an, au bout d'un an, il nous appelle, bon, c'était un peu dramatique, il a fallu
 189 mécher tout ça, et au bout d'un mois et demi, là, c'est quasiment terminé, comme ça, voilà, c'est
 190 ce qui, pour moi...

191 **Angeline** : Du coup, ça vous est déjà arrivé de réaliser un tel soin ?

192 **IDE Aurélia** : Oui.

193 **Angeline** : Ok ! Selon vous, qu'est-ce qui est important pour qu'un soin soit de qualité ?

194 **IDE Aurélia** : Il faut former une équipe avec le patient, voilà !

195 Pour moi, on ne peut rien faire sans la volonté du patient, sans son...euh...son investissement
 196 en fait, dans sa cicatrisation, parce que, par exemple, vous arrivez sur un patient, comme on a
 197 actuellement aussi, un patient qui ne prend pas en charge, qui ne prend pas au sérieux sa
 198 cicatrisation, et qui... on l'attend, par exemple, tous les soirs à 17h30 au cabinet, 17h45, il n'est
 199 toujours pas là, vous l'appellez, ah ben non, j'ai eu un problème, enfin voilà, donc du coup, qui
 200 n'est pas assidu dans les soins.

201 Pareil, qui a des comportements, par exemple, qu'il fume, la cigarette, le cannabis, tout ça, c'est
 202 des choses qui vont nous ralentir dans la cicatrisation. Donc en fait, tant qu'on ne fait pas une
 203 équipe avec le patient, et que le patient n'est pas sur la même longueur d'onde que nous, sur la
 204 même volonté de cicatrisation, on n'arrivera à rien, quoi. Et là, on rejoint aussi les patients qui
 205 ont des tendances psy, avec lesquelles s'est compliqué d'avoir une prise en charge efficace, en
 206 tout cas, parce qu'il n'y a pas cette cohésion, quoi, voilà !

207 **Angeline** : Selon vous, la présence d'une infirmière experte peut-elle changer la qualité du soin
 208 ? Si oui, pourquoi ?

209 **IDE Aurélia** : Alors, oui, complètement, je trouve, euh...Même si j'ai toujours un peu de mal
 210 à le dire, parce que pour moi, on est toutes infirmières, malgré tout, mais c'est vrai que en ayant
 211 eu cette formation, et surtout tous ces stages à la PHM de Marseille, dans tous les services, c'est
 212 là qu'on se rend compte que...euh..., il y a une expertise, effectivement, qui est nécessaire.

213 Et puis, par exemple, là, actuellement, j'ai même des infirmières d'autres cabinets, sur d'autres
 214 communes, qui m'appellent.

215 Là, ce matin, j'avais une infirmière d'une autre commune qui m'a téléphonée, qui m'a envoyé
 216 des photos de la plaie d'une patiente avec laquelle elle a du mal à arriver au bout, donc qui
 217 m'appelle pour demander conseil, en fait. Il y a même une autre patiente qu'elle nous a envoyée,

218 que je voyais une fois par semaine, au cabinet, et finalement, c'est moi qui proposais en tout cas
 219 le protocole, parce qu'encore une fois, on n'a pas ni la science infuse, ni la voie d'u sage, mais
 220 en tout cas, moi, c'est ce que j'aime bien aussi, c'est d'avoir une réflexion commune avec les
 221 autres infirmières, leur dire :

222 « Bon ben écoute la plaie, elle est comme ça, elle est comme ça, elle est comme ça ! Moi, je
 223 verrais plus ça, mais le problème, c'est que tu vas avoir du mal à le fixer ! »

224 Là, par exemple, en l'occurrence, c'était une plaie qui était sur l'orteil. Je lui ai dit :

225 « Le coussinet d'HydroClean, là, tu vas avoir du mal à le fixer ! Il y a aussi cette solution, plutôt
 226 que l'HydroClean, où là, ça sera plus simple à fixer, il y aura un peu moins d'apport hydrique.
 227 Enfin, ça hydratera un petit peu moins la plaie ! »

228 Mais voilà, c'est vraiment cette réflexion commune voilà, qui est hyper enrichissante et qui peut
 229 tous nous enrichir, quelque part, même les infirmières qui n'ont pas ce D.U., parce que
 230 justement, on peut...euh...*[réfléchit]*.

231 Il y a une réflexion qu'on peut avoir ensemble et c'est ça qui, finalement, amène la qualité du
 232 soin pour moi. C'est pas forcément l'infirmière experte qui amène son expertise, c'est, si tu veux,
 233 l'infirmière experte qui va venir apporter une graine et c'est ensemble, avec le patient et ses
 234 collaboratrices ou les autres infirmières, qu'on va venir arroser la graine, on va venir mettre du
 235 terreau voilà, c'est vraiment une équipe.

236 **Angeline** : Mais du coup pour vous, ça peut changer ?

237 **IDE Aurélia** : Oui.

238 **Angeline** : La présence d'une infirmière experte, elle peut changer la qualité du soin ?

239 **IDE Aurélia** : Par exemple, cette infirmière qui m'a contactée pour que je voyais sa patiente
 240 une fois par semaine, on l'a suivie pendant un mois et demi. En un mois et demi, ça a été terminé,
 241 alors qu'il prenait en charge cette même plaie depuis plus d'un an, qui n'arrivait pas à faire
 242 cicatriser.

243 Donc effectivement, je pense qu'il y a quand même un intérêt, malgré tout, à pouvoir se
 244 rapprocher d'infirmiers qui ont cette spécificité, comme par exemple quand on prend en charge
 245 des soins palliatifs. Je trouve ça hyper intéressant et enrichissant de se rapprocher sur des
 246 infirmiers qui ont un D.U. de soins palliatifs, parce qu'il y a une réflexion différente, il y a un
 247 regard différent, puis il y a des solutions aussi qui peuvent être différentes. Donc, ouais, je
 248 trouve que c'est hyper enrichissant et pour moi, nécessaire quand même à un certain moment,
 249 quand on voit que la plaie ne cicatrise pas, que ça stagne, tout ça, il ne faut pas avoir ni honte,

250 ni un égo surdimensionné, en tout cas, pour accepter qu'il y ait des personnes qui ont choisi de
251 se spécialiser dans certains domaines, et au contraire, je trouve que c'est hyper enrichissant pour
252 tout le monde.

253 En tout cas, par exemple, nous dans le cabinet, il y a deux infirmières qui ont le D.U. de plaies
254 et cicatrisation. La troisième ne l'a pas, mais c'est vrai que ça ne nous empêche pas, on a une
255 réflexion commune entre toutes les trois. Et on voit qu'effectivement, même celle qui n'a pas eu
256 le D.U. a une réflexion différente.

257 **Angeline :** Du coup, souhaitez-vous partager une situation marquante en lien avec la relation
258 soignant-soigné, l'expertise ou la qualité du soin ?

259 **IDE Aurélia :** Ben après, elles se passent tous relativement bien. Je pense que j'en ai évoqué
260 lors des précédentes questions, mais voilà...euh...*[réfléchit]*.

261 Là où je dirais où il y a un peu plus de travail à faire, c'est sur ces prises en charge avec des
262 pathologies psychiatriques, ou dans mon cas, en tout cas, c'est plus compliqué d'accepter que je
263 pourrais pas cicatriser la plaie comme je le voudrais. C'est accepter encore une fois un petit
264 peu...euh..., quelque part, un peu l'échec quand même, parce que se dire qu'un patient qui reste
265 toute une vie avec une plaie, parce qu'il n'est pas dans la démarche de se laisser soigner, ou en
266 tout cas de se laisser proposer des solutions pour la douleur, des choses comme ça, c'est
267 frustrant, et c'est plus ce qui est à travailler en tout cas, voilà !

268 On arrive avec le temps à accepter, mais en tant qu'infirmière quand-même, on aime bien qu'il
269 y ait une finalité positive, quoi !

270 **Angeline :** Du coup, voulez-vous ajouter un élément à cet entretien ?

271 **IDE Aurélia :** Non, j'ai été ravie de pouvoir partager tout ça avec Angeline, et voilà, et s'il y a
272 d'autres questions, je reste disponible en tout cas pour tout échange.

273 **Angeline :** *[Sourire]*. Merci beaucoup !

274 **IDE Aurélia :** *[Sourire]*. Merci à toi

Entretien 2 réalisé le 12 mars 2026 avec IDE Céline

Equipe mobile plaies et cicatrisation

(Durée : 30 minutes 22 secondes)

1 **Angeline :** *[Sourit]* Bonjour !

2 **IDE Céline :** *[Sourit]* Bonjour !

3 **Angeline :** Pouvez-vous vous présenter ?

4 **IDE Céline :** Alors oui ! Donc je suis infirmière, bon j'ai 36 ans, je suis infirmière depuis 2016,
5 date de mon diplôme. J'ai commencé dans un service de médecine avec plusieurs spécialités,
6 donc avec plusieurs secteurs et de spécialités différentes. J'y suis restée 8 ans.

7 Au bout de 8 ans, des changements organisationnels, en fait, dans mon service m'ont amenée à
8 changer de poste. Euh...plus précisément, en fait, dans le service où j'étais, il y avait un secteur
9 dermatologie qui me plaisait tout particulièrement parce que c'est une des spécialités que j'aime
10 beaucoup, en fait, depuis toujours. J'ai toujours eu un attrait pour les pansements, euh...pour
11 cette spécialité qui est parfois moins connue aussi.

12 Et en fait, de par mon expérience, on m'a proposé un poste qui a été créé parce qu'en fait, dans
13 le projet de service, il y avait une fermeture de lits, en fait, d'hospitalisation traditionnelle telle
14 qu'elle était en dermato, c'était tout simplement pas rentable pour l'hôpital. On se développe de
15 plus en plus vers l'ambulatoire.

16 Et en fait, un projet a été mené de fermer les lits d'hospitalisation traditionnelle pour, en fait, se
17 réorienter vers l'ambulatoire, c'est-à-dire garder que des lits d'hôpital de semaine de dermato,
18 donc 3 lits sur la semaine du lundi au vendredi pour des patients qui vont venir faire des bilans
19 de plaies ou autres. Et après, de développer une activité ambulatoire, une équipe transversale
20 de plaies et cicatrisation. Et de par mon expérience des 8 années que j'ai en dermato, ben j'ai pu
21 postuler parce qu'en fait, l'exigence du poste qui a été créé pour cette équipe transversale de
22 plaies et cicatrisation, ils exigeaient une expérience de 5 ans, chose que j'avais, du coup.

23 **Angeline :** Du coup, vous aviez plus d'expérience, en fait !

24 **IDE Céline :** Oui, j'avais plus d'expérience que l'exigence du poste. Euh... donc, j'ai postulé,
25 j'ai été prise, et du coup, ça fait...*[réfléchit]*... 2 ans et demi à peu près qu'on a monté le projet.
26 Donc en fait, les infirmières qui ont été recrutées, on a participé à ce projet-là, en fait, à monter
27 ce projet, à organiser le projet...voilà. Euh...et donc du coup, depuis 2 ans et demi, on a... j'ai
28 une double activité, c'est-à-dire qu'en fait, toujours sur la dermato, on a un hôpital de jour de

29 dermato pour combler ces manques de lits qui ont été fermés, où en fait, on fait venir des
 30 patients à la journée, donc ça peut être des bilans de cancers cutanés, ça peut être des bilans de
 31 prébiothérapie pour des pathologies chroniques, ou des bilans de plaies aussi, ça arrive. Donc
 32 ça, c'est la partie hôpital de jour dermato. Et l'autre partie, c'est l'équipe transversale, l'équipe
 33 mobile de plaies et cicatrisation qui a été montée sur cet hôpital.

34 Euh... on est rattachés aux dermatologues, mais on est aussi en collaboration avec les
 35 chirurgiens plasticiens. Parce qu'en fait, on se rend compte ben, que notre activité, euh... on est
 36 amené à travailler autant avec ce secteur-là d'activité que l'autre en fait, ça se complémente, en
 37 fait.

38 Très souvent, sur un avis plaie qui est demandé, on se rend compte qu'on peut être amené à les
 39 faire intervenir, en fait, je parle des chirurgiens parce qu'au départ, initialement, ce n'était pas
 40 forcément prévu qu'on travaille autant avec eux. *[Sourit]* Voilà !

41 **Angeline :** *[Sourit]* D'accord ! Du coup, quelle est la spécificité de votre activité quotidienne
 42 infirmière ? C'est-à-dire, en fait, racontez-moi une journée type, par exemple.

43 **IDE Céline :** Alors, il y a deux parties. Déjà, on a un rythme semaine. Déjà, on n'est pas en 12
 44 heures, ce qui veut dire qu'on vient tous les jours, à part les week-ends. Nous, ça nous
 45 permet...alors en fait, il y a deux parties :

46 La partie hôpital de jour et la partie plaies et cicatrisation qui rentrent aussi sur l'hôpital de jour.
 47 Parce qu'on peut faire aussi de la plaie et cicat sur l'hôpital de jour. En fait, nous, déjà, ce
 48 rythme-là, euh... on s'est adapté au rythme des médecins, il faut dire ce qui est, parce qu'ils
 49 travaillent avec la fermeture des lits d'hospit traditionnel, nos dermatologues ne sont plus là les
 50 week-ends. Donc déjà, on a le même rythme qu'eux. Nous, ça nous permet d'être présents tous
 51 les jours, et sur les réévaluations de plaies, ben ça peut être très utile, pour le coup. Euh... et
 52 donc, sur un hôpital de jour... euh... ben en fait, après, c'est un peu compliqué à expliquer, parce
 53 qu'en fait, les deux postes ont été créés pour que à la journée, il y ait, euh... une IDEC, donc
 54 une infirmière en coordination de dermato, qui gère la partie hôpital de jour, programmation
 55 patient. D'accord ?

56 **Angeline :** D'accord !

57 **IDE Céline :** Donc en fait, sur cette partie-là, on peut autant faire la programmation, donc la
 58 venue... euh... organiser la venue d'un patient d'hôpital de jour, c'est-à-dire monter le dossier,
 59 prendre tous les rendez-vous, le contacter, euh...voilà, OK ? Et après, quand ton patient, il

60 vient, on va le prendre en charge du début jusqu'à la fin de sa journée. On va faire, ben,
61 l'entretien infirmier, on va faire tous les soins. Voilà, OK ? Il y a cette partie-là.

62 Et aussi, l'IDEC est censée faire aussi tout ce qui est coordination de patients. Donc par
63 exemple, les patients qui sont sortis d'hospit, où on continue un suivi à distance, souvent, c'est
64 ce poste-là qui est censé un peu faire le lien avec la ville.

65 Et il y a la partie... En fait, il est censé avoir une infirmière à la journée sur le poste plaies et
66 cicatrisation. Mais en fait, pour nous, euh... parce que je dis nous, parce qu'en fait, on est deux
67 à la journée, du coup, avec ma collègue, en fait, on considère qu'il n'y a pas une... Moi, je ne
68 vais pas arriver le matin en me disant aujourd'hui, je ne vais faire que IDEC. On se rend compte
69 que ce poste...

70 **Angeline :** *[l'interrompt]* Oui, vous faites les deux !

71 **IDE Céline :** On fait les deux ! En fait, on jongle entre les deux au cours de la journée, parce
72 que sur le poste IDEC, tu peux avoir des temps de creux, déjà. Voilà. C'est pas forcément justifié
73 que la fille qui est censée être au poste IDEC fasse toute la journée au bureau. Et au contraire,
74 en fait, l'activité a tellement monté en charge au niveau de la partie plaies et cicatrisation dans
75 les services qu'on a été obligées de se déplacer à deux, en fait, très rapidement. Euh... parce
76 que aussi, l'exigence qui nous a été demandée, euh... ben, a fait que c'était plus confortable
77 aussi pour nous d'être à deux. Parce que quand on est confrontées, des fois, à voir des plaies
78 dans les services, ben des fois, les filles qui sont en douze heures dans les services ne sont pas
79 forcément toujours disponibles. Sachant que nous, nos avis s'étalent sur la journée, on peut aussi
80 bien les faire un avis-pansement le matin que l'après-midi, sauf que l'infirmière n'est pas
81 toujours disponible pour nous aider, ou pour... voilà...

82 Donc, en fait, moi, ma journée, elle est organisée comme ça, enfin... *[réfléchit]*...je vais
83 m'organiser en fonction de savoir si j'ai un hôpital de jour présent ou pas, et je vais prioriser ça
84 le matin, généralement, donc, prendre en charge mon patient, euh... l'orienter vers les rendez-
85 vous qu'il va avoir, faire le lien avec mon médecin qui l'a convoqué. Et après, je vais organiser
86 mon planning, en fait, en fonction des avis que j'ai à faire.

87 **Angeline :** Vous le savez en avance, ça, du coup ?

88 **IDE Céline :** Oui c'est ça ! En fait, on a un agenda. Tout simplement, un logiciel interne à
89 l'hôpital où, en fait, on a un agenda, on a une page à la journée où, en fait, on positionne en
90 amont nos patients. Donc, il y a les premiers avis et les réévaluations.

91 Pour ce qui est des premiers avis, c'est des bons de demandes, des bons d'actes divers, en fait,
92 qui sont remplis par les services, et puis, c'est envoyé chez nous, qu'on pré-traite. Et en fait, on
93 évalue si c'est un avis plaie ou un avis dermato pour une autre pathologie.
94 Si c'est un bon d'avis dermato pour une autre pathologie, on l'oriente vers l'interne qui est affecté
95 à ces avis-là. Si c'est un avis plaie, on consulte le dossier en amont, on regarde un peu
96 l'historique, on se fait un peu nos petites recherches préalables : voir les protocoles qui ont déjà
97 été mis en place, les antécédents de santé.

98 **Angeline :** Oui, voir s'ils sont adaptés, tout ça !

99 **IDE Céline :** Voilà ! les examens qui ont déjà été faits. On fait tout ce travail là avant. Et après,
100 on voit avec notre interne qui est affectée aux avis plaies, pour s'organiser, et y aller ensemble,
101 pour qu'au moins, le premier avis, ben, on le fasse avec un médecin, pour avoir un appui
102 médical. Euh... mais ça arrive, selon le type de plaie, sur des escarres, par exemple, ça arrive
103 qu'on y aille seules, nous, les infirmières.

104 **Angeline :** D'accord !

105 **IDE Céline :** Donc, voilà ! Euh... et en fait, après, le déroulement de ma journée va s'organiser
106 en fonction des critères, ben, de gravité, des états des patients, du besoin de l'équipe aussi, du
107 service, ben, parce qu'il y a des jours, il y a des patients où tu peux décaler le panse..., enfin, la
108 réévaluation, tu peux la décaler d'un jour. Il y a des patients où, par contre, tu sais qu'il faut
109 absolument y aller ce jour-là. Euh... je vais aussi coordonner, en fait, la venue de différents
110 médecins, par exemple, c'est nous qui allons dire, je te donne un exemple, un avis d'un patient
111 en gériatrie avec une plaie potentiellement infectée. C'est la gériatrie qui nous a appelés, mais
112 c'est nous qui allons coordonner le fait qu'il faut qu'il y ait l'infectiologue qui vienne, le
113 chirurgien plasticien, et c'est nous qui coordonnons tout ça, tu vois ? voilà.

114 **Angeline :** D'accord !

115 **IDE Céline :** Donc, voilà, donc, tu as toute cette partie-là. Et après, il y a une partie
116 plus...euh...[rire]... j'appelle ça administrative, où en fait, on fait toute notre traçabilité.
117 Nous, en fait, c'est vrai qu'au fil des mois, on s'est rendu compte qu'on le fait beaucoup plus
118 l'après-midi. En fait, le matin, c'est vrai qu'on est beaucoup plus sur le terrain parce que ben...
119 c'est à ce moment-là que les infirmières des services sont disponibles, que les patients sont
120 disponibles aussi. Ils sont plus réticents à ce qu'on y aille l'après-midi. Ça nous arrive d'y aller
121 l'après-midi, mais c'est au cas par cas et c'est plus rare.

122 Du coup, ce qu'on fait, c'est que généralement, on ne fait pas un patient et une traçabilité. En
 123 fait, on fait tout ce qu'on a à faire. Et après, quand on a un temps, on se pose et on fait toutes
 124 nos traçabilités. Mais ça peut être très long. Des fois, ça dure toute une après-midi, donc ça peut
 125 être deux heures et demie de traçabilité, quoi ! Ça peut arriver.

126 **Angeline** : D'accord !

127 **IDE Céline** : Parce qu'on trace énormément de choses ! On ajoute les photos, enfin, voilà, ça
 128 peut être long. Voilà, en gros, mes journées.

129 **Angeline** : D'accord ! Du coup, comment construisez-vous une relation de soins ?

130 **IDE Céline** : Euh...*[réfléchit]*...une relation de soins...euh..., ben déjà, j'essaye de...euh...
 131 Pour moi, la confiance va être primordiale dans ma prise en charge, dans mon approche envers
 132 le patient. Et puis, peu importe le profil du patient, que ce soit un patient qui vient à la journée,
 133 en hôpital de jour, pour un bilan standard, enfin, voilà, qui est un patient que je vais voir en
 134 service, j'essaye de... de... d'avoir l'attention du patient et de créer une relation de confiance,
 135 euh...surtout vu, généralement, pourquoi je suis là...*[rire]*... Euh...parce que souvent, les
 136 patients, on parle d'infirmières expertes, on parle d'infirmières en plaies et cicat, mais ils savent
 137 pas trop ce que c'est, surtout chez les personnes âgées, en fait. Ils nous voient arriver, ils nous
 138 confondent avec le médecin, euh...des fois, ils nous confondent avec l'infirmière du service.
 139 Donc, c'est important, ça va être important d'expliquer, ben pourquoi on est là, ce qu'on va y
 140 faire et de réexpliquer très souvent ce qui a été dit. Notamment, quand on fait les avis avec les
 141 médecins, bon nombre de fois, en fait, on reste avec le patient, on lui réexplique ce qu'on dit.
 142 Donc, c'est là que souvent, le patient va plus s'adresser à nous derrière, quoi. Et souvent, c'est
 143 notre tête qu'ils vont revoir pour les réévaluations, et généralement, pas le médecin. Voilà !

144 **Angeline** : D'accord, merci ! Avez-vous déjà vécu une situation où la relation avec un patient
 145 a facilité ou, au contraire, a compliqué un soin ?

146 **IDE Céline** : Oui Oui ! Euh...oui alors, ça peut être...euh..., compliqué, ça peut être des fois
 147 qu'on peut avoir des a priori, comme tout le monde, face à des patients qui vont avoir euh...
 148 certaines exigences ou même une réticence à notre venue aussi. Euh..., parce qu'on a des
 149 patients qui sont en refus de soins ou qui veulent qu'on les laisse tranquilles. Donc, nous voir
 150 arriver, ça va être une énième équipe supplémentaire, une énième personne. Enfin, voilà, donc,
 151 ça peut être... Du coup, enfin..., ça peut même impacter sur nous en se disant...*[souffle]*...
 152 qu'on sait que ça va être compliqué ou sur une prise en charge d'un patient qui est..., où l'on sait
 153 qu'on tourne un peu en rond au niveau de... de nous, notre prise en charge ou qu'on sait qu'on

154 n'a pas été assez efficaces pour différentes raisons. Enfin, je pense à un patient récemment,
155 euh...en gériatrie où, en fait, on sait qu'on a fait notre boulot mais qu'on aurait pu aller plus
156 loin, on aurait pu le faire mieux. Donc, forcément, ça peut impacter sur notre rapport avec ce
157 patient-là, euh...et des fois, tout simplement, le feeling, il faut dire ce qui est... *[rire]*... y a des
158 fois avec qui, il y a des patients, ça passe plus ou moins bien. Moi, généralement, c'est là où je
159 ne me gêne pas pour passer le relais. C'est l'avantage de travailler à plusieurs, c'est que des fois,
160 il faut savoir aussi passer le relais et de se dire que ben non, ça passe pas ou des fois, on...
161 *[cherche ses mots]*...C'est quoi le terme déjà ? Euh...c'est qu'on se projette. Ça peut nous faire
162 penser à des proches ou à des gens extérieurs.

163 **Angeline** : Un transfert ?

164 **IDE Céline** : Un transfert, c'est ça merci, c'est ça le mot que je cherchais ! Ou à des patients
165 qu'on a déjà eus où ça passe pas, enfin, tout simplement, il faut dire ce qui est ! ou les jours où
166 on est plus fatiguée que d'autres.

167 Et il y a des gens chez qui, ben, je sais pas pourquoi, on va avoir plus de patience, plus d'affect
168 aussi, on va être plus touchée, ou des patients qu'on voit depuis des années. Il y a ça aussi. Il y
169 a des fois des patients qu'on revoit depuis X années et qu'on connaît très bien, on se permet de
170 leur parler, peut-être d'être plus familier avec eux ou d'être... Donc, forcément, notre approche,
171 elle sera encore différente. Voilà !

172 **Angeline** : D'accord ! Du coup, qu'est-ce qui vous a motivée à l'obtention de cette spécialisation
173 en sachant que, pour vous, elle est en cours, du coup ? Est-ce qu'il y a une situation particulière
174 qui a influencé cette décision ?

175 **IDE Céline** : Euh...*[réfléchit]*...alors, je pense qu'il y a mon attrait pour la spécialité. Euh...le
176 fait que le corps médical avec qui j'ai appris finalement et travaillé, ça s'est toujours très bien
177 passé, ça m'a motivée, en fait, à m'intéresser à ces spécialités-là. Je pense que je n'aurais pas eu
178 un aussi bon feeling avec les médecins avec qui je travaillais ou les internes, ben je pense que
179 je me serais peut-être moins intéressée. Euh...et du coup, il y a eu tout ça quoi ! ça a été le fait
180 d'aimer travailler dans cette équipe-là, le fait de... Parce qu'en fait, en plus, au fil des années,
181 les médecins nous ont donné des cours régulièrement, enfin... c'est motivant de voir que notre
182 encadrement, même si on n'est pas encadré par les médecins directement, mais euh... veulent
183 qu'on se forme et ça encourage, quoi. Et après, c'est un goût personnel, je pense.

184 Moi, je sais que je n'ai jamais été attirée par les services plus d'urgence ou ce genre de choses.
185 Ce n'est pas quelque chose qui m'intéresse trop...*[rire]*... Après, c'est un goût personnel, quoi !

186 Euh... et moi, personnellement, j'ai été formée à l'éducation thérapeutique aussi et c'est une
 187 spécialité, je sais, dans laquelle il y a plein de choses à faire, quoi ! Donc voilà.

188 **Angeline** : D'accord ! Du coup, pour vous, qu'est-ce que l'expertise infirmière ?

189 **IDE Céline** : L'expertise infirmière...euh..., c'est vaste...*[réfléchit]*... Pour moi, l'expertise
 190 infirmière euh... c'est les connaissances qu'on peut avoir, qu'on peut se forger, se créer, se
 191 développer au fil des années, de par notre expérience de terrain, déjà, et de par les différentes
 192 formations qu'on peut faire en plus, que ce soit interne à notre lieu de travail ou même extérieur.
 193 C'est les connaissances qu'on va avoir dans notre spécialité...voilà... où en fait, on aura une
 194 certaine autonomie, on aura une certaine connaissance, et ça nous permet d'être à l'aise dans le
 195 soin, euh... comment dire...et aussi légitime face aux médecins, voilà... Parce que ça, on le
 196 rencontre nous, dans le poste qu'on a là. En fait, on se rend compte qu'on continue à se former,
 197 c'est un poste où on se forme tout le temps. On aime ou on n'aime pas. Je sais que,
 198 personnellement, c'est une des choses que j'aime !

199 Mais, on se rend compte que dans notre rapport avec le corps médical, et même avec nos
 200 consœurs, les infirmières qui ont le même diplôme que nous, finalement, enfin, je ne parle pas
 201 de la partie supplémentaire, il faut savoir de quoi on parle. Parce que c'est là qu'on est plus pris
 202 au sérieux. Du coup, cette expertise-là sert à ça, finalement, c'est d'être crédible dans ce qu'on
 203 dit, dans ce qu'on fait, et qu'on... Ce n'est pas d'avoir réponse à tout, mais c'est de... Quand on
 204 propose quelque chose, c'est d'avoir les bonnes infos et de savoir de quoi on parle quoi. Voilà.

205 **Angeline** : D'accord ! Comment mettez-vous en œuvre votre expertise dans votre pratique ?

206 **IDE Céline** : Comment je mets en œuvre mon expertise dans ma pratique ? Eh ben... de
 207 différentes façons. Ça va être sur la partie plus formation, parce que nous, dans notre poste, on
 208 forme aussi au quotidien. En fait, ça fait partie de nos missions de former les équipes dans les
 209 services.

210 Quand on va donner un avis, on ne donne pas un simple avis. Nous, nos missions, c'est aussi de
 211 former les infirmières qui sont moins attirées par les pansements ou qui connaissent moins parce
 212 qu'il y a toujours des nouvelles diplômées ou des filles qui n'ont pas les mêmes pratiques ou qui
 213 n'ont pas renouvelé leurs pratiques aussi ou qui ne connaissent pas certaines nouveautés de
 214 pansement ou autre. Donc, ça peut être par la formation. C'est cette expertise-là que j'ai qui me
 215 permet d'aller former une collègue qui a le même diplôme que moi entre guillemets, mais qui
 216 n'a pas les mêmes années d'expérience sur cette partie-là. Ça peut être aussi de faire des
 217 recherches avant de mettre en place tel ou tel protocole ou de, voilà, continuer à rechercher, à

218 se former. Quand on connaît pas quelque chose, ben de continuer à toujours être dans
 219 l'introspection, de connaître, de savoir de quoi on parle, quoi, tout simplement.
 220 Euh...voilà...après je vois pas...[rire]

221 **Angeline :** [sourire] C'est très bien ! Du coup, qu'est-ce que serait pour vous le soin idéal ?

222 **IDE Céline :** [Surprise] Hein ? Le soin idéal ?

223 **Angeline :** [rire] Oui, le soin idéal !

224 **IDE Céline :** Alors, un soin ! On va partir d'un soin pour un patient...je fais une
 225 situation...hein ? Enfin, je pense à une situation...

226 **Angeline :** Oui oui !

227 **IDE Céline :** On va dire un patient où je suis appelée sur un avis. Alors dans le meilleur des
 228 mondes, j'ai mon médecin qui est disponible. J'ai réussi à coordonner tout au niveau du service,
 229 c'est-à-dire que la toilette soit faite, que le matériel soit prêt, que l'infirmière du secteur est
 230 disponible, que le médecin du secteur est disponible aussi, que le patient soit prévenu aussi de
 231 mon arrivée...[tousse]... euh...que j'ai eu le temps de consulter le dossier du patient en amont,
 232 ce n'est pas toujours le cas. Et que j'ai le temps aussi d'expliquer aux patients ce qu'on va faire,
 233 de rester pour le soin, d'évaluer la douleur du patient, de pouvoir discuter avec lui, de lui
 234 expliquer ce qu'on fait quand ils peuvent comprendre parce que des fois, malheureusement, sur
 235 les personnes âgées, ce n'est pas toujours le cas ! Mais voilà...

236 Et derrière, avoir le temps de le réévaluer quand je veux, de pouvoir faire intervenir
 237 éventuellement les équipes transversales comme les équipes douleur. Et que ça se passe bien
 238 derrière au niveau du suivi quoi ! Que ça se passe bien et qu'il n'y ait pas de complications on
 239 va dire !

240 **Angeline :** Mais du coup, est-ce que cela vous est déjà arrivé de réaliser un tel soin ? Celui que
 241 vous êtes en train de décrire...[rire].

242 **IDE Céline :** Alors, ça peut arriver ! ... [s'esclaffe de rire] C'est plus rare que récurrent,
 243 mais ça peut arriver. Mais c'est souvent dans les mêmes services.

244 En fait, on se rend compte que notre travail et notre intervention va être, je parle pour nous
 245 hein ?... Est facilité, c'est fou hein ? Mais c'est souvent service dépendant et personnel
 246 dépendant. C'est horrible à dire, mais depuis deux ans et demi qu'on fait cette activité-là, je
 247 parle de mon activité maintenant, je ne parle pas de quand, avant, j'étais en service plus
 248 traditionnel. Euh ben on se rend compte qu'il y a des services qui ont été plus réticents à la
 249 venue d'infirmières expertes que d'autres.

250 Il y a des services qui vont être réticents et qui partent du principe qu'on n'a rien à leur apprendre.

251 **Angeline** : Oui, qu'ils savent tout déjà quoi !

252 **IDE Céline** : Voilà ! Je le dis parce que vraiment, moi, ça m'avait choqué au début. C'est qu'il

253 y a des infirmières qui sont euh... alors, je ne parle pas des médecins parce que les médecins,

254 ils ont rapidement compris que ben c'était pour leur faciliter leur travail parce que derrière, on

255 met en place des protocoles. Pour les prescriptions de sortie, c'est beaucoup plus facile pour

256 eux.

257 Quand on intervient derrière, on peut faire le suivi en ville. Donc, ça leur facilite énormément

258 la vie. Et très souvent, il y a des médecins qui nous rappellent pendant les consultations des

259 patients, des patients qu'ils revoient post-hospit, quand ils les revoient en consulté, ils peuvent

260 même nous appeler pour qu'on revienne, pour les aider à renouveler les protocoles et tout. Donc,

261 eux, ça leur facilite pour l'instant, enfin les retours qu'on a c'est ça !

262 Par contre euh... il y a des services qui vont être plus réticents que d'autres parce que ben la

263 charge de travail fait que l'infirmière n'a pas tout le temps de temps à nous accorder pour ça.

264 Donc, en fait, c'est souvent de la débrouille.

265 Très souvent, on n'est pas censées faire les pansements, mais on est censées faire le pansement

266 quand c'est justifié qu'il y a des détersions profondes à faire ou que c'est des dispositifs très

267 particuliers comme les TPN, ce genre de choses. Une infirmière du service, enfin, du secteur,

268 est censée être là pour qu'on la forme. Sauf que, selon quand on vient, elle n'est pas toujours

269 disponible, donc, très souvent, on se retrouve à faire seule. C'est pour ça que des fois, on se met

270 à deux. En fait, l'IDEC se détache parce que ce n'est pas possible. À un moment donné, on peut

271 pas...enfin voilà... C'est une tâche qui nous prendra deux fois plus de temps. Et après, c'est

272 personnel dépendant. Il y en a qui nous facilitent plus la vie que d'autres. Très

273 clairement...[rire].

274 **Angeline** : Selon vous, du coup, qu'est-ce qui est important pour qu'un soin soit de qualité ?

275 **IDE Céline** : Euh...la temporalité. Enfin...dans le sens où il faut qu'il y ait différents facteurs

276 qui soient réunis pour que ça se passe bien. Déjà, que le patient soit prévenu et consentant.

277 Euh...qu'on lui est bien expliqué ce qu'on va faire. Par exemple, quand on va lui poser un TPN,

278 c'est un gros dispositif, on prend vraiment le temps. Enfin, quand on nous appelle pour un avis

279 TPN...

280 **Angeline** : [Interrompt] Du coup TPN, signifie ?

281 **IDE Céline :** C'est un VAC, c'est par thérapie à pression négative. On nous appelle
 282 régulièrement pour ça, pour avoir un avis. Si on pense que c'est nécessaire ou pas et si ça a un
 283 bénéfice pour le patient. Et nous, en fait, dans ces cas-là, on ne se focalise pas que sur la plaie.
 284 Parce que peut-être que la plaie en aura besoin. Peut-être que oui, le patient va gagner en temps
 285 de cicatrisation mais on prend plusieurs autres choses en compte : l'âge du patient, l'autonomie
 286 du patient, son niveau cognitif, voilà, s'il a toute sa tête ou pas, on met moins facilement un
 287 VAC sur une personne âgée qui déambule, qu'une personne qui est plus jeune, qui a toute sa
 288 tête et voilà. Euh... je sais plus ce que je suis en train de dire ! ...*[rire]*.

289 **Angeline :** Si je reviens à la question, c'était qu'est-ce qui est important pour qu'un soin soit de
 290 qualité.

291 **IDE Céline :** *[rire]* Ah oui, merci ! Donc déjà, que le patient soit prévenu, qu'on lui ait expliqué
 292 et que l'infirmière du patient soit disponible, qu'il y ait les conditions réunies pour qu'on ne soit
 293 pas dérangé, en fait, qu'on ait du temps à accorder au patient pour que ça se passe dans de
 294 bonnes conditions, qu'on ne soit pas dérangé par différents appels ou différentes choses et que
 295 le soin ne soit pas interrompu pour qu'il soit plus continu quoi... Enfin, je ne sais pas si c'est
 296 clair, mais voilà. Qu'on ait le matériel aussi. Euh... ouais c'est ça, j'arrondis ça sur la temporalité,
 297 quoi... Voilà !

298 **Angeline :** Selon vous, la présence d'une infirmière experte peut-elle changer la qualité du
 299 soin ? Si oui, pourquoi ?

300 **IDE Céline :** *[rire et réfléchit]* Euh... alors, oui, parce que... alors, moi, je partais plus sur le
 301 oui, parce que forcément, c'est de mon activité au quotidien. Parce qu'en fait, je me dis que si
 302 une infirmière experte intervient, que ce soit sur la plaie ou autre, c'est qu'elle est là pour
 303 apporter quelque chose, elle est là pour apporter des précisions, des conseils pour que ça se
 304 passe au mieux, de par son expérience, de par ses connaissances. Donc forcément, elle n'est pas
 305 là pour rien. Généralement, elle n'est pas là pour taper sur les doigts du service, en gros, vous
 306 avez mal fait, voilà . D'ailleurs, dans notre approche, c'est souvent ça. Quand on voit des choses
 307 qui sont mal faites, parce que ça arrive, on n'est jamais là à leur dire... On n'est pas là pour les
 308 engueuler, on n'est pas là pour leur dire attention, c'est grave ce que vous avez fait, pas du tout.
 309 On essaie toujours de tourner le truc sous forme de conseils. Pour que derrière, ça suive quoi !
 310 Donc du coup, pour moi oui, une infirmière experte, elle permet que le soin soit mieux organisé,
 311 que ce soit amélioré pour la fois d'après. Elle peut observer pour voir ce qui n'allait pas et mettre
 312 en place des choses pour que ça se passe mieux par la suite. Je donne un exemple, quand des

313 fois on intervient sur des patients qui sont trop algiques sur le soin. Avant même de parler de
 314 changer de protocole, quand on voit que le patient n'est pas prémédiqué de façon suffisante et
 315 que ça ne va pas bien se passer, c'est déjà arrivé qu'on dit ben non, on reviendra plus tard, faites
 316 intervenir l'équipe douleur qui est une équipe transversale. Et là, on pourra parler de changement
 317 de protocole et on pourra parler de détersion et voilà. Donc pour moi, c'est ce rôle-là qu'a
 318 l'infirmière experte et donc oui, elle contribue à ce que...et puis c'est son rôle quoi... Voilà !

319 **Angeline** : Souhaitez-vous partager une situation marquante en lien avec soit la relation
 320 soignant-soigné, l'expertise ou la qualité du soin ?

321 **IDE Céline** : J'en ai tellement, des expériences...*[rire]*...euh...*[réfléchit]*...

322 **Angeline** : Qui vous a marqué particulièrement ?

323 **IDE Céline** : J'essaie de réfléchir parce que j'en ai tellement. Donc la qualité du soin,
 324 l'expérience soignant-soigné ou... la relation soignant-soigné, donc dans la relation ?

325 **Angeline** : Oui. Soit l'expertise ou bien la qualité du soin. S'il y a quelque chose, une situation
 326 marquante.

327 **IDE Céline** : Alors il y a un patient. Alors ça va être plus sur... Ça peut rentrer dans la relation
 328 soignant-soigné...euh ben un peu l'expertise aussi...

329 Ah, je suis désolée, redis-moi la question ? ...*[désolée]*.

330 **Angeline** : Non non, c'est pas grave ! Souhaitez-vous partager une situation marquante en lien
 331 avec la relation soignant-soigné, l'expertise ou la qualité du soin ?

332 **IDE Céline** : Ouais oké ! Ça va rentrer pour moi dans l'expertise et la relation soignant-soigné.
 333 On a un patient, par exemple... Après, j'en ai d'autres hein... J'en ai plein en tête, mais je ne sais
 334 pas pourquoi je pense à lui. On a un patient qu'on a vu sur un avis plaie dans un service, au
 335 départ, de médecine polyvalente.

336 C'est un patient qui est paraplégique suite à un accident de la route, il y a bon nombre d'années
 337 et qui, en fait, présentait de multiples escarres. Mais c'est le profil de patient qui veut être maître,
 338 et c'est son droit, de sa prise en charge...*[tousse]*...et qui, dans l'approche, va nous apprendre
 339 notre métier. Donc des fois, c'est là où il faut être encore plus patient et y aller à tâtons pour
 340 faire accepter notre intervention et créer cette fameuse confiance qui va être importante.

341 Au départ, ce patient-là était très réticent à notre venue. Il nous a de suite dit que si on mettait
 342 tel ou tel type de pansement, ça ne lui convenait pas. Il connaissait déjà. Que de toute façon, ça
 343 n'avait pas fonctionné.

344 Que ce qu'on lui proposait, limite, ça ne servait à rien. Donc l'approche n'était pas gagnée, très
345 clairement. Mais on savait que le médecin qui nous a fait intervenir c'est un interniste, on avait
346 bien compris qu'ils avaient besoin de nous puisque ça fait partie de nos missions et qu'aussi
347 l'équipe soignante du service n'en pouvait plus. Clairement, ce n'était plus possible. Alors qu'au
348 départ, il était réticent, par négociation, par explication, par justification aussi, parce que du
349 coup, c'est le profil de patient qui va tester nos connaissances aussi. Et ben, en montrant
350 justement qu'on savait de quoi il parlait, qu'on avait réponse à ses questions qu'il nous
351 demandait, on a créé une relation de confiance et finalement, il a voulu plus que nous. Ce
352 patient, derrière, est revenu et a même été réhospitalisé sur un lit d'hôpital de semaine de
353 dermato. Et en fait, ce patient ne voulait plus que nous. C'est-à-dire que du moment où on est
354 intervenu, c'était à nous de venir. Il ne voulait personne d'autre, que personne d'autre
355 n'intervienne ou ne fasse les pansements parce que ce n'était pas les infirmières plaies et
356 cicatrisation et qu'elles feraient mal. Alors que pas du tout. Il y a des infirmières qui vont
357 appliquer les conseils qu'on va donner, les protocoles qu'on va mettre en place qui sont très bien
358 formés et qui peuvent totalement gérer ce type de plaies-là.

359 Et pareil, quand ce patient-là est revenu en consultation, c'est nous qui sommes intervenues.
360 Alors qu'on a des infirmières sur le secteur de consultation qui font les pansements et qui
361 peuvent tout à fait s'en occuper. Donc ce patient-là, au final, c'était très compliqué au départ de
362 créer un dialogue, il était réticent, il était en manque de confiance. Au final, on rigolait à la fin
363 avec lui, il nous a remerciées et on a créé une vraie relation de confiance. Et même nous, c'était
364 même plus confortable de venir faire le soin parce qu'au départ, on avait limite la boule au
365 ventre parce qu'on savait qu'on allait être dans l'affrontement et qu'il risquait de nous poser une
366 question qu'on n'allait pas forcément avoir la réponse, sachant que nous, on venait pas tout le
367 temps avec le médecin. Donc forcément, quand on a un appui médical, c'est jamais le même
368 rapport. Et en fait, derrière, en fait, non, ça s'est super bien passé. Voilà.

369 **Angeline** : Du coup voulez-vous ajouter un élément à cet entretien ?

370 **IDE Céline** : Euh...ben non... *[rire, ne sait pas quoi répondre]* ...C'est un très bon sujet, ça
371 change, c'est bien ! *[Sourire]*.

372 **Angeline** : *[Sourire]* Je vous remercie beaucoup !

Entretien 3 réalisé le 13 mars 2026 avec IDE Valérie

Service consultation

(Durée : 28 minutes 57 secondes)

- 1 **Angeline** : *[Sourire]* Donc, bonjour !
- 2 **IDE Valérie** : *[Sourire]* Bonjour !
- 3 **Angeline** : Pouvez-vous vous présenter ? C'est-à-dire, année d'obtention du diplôme,
- 4 expérience professionnelle ?
- 5 **IDE Valérie** : D'accord. Alors, je te dis mon nom ?
- 6 **Angeline** : Il sera anonyme dans tous les cas.
- 7 **IDE Valérie** : Alors, moi, je m'appelle Valérie. Je suis infirmière. Euh...infirmière depuis 2009
- 8 parce que j'étais aide-soignante pendant une quinzaine d'années. Et puis après, j'avais arrêté mes
- 9 études quand j'avais une vingtaine d'années pour les reprendre beaucoup plus tard. Et donc, du
- 10 coup, j'ai fait ma formation. Je suis sortie de formation en 2009. Voilà. Donc, j'ai fait, j'ai
- 11 travaillé, de toute façon, tous services confondus : en gériatrie, en médecine, en chirurgie.
- 12 Euh...voilà, j'ai fait tous les services en tant qu'aide-soignante et infirmière. Voilà.
- 13 Après, comme j'avais une certaine sensibilité pour les plaies, je suis partie faire un D.U. plaies
- 14 et cicatrisation. Et deux ans après, je suis partie en formation certification sur Nîmes de
- 15 stomathérapie. Voilà.
- 16 Le D.U. plaies et cicatrisation, je l'ai fait sur Montpellier.
- 17 **Angeline** : D'accord.
- 18 **IDE Valérie** : Voilà mon petit parcours. Du coup, j'ai quitté les services parce qu'il y avait un
- 19 poste qui se libérait aux consultations soins externes que j'occupe à temps plein. Donc, ce qui
- 20 me permet de travailler avec tous les médecins, tous les chirurgiens, euh...toutes les spécialités.
- 21 Donc, je fais tous les soins post-op. Enfin, on n'en a plus puisque vous savez que la chirurgie a
- 22 fermé. Mais quand même, il y a le post-op de l'extérieur qui arrive, qu'on m'adresse. On
- 23 m'adresse les patients via l'avis par l'intermédiaire des médecins traitants. Euh...post-urgence
- 24 aussi, voilà.
- 25 Après, je travaille en transversal avec tous les services quand ils ont besoin d'une évaluation
- 26 par rapport aux plaies compliquées ou pas, pour conforter leur prise en charge.
- 27 Et puis, les stomies, quand nous avons le bloc, je les avais avant le bloc. J'avais la possibilité
- 28 de faire l'éducation. Du coup, maintenant, de toute façon, j'ai toujours les patients, la patientèle,

29 hein. Et ils arrivent de Cavaillon quand ils sont opérés sur Cavaillon ou ailleurs. Ils m'arrivent
 30 et voilà. Donc, voilà le parcours.

31 **Angeline** : Par contre, juste, l'année d'obtention de votre D.U., du coup ? Juste ça, voilà.

32 **IDE Valérie** : *[Réfléchit]* Alors, peut-être... euh... je crois, 2014, quelque chose comme ça.

33 **Angeline** : Oui, vous avez certaines expériences !

34 **IDE Valérie** : 2014 et la certification, si je t'ai dit 2 ans, ça doit faire 2016, 2017.

35 **Angeline** : D'accord.

36 **IDE Valérie** : Voilà, quelque chose comme ça.

37 **Angeline** : Merci. Quelle est la spécificité de votre activité quotidienne infirmière ?

38 C'est-à-dire, racontez-moi une journée type, par exemple.

39 **IDE Valérie** : D'accord. Donc, la journée type, par exemple, la journée du lundi ou du mardi,
 40 elle se ressemble sensiblement, euh... parce qu'il y a les chirurgiens, donc, voilà, ils ont leur
 41 propre consultation. Et il y a, par moment, des soins à faire. Des exérèses de lésions.
 42 Donc, je vais être là à les aider à faire les exérèses, voilà, dans la salle de soins. C'est la seule
 43 salle de soins, de consultations.

44 Sinon, j'ai mes propres patients qui viennent en soins externes. Donc, ils viennent de l'extérieur.

45 **Angeline** : D'accord.

46 **IDE Valérie** : Donc, je peux faire des prises de sang. Je peux faire des saignées. Je peux faire
 47 une perfusion d'un traitement X de pathologie chronique.

48 Euh... *[réfléchit]* ...qu'est-ce que je peux faire ? Soins de brûlure, soins d'escarres. Bon, ça, ce
 49 sont des... Qu'est-ce que je peux faire ? Je ne sais pas. C'est tellement varié.

50 Ah oui ! Changement de sonde urinaire. C'est très varié.

51 **Angeline** : Et tout ça, c'est sur rendez-vous, du coup ?

52 **IDE Valérie** : Oui, oui. Voilà. Après, au fil de l'eau, il y a des patients, ils arrivent :
 53 « Bon, mon médecin m'avait dit dix jours, l'ablation ».

54 Je dis n'importe quoi, à des points. Donc, il vient, il ne savait pas qu'il fallait prendre rendez-
 55 vous. J'ai cinq minutes. Si je ne suis pas trop en retard, s'il n'y a pas trop de monde, je dis : « Ok,
 56 on s'inscrit ». Et je fais le soin.

57 **Angeline** : D'accord. Ok. Très bien, merci.

58 **IDE Valérie** : Sans compter les demandes des services et du suivi de ce même patient qui est
 59 soit en SSR, soit en USLD, soit en poly 1, 2, 3 et 4, voilà !

60 **Angeline** : D'accord ! Et vous avez une liste, tous les matins ?

61 **IDE Valérie** : Oui, une liste, oui ! Alors, comme tu vois, je vais me mettre sur l'agenda.
62 *[Elle ouvre son logiciel sur son ordinateur, me montre son agenda].*
63 Tu vois, là, il y a les créneaux horaires, voilà. Alors, des fois, il y a des doublons parce que je
64 ne peux plus les mettre, parce que le logiciel, il me dit que j'ai atteint la limite. Voilà. Je mets,
65 je mets, je mets. Je force le planning. Voilà.

66 **Angeline** : D'accord.

67 **IDE Valérie** : Voilà. Et quand je les rajoute, ben, je les rajoute. Voilà. J'ai la main pour rajouter
68 à volonté, quoi ! Bon, quand le créneau horaire est pris, par exemple, je vais être là, et je mets :
69 patient viendra à 10h. Quand j'ai plus la place, peu importe, l'essentiel, c'est qu'il soit inscrit.
70 Et s'il ne l'est pas, ben voilà, je le mets.

71 **Angeline** : D'accord.

72 **IDE Valérie** : J'ai cette liberté-là. Voilà.

73 **Angeline** : Et vous accordez plus les soins le matin ? C'est toute la journée ?

74 **IDE Valérie** : Ah oui, moi, je travaille de 9h à 16h30.

75 **Angeline** : 9h-16h30. Tous les jours ?

76 **IDE Valérie** : Oui, oui. Du lundi au vendredi.

77 **Angeline** : D'accord.

78 **IDE Valérie** : Voilà, de 9h à 16h15, dernier rendez-vous, parce qu'après, s'ils sont en retard, le
79 temps de ranger, voilà. Je stoppe à 16h15.

80 **Angeline** : D'accord. Du coup, comment construisez-vous une relation de soins ?

81 **IDE Valérie** : Comment je la construis ? Eh bien, déjà, par l'accueil, déjà, la première fois. La
82 première fois, ben, on connaît pas le patient. On sait plus ou moins, par téléphone ou par les
83 secrétaires, qu'il vient pour telle raison, voilà. Et donc après, c'est les présentations, c'est
84 découvrir ce pourquoi il vient. Voilà, on découvre sa problématique.

85 Et puis, euh...la relation, elle commence par là. Tranquillement, doucement, on voit si le patient
86 est, comment dire, est rassuré ou pas, voilà. T'as des patients, ils sont hyper angoissés pour pas
87 grand-chose, pour moi, mais énorme pour lui. Donc, c'est expliquer, donner les explications en
88 temps et en heure, d'une façon claire et concise. Et là, la relation commence à s'établir.

89 Sinon, t'as des patients, ben, ils vont sur Internet, alors ils arrivent avec des préjugés, des a
90 priori, voilà. Donc, il faut repositionner les choses et aplanir les situations.

91 **Angeline** : D'accord, oui.

92 **IDE Valérie** : *[Sourire]*...Ça va ?

93 **Angeline** : *[Sourire]* ...Oui, oui, très très bien !

94 Avez-vous déjà vécu, du coup, une situation où la relation avec un patient a facilité, ou, au

95 contraire, a compliqué un soin ?

96 **IDE Valérie** : Alors, a compliqué un soin. Alors, par exemple, hier, ça l'a pas compliqué

97 hum...*[réfléchit]*...alors, comment t'expliquer ? Ben, ça m'a...j'étais en tension, sous tension.

98 Par exemple, hier, c'est tout frais. Euh...la patiente est arrivée à 9 heures. J'avais mis des

99 doublons, quoi ! Et je me suis dit, tiens, le premier qui arrive, c'est un patient pour lequel, tous

100 les deux mois, je fais des injections pour une maladie chronique.

101 Il était censé arriver à 9 heures. Et ça fait plus d'un an, je le vois arriver, toujours pile-poil.

102 Quand j'arrive à moins 5, moins 10, il est déjà là, dans ma salle d'attente. Donc, hop, je prends

103 ce patient.

104 Donc là, il y avait cette patiente qui était là, pour 9h15 en réalité. Elle était déjà là. Et j'ai dit,

105 tiens, monsieur n'est pas dans la salle d'attente. Bon, il est certainement en retard. Donc, j'ai pris

106 cette patiente. J'ai fait des soins sur une plaie très, très compliquée, sur une maladie auto-

107 immune. Et donc, je commençais à entendre vociférer, si je peux dire, un peu crier, élever la

108 voix, j'ai dit : « *Tiens, je reconnais la voix de mon patient, il a l'air très énervé !* »

109 Donc, en fait, ça m'a pris 25 minutes à peu près avec la dame. Et le monsieur était très énervé

110 quand je me suis approchée de lui à la salle d'attente. Euh...il ne comprenait pas pourquoi je ne

111 l'avais pas pris alors qu'il était là à 9h, j'ai dit : « *Mais non, vous n'étiez pas là à 9h, je n'allais*

112 *pas vous attendre les bras croisés, ce n'est pas grave !* »

113 « *Oui, mais moi, j'ai des produits qui devaient être au frais. Vous comprenez pas ! Vous*

114 *m'énerverez !* »

115 Très agressif, voilà, très violent.

116 Et j'ai dit : « *Ben écoutez, d'abord, pour vous rassurer, les produits, c'est pas grave, on n'est*

117 *pas à 40 degrés, on est quand même au mois de mars, il fait assez frais. Il n'y a pas de*

118 *problème !* »

119 La secrétaire m'avait demandé. Je lui ai dit, non, mais qu'il s'inquiète pas, tout va bien. Enfin,

120 ce n'était pas suffisant pour lui et il commençait à monter crescendo, je l'énervais.

121 Et là, je me suis dit : « *Ecoutez, si je vous énerve vraiment, vous avez la possibilité de repartir*

122 *chez vous, d'appeler une infirmière libérale. Vous baisser d'un ton parce que là, je ne pourrai*

123 *pas faire le soin dans cet état-là !* »

124 « *Du coup, bon, mais ça va, je me calme !* ».

125 Et là, il recommençait à s'énervé. Et là, j'ai dit : « *Non, vous allez sortir de ma salle de soin*
126 *parce qu'il est hors de question que je fasse le soin dans l'état où je suis et dans cette façon que*
127 *vous m'abordiez, quoi ! Vous êtes très énervé, vous me pointez du doigt et là, moi, ça ne me va*
128 *pas du tout. Voilà. Si vous estimez que vous êtes lésé, alors partez ! Partez ! Vous prendrez une*
129 *infirmière libérale et elle viendra peut-être à l'heure que vous souhaitez ! ».*

130 Je m'entends lui dire : « *Et si, vous trouvez un hôpital où il n'y a pas de délai d'attente, alors*
131 *allez-y ! »* Voilà.

132 Donc, il s'est calmé, j'ai fait le soin et il est parti. Mais j'avoue que là, pour moi, c'était
133 compliqué. Voilà. Compliqué dans le sens où je me suis dit que ce n'est pas juste. Voilà.

134 Il ne m'a pas insultée, mais les propos étaient violents dans sa façon de s'adresser à moi. C'était
135 la première fois qu'il était dans cet état. Et je me suis dit : « *Non, mais voilà, ce n'est pas*
136 *possible ! »*

137 Et je me suis dit que j'aurais pu dire, ben non, je suis trop énervée pour pouvoir... Bon, ce n'était
138 pas grand-chose.

139 **Angeline** : Oui, pour réaliser le soin.

140 **IDE Valérie** : Oui, réaliser le soin. C'était deux injections. Mais voilà, on est précautionnés, ça
141 va, tout va bien, je ne vous fais pas mal. Je lui ai dit tout ça, mais avec une certaine réticence
142 dans ma voix. Et je me suis dit, dans l'état que je suis, mais comment dire, euh... [*cherche ses*
143 *mots*] ...je voulais être bienveillante, mais ça n'allait pas avec mon état.

144 **Angeline** : Ça a mal commencé.

145 **IDE Valérie** : Ça a mal commencé, c'est sûr, mais ma bienveillance n'était presque pas sincère,
146 vu l'état où j'étais, voilà, d'énervement, voilà.

147 Donc, du coup, j'ai mis une traçabilité, les lots, tout ça, et je le regarde parce qu'il attendait. Je
148 lui ai dit : « *oui ? »*

149 Et il me dit : « *Ben, je veux mon prochain rendez-vous pour dans deux mois ! »*

150 Je lui ai dit : « *Ah, vous voulez un prochain rendez-vous ? »*

151 « *Eh ben, oui ! »*

152 « *Ok, d'accord ! »*

153 Donc, j'ai rien dit, voilà, je lui ai donné le prochain rendez-vous, voilà, pour dans deux mois.
154 Et j'avoue que je me suis dit, ben, j'ai mis un moment avant de redescendre, quoi !

155 Après, ma journée...

156 **Angeline** : Oui, après, avec les autres patients...

157 **IDE Valérie** : *[Interrompt]* Non, non, c'était bien ! voilà ! Après, je suis passée à autre chose
158 dès qu'il a franchi la porte de ma salle de soins, mais j'avoue que c'était difficile pour moi d'être
159 bienveillante. Je me suis forcée à l'être. Voilà, je me suis forcée à l'être. Je me suis dit, ben, ça
160 sonne faux, tout ce que je lui dis, il doit bien sentir mon énervement, quoi !

161 **Angeline** : D'accord.

162 **IDE Valérie** : *[Sourire]* Voilà ! C'était d'hier, hein, y'a pas longtemps !

163 **Angeline** : Oui, c'est tout frais...*[rire]*.

164 Du coup, qu'est-ce qui vous a motivée à l'obtention de cette spécialisation ? Est-ce qu'il y a, du
165 coup, une situation particulière qui a influencé cette décision ?

166 **IDE Valérie** : Alors, euh...spécialisation, euh... j'en ai deux, de spécificités. J'ai la partie plaies
167 et cicatrisation et la partie stomathérapie.

168 Alors, ce qui m'a motivée, ben déjà, pour les plaies, ben c'est que j'avais cette sensibilité. Je suis
169 infirmière et je me considère comme, déjà, un pur produit du monde hospitalier et j'adore la
170 technicité, déjà. Moi, j'aime bien mettre, si je peux dire, les mains dans le cambouis, quoi !

171 J'aime bien, j'ai toujours aimé, voilà, faire les soins de plaies, les pansements, réaliser les soins.
172 Alors, tout ce qui est après administratif, bien sûr qu'on est obligés de le faire, mais ça prend
173 énormément de temps. Et moi, j'ai toujours favorisé ce temps-là des soins, voilà.

174 Et j'adorais, donc, prendre en charge cette plaie. Et donc, beaucoup de médecins, à l'époque,
175 bon, ils sont partis à la retraite.

176 « *Qu'est-ce que tu mettrais comme protocole sur cette plaie-là ? Tout ça... !* »

177 « *Ben, moi, je fais ça, ça, ça et ça !* »

178 « *Ok !* »

179 Et un jour, il y en a un d'entre eux qui dit : « *Mais pourquoi tu fais pas ton D.U. plaies et*
180 *cicatrisation ?* »

181 Je lui dis : « *Ben, pourquoi tu me demandes ça ?* »

182 « *Ben, parce qu'on voit bien que tu t'intéresses d'une manière naturelle à ça !* ».

183 Je lui dis : « *Ouais, c'est vrai, c'est pas faux !* »

184 Et du coup, je me suis dit, oui, pourquoi pas. Donc, je me suis intéressée à la formation et je me
185 suis dit, c'est sûr que ça donnerait de l'expérience, quoi, une connaissance que je n'avais pas
186 encore, voilà. Je te la fais courte, hein !

187 Et en ce qui concerne la stomathérapie, ben, nous avons une stomathérapeute, euh...il y a très
188 longtemps. Et du coup, ben, elle est passée à mi-temps. Puis après, son poste, ben, il a été

189 supprimé. Et pour des raisons économiques, tu sais, l'ARS, ils ont transformé son poste pour de
 190 l'addictologie. Enfin, bref, ce sont des choix structurels. Et puis, du coup, elle est partie ailleurs.
 191 Et il y avait un énorme manque de spécificité. Et voilà. Donc, du coup, un autre médecin m'a
 192 dit : « *Mais pourquoi tu ne fais pas la stomathérapie puisque tu as fait la plaie ?* »
 193 Je lui dis : « *Ouais, c'est sûr que ça complèterait le tout !* »
 194 « *Tu sais, il y a beaucoup de manques* ».
 195 Et du coup, j'avais dit à une collègue : « *Ça ne t'intéresse pas toi ?* »
 196 Elle me dit : « *Non, non, vas-y ! Fais-le !* ».
 197 Du coup, je suis partie faire la formation. Voilà.
 198 **Angeline** : D'accord.
 199 **IDE Valérie** : Je ne le regrette pas parce que je me dis que nous ne sommes pas nombreuses et
 200 il y a beaucoup de manques. Et quand les patients arrivent et qu'il y a des problèmes, je me dis,
 201 mais heureusement que je suis là ici pour lui, maintenant. Mais je me dis...[souponne]...il
 202 manque des postes, quoi, de...de...de...de formation.
 203 **Angeline** : Oui, c'est sûr !
 204 **IDE Valérie** : C'est pas suffisant !
 205 **Angeline** : Du coup, pour vous, qu'est-ce que l'expertise infirmière ?
 206 **IDE Valérie** : L'expertise infirmière...[réfléchit]...alors, que te dire ? L'expertise infirmière,
 207 c'est quelque chose qui s'acquiert tout au long, et de tes journées, de tes jours et des mois qui
 208 passent. Et bien que tu aies ton diplôme, euh...ton expertise, elle va s'affiner par une
 209 problématique que tu as rencontrée, par exemple. Et que cette problématique, tu vas la traiter
 210 de telle manière.
 211 Et plus tard, euh...comment expliquer ? Et plus tard, tu vas t'en resservir. Tu dis : Ah ! je me
 212 souviens d'une fois, je m'étais comportée comme ceci ou comme cela face à cette plaie, face à
 213 ce patient, ça n'avait pas marché, peut-être en faisant... Tu l'as construite, cette expertise. Tu
 214 l'as construite au fur et à mesure de ce que tu rencontres.
 215 **Angeline** : Du coup, l'expérience, du coup, sur le terrain.
 216 **IDE Valérie** : Eh oui ! L'expérience, oui, sur le terrain, l'expérience, oui, oui, oui, tu peux dire
 217 ça comme ça, l'expérience !
 218 Et même aujourd'hui, je pense que j'ai encore beaucoup à découvrir sur certaines situations
 219 problématiques. Après, la science, elle est tout le temps là à découvrir les choses qui viennent
 220 t'apporter ce à quoi tu as eu une difficulté un jour. Voilà, mais bon, c'est...ouais ! [Sourire].

221 **Angeline** : Du coup, comment mettez-vous en œuvre votre expertise dans votre pratique ?

222 **IDE Valérie** : Alors, comment je mets en œuvre...*[réfléchit]*.

223 **Angeline** : Du coup, oui, comment l'expertise infirmière, elle est mobilisée dans votre pratique

224 quotidienne ?

225 **IDE Valérie** : Alors moi, je vais être pratico-pratique.

226 Je reçois le patient et, avant tout, je vais décliner la clinique. Voilà, déjà, ce que je vois, ça va

227 pas tomber du ciel. Voilà, ce que je vois, par exemple, je vais situer la blessure

228 géographiquement, je vais donner un stade s'il y a un stade. Voilà. Je vais donner, euh...s'il y

229 a de l'odeur, de l'exsudat. Je vais mettre la clinique, je vais en faire le portrait, portrait de ta

230 plaie ou de la stomie.

231 Et à partir du portrait, je vais mettre mes objectifs. Parce que si, par exemple, je te donne un

232 exemple. J'ai beaucoup de fibrine, de l'exsudat, machin, mon objectif, ma petite problématique,

233 elle est en train d'émerger. Ben, je vois que j'ai la fibrine, mon objectif, je vais enlever la fibrine.

234 Et à partir de là, je vais mettre la conduite à tenir et je vais mettre mon protocole de soin. Et ça

235 sera mon protocole de soin. Voilà comment je mets en pratique.

236 Je vais écrire mon protocole de soin pour le patient, sous forme de compte rendu, ou sur Easily,

237 sur notre logiciel, à portée de tout le monde. Voilà !

238 **Angeline** : D'accord.

239 **IDE Valérie** : Ça te va ?

240 **Angeline** : Oui, oui, très bien ! Qu'est-ce que serait pour vous le soin idéal ?

241 **IDE Valérie** : *[Réfléchit]* Euh...est-ce qu'il y a un soin idéal ? ... *[Le téléphone sonne]*.

242 Excuse-moi !

243 **Angeline** : Pas de souci ! ... *[elle répond au téléphone]*.

244 *[2 minutes plus tard, l'entretien reprend]*.

245 **Angeline** : Du coup, oui, qu'est-ce que serait pour vous le soin idéal ?

246 **IDE Valérie** : Alors, le soin idéal, waouh, waouh, waouh...*[sourit]*...ça, c'est l'absolu de

247 l'infirmière, je ne sais pas si ça existe hein ! Moi, franchement, j'en sais rien.

248 Euh...il faut voir, après le patient, ce qu'il a ressenti et, à la fin de ses soins, s'il a été satisfait.

249 L'idéal, je ne sais pas...je sais pas ce que ça veut dire ! *[Sourire]* Franchement, je sais pas !

250 Le soin idéal, c'est le soin où il n'y a pas de complications, où l'issue elle est rapide, on va dire.

251 L'issue est rapide et favorable, ok ? Et que le patient soit satisfait de cette prise en charge, tant

252 au niveau douleur, comportement, relation.

253 Le soin idéal, je ne sais pas... L'idéal, selon moi ? selon lui ? je ne sais pas !

254 **Angeline** : Selon vous, du coup ?

255 **IDE Valérie** : Selon moi ? Euh...l'issue rapide, par exemple.

256 Sur la cicatrisation, allez, on va être terre à terre. Et ben, une plaie complexe, par exemple,

257 qu'on m'annonce :

258 « *Ouais, c'est complexe, ça fait un an que ça dure !* ».

259 Je dis : « *Ouh la la ! Qu'est-ce que je vais faire moi ? ça fait déjà un an ! Qu'est-ce que je vais*

260 *pouvoir bien faire ?* »

261 J'analyse.

262 Qu'est-ce qui s'est passé ? Pourquoi ? Quels protocoles vous avez eus ? Et je me dis, ben, le

263 soin idéal, c'est que ça ferme rapidement, tu vois ? Mais je suis pas magicienne. Voilà ! Donc

264 l'idéal, que ça se passe vite ! ... [*s'esclaffe de rire*] ...,que ça se résout vite !

265 **Angeline** : Et du coup, est-ce que cela vous est déjà arrivé de réaliser un tel soin ? Du coup, le

266 soin idéal que vous décrivez.

267 **IDE Valérie** : Oui, oui, oui ! Oui, oui, oui !

268 Des patients, euh...par exemple, qui avaient des énormes fistules, et qui ont perduré, perduré

269 et en lien avec des infirmières libérales, on faisait des soins un peu compliqués, génito-anal, et

270 ça a duré, hein.

271 Du coup, les infirmières libérales venaient pour voir comment on faisait avec la chirurgie, et on

272 a mis, je ne sais pas, presque 7-8 mois, et la fistule s'est résorbée.

273 Et du coup, je me dis : « *Ah ben dis-donc, ça, alors !* »

274 C'était compliqué, mais finalement...euh... c'est un soin idéal. Alors, je ne sais pas si je peux

275 dire, si je le mélange avec de la satisfaction, parce que si ça se trouve, je suis en train de te

276 parler de la satisfaction.

277 **Angeline** : Oui, mais bon ! En quelque sorte, c'est ça le soin idéal !

278 **IDE Valérie** : En quelque sorte, le soin idéal, c'est qu'on était en corrélation, en collaboration

279 avec des infirmières, des infirmiers, enfin une équipe d'infirmiers libéraux. Ils étaient un peu en

280 panique par rapport aux soins qu'on décrivait, parce que de l'écrire, c'est une chose, de le voir,

281 ça en est une autre.

282 Et du coup, on m'avait dit : « *Venez, et on vous montre !* »

283 Et du coup, c'est bien, parce qu'il y a une franche collaboration et d'entente, d'échange, pour

284 aboutir à la guérison, en fait. Voilà...

285 Donc oui, c'est une situation, je vais dire, des situations de soins idéales. Une situation, c'est un
 286 ensemble.

287 **Angeline** : Très bien ! merci ! Selon vous, qu'est-ce qui est important pour qu'un soin soit de
 288 qualité ?

289 **IDE Valérie** : Pour moi, un soin de qualité, je pense que euh...enfin...c'est un ensemble, quoi !
 290 Il faut prendre le temps d'analyser la situation ! Enfin...observer, comprendre le problème,
 291 euh...adapter le protocole en fonction de ce qu'on voit, quoi !

292 Euh...la relation est très importante aussi, parce qu'on ne soigne pas juste une plaie ou une
 293 pathologie, on soigne une personne, un être humain ! Donc voilà, on explique, on rassure, on
 294 prend le temps... quand c'est possible, bien sûr...[sourire].

295 Après, ça arrive que desfois, j'ai pas trop le temps mais j'essaie toujours de faire au mieux pour
 296 que le soin se passe dans de bonnes conditions. Et puis, euh..., le but du soin, c'est quand même
 297 que le patient soit soulagé et satisfait du soin. Voilà... enfin moi c'est comme ça que je vois les
 298 choses. [Sourire]. Ça répond à votre question ?

299 **Angeline** : Oui, oui très bien ! Du coup, selon vous, la présence d'une infirmière experte peut-
 300 elle changer la qualité du soin ? Et si oui, pourquoi ?

301 **IDE Valérie** : Ah ben oui ! Elle peut changer la qualité, parce qu'on va, en principe, on va
 302 donner une expertise qui fait qu'on va essayer de choisir un protocole plus adapté qu'il ne l'est
 303 instauré.

304 Par exemple, si j'ai des infirmières, elles ont affaire à une plaie pour laquelle elles pataugent un
 305 peu, elles n'arrivent pas à s'en sortir, ou le médecin traitant, ça fait quelques mois, donc ils sont
 306 un peu la tête dans le guidon, ils ont plus de recul sur ça. Donc, le fait d'avoir recours à une
 307 infirmière experte, euh...on pose les choses, on redéfinit la clinique, on part toujours de la
 308 clinique, du point de départ, pour pas s'éparpiller. Et du coup, on essaye de faire le constat de
 309 ce qui a marché et pas marché, et puis après, ben, ça rassure tout le monde, et le patient,
 310 puisqu'on repose les choses, on se dit on va pas se bousculer. Je suis toujours pratique, je te dis
 311 là, de dire on ne va pas changer le protocole tous les deux jours. Je préviens tout le monde, ce
 312 n'est pas le but, parce qu'on se précipite : Ah ça marche pas ! On se donne le temps, et une ligne
 313 conductrice pour tout le monde : pour moi, pour le patient, pour son entourage et pour son
 314 équipe, s'il a une équipe libérale.

315 **Angeline** : D'accord.

316 **IDE Valérie** : Donc, c'est en ça...c'est quoi le début de la question ?

317 **Angeline** : C'était la présence d'une infirmière experte, est-ce qu'elle peut changer la qualité du
318 soin ?

319 **IDE Valérie** : Elle peut changer, puisqu'on va arrêter de changer les protocoles, de se perdre,
320 et voilà, car une plaie au-delà, je crois, de 6 semaines, je ne sais plus, elle devient chronique.
321 Donc, qui dit chronique, dit ben, que ça va compliquer certaine situation.

322 **Angeline** : D'accord.

323 **IDE Valérie** : Voilà. *[Sourire]*.

324 **Angeline** : Merci...*[Sourire]*...Souhaitez-vous partager une situation marquante, en lien avec
325 la relation soignant-soigné, l'expertise, ou la qualité du soin ?

326 **IDE Valérie** : Alors, ...*[rire]*... un pied diabétique chez une personne. C'est tout bête, ce que
327 je vais te dire, hein ! J'ai mis beaucoup de temps avec le pied diabétique. Tu sais que c'est très
328 compliqué, le patient diabétique, il a déjà un profil à part, très, très, très compliqué, et des plaies
329 difficiles à se cicatriser.

330 Donc une dame, on lui a amputé l'orteil, enfin pas l'orteil, mais la première phalange. euh...pas
331 ici, elle avait opéré sur Marseille, et donc là, je faisais son suivi régulier, et bon, ça compliquait
332 parce que voilà, elle marche. C'est une prise en charge, euh...ben...elle avait une infirmière à
333 la maison, et moi, je la voyais une fois dans la semaine, pour un peu voir, rectifier s'il y avait
334 des choses. Et donc, cette prise en charge, elle a duré trois, quatre mois, jusqu'à la fermeture, et
335 elle me disait :

336 « *Véronique, je t'apporterai le couscous !* »

337 Je lui dis : « *Non, on ne va pas faire ça !* » ... *[s'esclaffe de rire]*.

338 « *Je te promets que je t'apporte le couscous, tu me dis dès que c'est fini !* »

339 Je dis : « *Mais non, on ne va pas faire ça comme ça, enfin quand-même !* »

340 Et puis du coup, je lui dis : « *Mais on a fini les soins !* »

341 « *Bon, alors combien vous êtes, je vais amener le couscous telle date !* »

342 Voilà, une petite situation, qui m'a marquée, parce que voilà, sur la relation soignant-soigner,
343 complètement, voilà, parce que les choses étaient passées bien entre nous, confiance. Elle a eu
344 des moments très, très, très, très bas.

345 Elle a dit : « *Est-ce qu'on va s'en sortir, je vais perdre mon orteil dans sa totalité ?* »

346 Elle était très inquiète, donc, c'est une psychologie à part, enfin à part, ils sont tous à part, je te
347 dirais, c'est pas ça !

348 « *Mais non ! On va y arriver, ne vous inquiétez pas !* »

349 Encore, je me lance dans quelque chose où je n'ai pas le droit, mais bon...de dire :
 350 « Ça va, ça va aller ! »

351 Mais bon, je me voulais être rassurante, et du coup, voilà, donc elle avait des complications à
 352 la maison, voilà, une enfant handicapée, et donc, voilà, tout ça, c'était peut-être rassurant pour
 353 elle, et voilà, on a un bon échange, voilà, sur un pied, une plaie, sur un pied diabétique, un peu
 354 compliqué, et quand elle passe, pour X ou, elle vient, hop, elle m'embrasse...[rire]...

355 Voilà, c'est : « *Voilà, comment ça va ? Ça va bien ? Ça va bien les pieds ?* »
 356 « *Ça va bien les pieds !* »

357 Voilà, bon, après, ils savent qu'ils peuvent venir, s'il y a un problème, ils viennent, et on regarde,
 358 comme je leur dis, il vaut mieux venir pour rien, que venir trop tard, pas trop tard, mais quand
 359 la situation se complique.

360 **Angeline :** D'accord. Est-ce que vous voulez ajouter un élément à cet entretien, du coup ?

361 **IDE Valérie :** [Sourire] Qu'on fait un bon métier, voilà !

362 Il est pas facile, et plus ça va, plus il va se compliquer, surtout dans les soins. Moi, j'ai la chance
 363 d'être à temps plein ici. Je peux m'occuper de mon patient, là, sur un créneau donné et je peux
 364 me consacrer entièrement à lui, tu vois, faire les courriers, pour pas s'en occuper trop tard, pour
 365 les protocoles, pour les infirmières, donc, j'ai cette chance, que cette paperasse, tout ce côté
 366 administratif, euh...je peux l'intégrer dans mon temps, alors que dans les services, ça devient
 367 de plus en plus compliqué pour faire tous ces soins. Moi, le cœur de mon métier, c'est les soins,
 368 et donc, ces spécificités me donnent l'occasion et l'opportunité de faire ça. C'est comme une
 369 libérale, ici, à la maison, mais ici, avec tout le confort, et je me régale, voilà. On a un beau
 370 métier, on touche beaucoup de personnes, de tous les mondes, les milieux sociaux, culturels,
 371 tous soins, c'est un métier, voilà. Il y a beaucoup d'infirmières qui lâchent, qui décrochent, mais,
 372 voilà, ça va être de plus en plus compliqué, je sais, je dis beaucoup le mot compliqué, je ne sais
 373 pas si tu as remarqué...

374 **Angeline :** [Sourire]...Oui, oui !

375 **IDE Valérie :** Voilà, mais j'adore mon métier, voilà, même s'il y a cette complication, beaucoup
 376 de dimensions, euh...complexes, j'ai changé...[sourire]...voilà.

377 **Angeline :** [Rire] Oui, d'accord.

378 **IDE Valérie :** Mais moi, je leur dis aux filles : « *Allez-y, dans les D.U. c'est très intéressant !* »
 379 Et puis, pas que sur les plaies, hein ! Pas que sur la stomathérapie. On a la chance d'avoir une
 380 panelle de diplômes universitaires et, euh, qui ouvrent, qui ouvrent les chambres possibles, hein,

381 évidemment, dans la prise en charge du patient, oui, des soins de, de qualité, ben, on essaye de
382 se...voilà, qu'il soit de qualité, et, ben, pour le... pour le confort du patient, hein, et, voilà. On
383 essaye de se battre pour maintenir cette qualité.

384 **Angeline** : Oui.

385 **IDE Valérie** : Eh oui ! Pour la maintenir, c'est très important, parce que le patient, euh, ouais,
386 il est, ouais, je, ouais, ils sont là, ils te sont...comment dire...[cherche ses mots]...redevables,
387 je dis : « *Non, mais c'est bon !* »
388 « *Ah, vous êtes gentille !* »
389 Je dis : « *Oui, ben, écoutez, gentille ! pourvu qu'on soit efficaces !* », voilà. Pour nous qu'on soit
390 efficaces, voilà.

391 **Angeline** : Ben, en tout cas, je vous remercie beaucoup.

392 **IDE Valérie** : Ben, je ne sais pas si je t'ai apporté ce que tu cherchais.

393 **Angeline** : [Sourire] Si, si, c'est parfait ! Merci beaucoup.

394 **IDE Valérie** : [Sourire] Voilà.

Entretien 4 réalisé le 20 mars 2026 avec IDE Anaé

Service Médecine / SMR

(Durée : 11 minutes 34 secondes)

- 1 **Angeline** : *[Sourire]* Alors bonjour !
- 2 **IDE Anaé** : *[Sourire]* Bonjour !
- 3 **Angeline** : Pouvez-vous vous présenter ?
- 4 **IDE Anaé** : Alors oui, Anaé, obtention du diplôme en 2019. Euh...du coup, je suis en exercice
- 5 en médecine SSR depuis septembre 2019. Euh...j'ai fait plusieurs formations, notamment les
- 6 formations de plaies et cicatrisation, dont une formation en accéléré l'année dernière et une
- 7 formation sur 3 jours en 2024. Voilà. Et du coup, je suis plus ou moins la référente du service,
- 8 euh...d'un point de vue plaies et cicatrisation.
- 9 **Angeline** : D'accord ! Du coup, quelle est la spécificité de votre activité quotidienne
- 10 infirmière ?
- 11 **IDE Anaé** : Alors, nous, du coup, on est en 12 heures. On est sur une plage horaire de 7 heures
- 12 à 19 heures. Euh...le matin, on arrive, on fait un peu le point sur la relève de la veille, les
- 13 quelques transmissions. Après, on a le tour des traitements en même temps que le tour des
- 14 petits-déjeuners au niveau AS.
- 15 Ensuite, on fait une relève avec le médecin, la secrétaire. Et après, vient le moment des
- 16 pansements en même temps que les AS font leurs soins quotidiens. On est au pansement.
- 17 Puis après, on a donc la distribution... enfin, les entrées à gérer entre... Oui, en général, les soins
- 18 se font quand même le matin. On essaie. Après, on a les entrées qui peuvent arriver soit en fin
- 19 de matinée ou dans l'après-midi.
- 20 Euh...ensuite, donc, on a le tour des traitements de midi. Et l'après-midi, on gère un peu tout
- 21 ce qui est papiers, les quelques pansements qu'on n'a pas eu le temps de faire le matin. Puis
- 22 après, les entrées à peaufiner et clôturer. Et ensuite, le tour des traitements du soir et la relève.
- 23 **Angeline** : D'accord ! Du coup, comment construisez-vous une relation de soins ?
- 24 **IDE Anaé** : Alors, en général, pour moi, une relation de soins, ça se construit autour de la
- 25 communication, qu'elle soit verbale ou non-verbale.
- 26 Euh...et puis, instaurer, voilà, un climat de confiance pour avoir vraiment une relation soignant-
- 27 soignée qui soit agréable et qui permette de faire des soins de qualité.

28 **Angeline** : Merci ! Avez-vous déjà vécu une situation où la relation avec un patient a facilité
29 ou au, contraire, a compliqué un soin ?

30 **IDE Anaé** : Alors oui, ça peut arriver parce que donc, du coup, en SSR médecine, on balaye
31 quand même plusieurs types de pathologies.

32 Et moi, par exemple, c'est surtout au niveau des troubles comportementaux que je trouve que
33 c'est un peu compliqué d'avoir une relation avec le patient qui faciliterait, du coup, nos soins.
34 Dans le sens où, des fois, ça peut être des troubles au niveau de la démence ou plus au niveau
35 psychiatrique et du coup, ça peut mettre un frein à la prise en charge.

36 Et au contraire, après, oui, des relations où le patient est conciliant, arrive à nous faire confiance
37 parce qu'il sait que bon, on est là pour lui apporter des bons soins et essayer d'arriver sur quelque
38 chose qui serait plus bénéfique encore pour lui.

39 Bon, ça facilite davantage les soins.

40 **Angeline** : D'accord. Du coup, qu'est-ce qui vous a motivée, alors, à l'obtention de cette
41 spécialisation ? Du coup, pour vous, elle est en cours, mais du coup, à être référente, on va dire,
42 en plaies et cicatrisesations.

43 Est-ce que justement, il y a une situation particulière qui a influencé cette décision ?

44 **IDE Anaé** : Alors, il n'y a pas forcément une situation en particulier, mais c'est que bon ben
45 voilà, pendant l'obtention du diplôme, on a très peu de cours et si on n'est pas passé sur des
46 stages où on a vu beaucoup de pansements, c'est souvent qu'en service, on a une difficulté
47 derrière où on se pose un peu des questions, on ne voit pas forcément d'évolution sur une plaie,
48 on change le pansement peut-être trop souvent, etc. Donc, c'est ça qui m'a amenée à vouloir me
49 spécifier et en fait, on a, nous, notre cadre qui a donc le D.U. et qui souvent, c'était notre
50 référente et du coup, elle a pu nous apporter beaucoup et c'est vrai qu'avec cette formation, on
51 est quand même de nouveau dans la clinique, dans la pratique vraiment technique et du coup,
52 c'est plus facile quand on a ce genre de formation.

53 **Angeline** : D'accord. Du coup, pour vous, qu'est-ce que l'expertise infirmière ?

54 **IDE Anaé** : Alors, qu'est-ce que l'expertise infirmière ? C'est le fait de pouvoir apporter nos
55 connaissances et nos savoirs de par l'expérience, de par les formations qu'on a faites ou alors
56 même un protocole qu'on aurait mis en place en service et qui a fonctionné ou non fonctionné,
57 la réévaluation de chacun de nos protocoles ou de nos façons de faire et du coup, c'est ça qui
58 permet d'avoir des soins plus qualitatifs.

59 **Angeline** : D'accord. Comment mettez-vous en œuvre votre expertise dans votre pratique ?
60 C'est-à-dire, en fait, dans votre pratique quotidienne, comment votre...

61 **IDE Anaé** : *[Interrompt]* Eh bien, avec la communication verbale déjà, beaucoup,
62 euh...essayer de vraiment avoir cette relation soignant-soigné qui est pérenne et qui est sereine.
63 On essaie d'avoir quand même toujours le consentement du patient, de savoir s'il a compris ce
64 qu'on allait faire, etc. Après, c'est vrai qu'avec l'expérience qu'on a, on peut vite voir, bon ben,
65 s'il y a une dénutrition, s'il y a voilà, une cicatrisation qui se met en place et pour laquelle on a
66 un protocole qui évolue bien. Euh...donc, voilà !

67 Euh... *[réfléchit]*...après, c'est en équipe aussi, on réfléchit souvent en équipe, on essaie d'avoir
68 l'aval du cadre ou de demander à la collègue, bon, comment elle, elle a fait et pourquoi. Voilà,
69 c'est un travail en équipe en général quand même.

70 **Angeline** : D'accord. Qu'est-ce que serait pour vous le soin idéal ?

71 **IDE Anaé** : *[Sourit]* Alors, le soin idéal, ça serait d'avoir le temps, d'avoir l'œil du médecin,
72 d'avoir l'œil de vraiment la référente, pour le coup, plaies et cicatrisation. Peut-être une collègue
73 parce que nous, on est seules en poste, ça je ne l'ai pas cité, mais on est seules en poste, donc
74 peut-être le coup d'œil d'une collègue et d'avoir son avis, savoir si on voit les mêmes choses.
75 Euh... pouvoir le faire en même temps que les soins du matin, admettons, qu'on ait le temps
76 vraiment d'utiliser tous nos matériels comme il faudrait, euh... de pouvoir évaluer à chaque fois
77 nos soins. Voilà, que le patient soit détendu, en confiance, pas entre vite la toilette et le kiné.
78 Euh...voilà, ça serait idéal !

79 **Angeline** : Du coup, est-ce que cela vous est déjà arrivé de réaliser un tel soin ?

80 **IDE Anaé** : Alors, ça arrive. C'est pas souvent, mais ça peut arriver, notamment les week-ends
81 où on sent que même le patient, vu qu'il y a moins de passage dans les couloirs, tout ça, est un
82 peu plus détendu.

83 Ils sont moins pressés pour aller à la kiné parce que nous, il n'y a pas de kiné le week-end. Donc
84 ça peut arriver. Ce n'est pas la majorité des soins quand même.

85 **Angeline** : D'accord. Selon vous, qu'est-ce qui est important pour qu'un soin soit de qualité ?

86 **IDE Anaé** : Eh bien...*[réfléchit]*..., d'avoir le bon matériel, c'est-à-dire là, sur des pansements,
87 les bons pansements. Euh...D'avoir un patient qui comprend ce qu'on est en train de lui faire et
88 le pourquoi.

89 Et puis, pour ce soit de qualité, ben avoir une bonne relation, un bon échange, une bonne
90 communication, qu'elle soit verbale ou non verbale avec le patient.

91 **Angeline** : Du coup, selon vous, la présence d'une infirmière experte peut-elle changer la
92 qualité du soin ? Et si oui, pourquoi ?

93 **IDE Anaé** : Alors, je pense que le fait d'avoir une infirmière experte, donc là plutôt en plaies,
94 peut améliorer la qualité, peut-être, et la facilité à cicatriser. Après, sur la qualité du soin en
95 général, je pense pas que ça ait vraiment un impact.

96 Le fait est qu'on puisse avoir une relation soignant-soigné, qu'on puisse être à l'aise et savoir
97 sur quel protocole on va partir. Mais après, je pense que le D.U. ou vraiment l'expertise, même
98 sur la globalité du soin, elle va plus apporter sur la technicité que sur la globalité et la prise en
99 charge dans la globalité du patient, que ce soit la douleur, jusqu'à sa technique et l'évolution.

100 **Angeline** : Oui, pour vous, en fait, une infirmière qui n'a pas le D.U. peut amener la même
101 relation qu'une infirmière experte.

102 **IDE Anaé** : La même relation, oui. Moins, peut-être, sur la technicité et sur les nouveaux
103 pansements et les protocoles. Mais pour ce qui est du bon soin, en effet, oui.

104 C'est pas parce qu'elle sera experte qu'elle fera un meilleur soin global qu'une infirmière simple.

105 **Angeline** : D'accord. Souhaitez-vous partager une situation marquante en lien avec la relation
106 soignant-soigné, l'expertise ou la qualité du soin ?

107 **IDE Anaé** : Euh...oui, nous, on a un patient qui est venu donc à deux reprises.

108 Au début, donc c'est un patient diabétique artéritique. Euh...au début, on le prenait en charge
109 pour une momification des premiers orteils de chaque pied avec des grosses douleurs. Donc,
110 c'était vraiment un soin pénible, et pour lui et pour nous, parce qu'il y a énormément de douleurs.

111 Puis, on a pu mettre en place des antidouleurs qui correspondaient, etc.

112 Et puis, la relation s'est faite parce qu'il revenait de Marseille où il disait que ce n'était pas bien
113 passé. Mais bon, il y avait plus de monde, etc. Et on a pu instaurer une relation soignant-soigné
114 de qualité.

115 Et du coup, les pansements se passaient très, très bien. Et puis, finalement, il y a eu amputation
116 quand même. Il est revenu, ce monsieur, et on a une très bonne évolution sur ses pansements.

117 Et du coup, il est très content. Et voilà, à chaque fois qu'on rentre dans la chambre, il n'y a pas
118 de climat de stress ou d'angoisse qui s'installe pour le pansement. Il est très détendu. Et voilà,
119 ça se passe toujours bien.

120 **Angeline** : D'accord ! Du coup, voulez-vous ajouter un élément à cet entretien ?

121 **IDE Anaé** : Non, pas particulièrement. *[Sourire]* Merci d'être venue. Très intéressant !

122 **Angeline** : *[Sourire]* Merci à vous d'avoir participé à une partie de mon mémoire.

Annexe V : Grille d'analyse

Grille d'analyse des entretiens pour le concept de la relation soignant-soigné dans le soin :

	<i>Sous partie</i>	<i>Entretien 1 : IDE Aurélia</i>	<i>Entretien 2 : IDE Céline</i>	<i>Entretien 3 : IDE Valérie</i>	<i>Entretien 4 : IDE Anaé</i>
La relation soignant-soigné dans le soin	Perception de la relation soignant-soigné par le soignant	« Je suis obligée d'avoir un minimum de lien avec le patient [...] » (1.40) « Avoir finalement son approbation et pouvoir aller plus loin [...] » (1. 41) « Il faut être assez douce, discrète, et créer une relation de confiance tout en étant en raccord avec les soins qu'on va lui prodiguer [...] » (1.44-45) « Il faut être attentive au regard du patient et aux sons [...] » (1. 46)	« La confiance va être primordiale dans ma prise en charge [...] » (1.131) « J'essaye d'avoir l'attention du patient et de créer une relation de confiance [...] » (1.134) « C'est important, d'expliquer, ben pourquoi on est là, ce qu'on va y faire et de réexpliquer très souvent ce qui a été dit [...] » (1.139) « Souvent, le patient va plus s'adresser à nous derrière » (1.142)	« Déjà, par l'accueil, déjà la première fois [...] » (1.81) « C'est les présentations, c'est découvrir ce pourquoi il vient [...] » (1.83-84) « On découvre la problématique [...] » (1.84) « C'est expliquer, donner les explications en temps et en heure, d'une façon claire et concise » (1.87-88)	« Une relation de soins, ça se construit autour de la communication, qu'elle soit verbale ou non-verbale [...] » (1.24-25) « Instaurer [...] un climat de confiance » (1.26)

		« Avoir l'oreille un peu surdéveloppée : une respiration qui s'accélère, une crainte, un inconfort [...] » (1. 48) « Je fonctionne plus avec l'écoute [...] » (1.49) « Le soin [...], ça ne marche pas tout seul [...] » (1.51) « Il y a un consentement à avoir du patient » (1.52)			
	Influence de la relation soignant-soigné sur le déroulement du soin	« Les patients, finalement prennent sur eux comme s'ils faisaient quelques efforts [...] » (1.58-59) « Quand on est attentive à leur ressenti, à leur douleur, ils ont plus tendance à dire : « ça fait mal, mais il faut y aller, il faut bien nettoyer, on y va ! » [...] » (1.59-61)	« On a des patients qui sont en refus de soins ou qui veulent qu'on les laisse tranquilles. Donc, nous voir arriver, ça va être une énième équipe supplémentaire, une énième personne [...] » (148-150) « Ça peut même impacter sur nous en se disant [...] qu'on sait que ça va être	« Monsieur était très énervé [...] » (1.109) « Très agressif, très violent [...] » (1.115) « Ma bienveillance n'était presque pas sincère [...] » (1.145) « C'était difficile pour moi d'être bienveillante. Je me suis forcée à l'être » (1.158-159)	« C'est surtout au niveau des troubles comportementaux que je trouve que c'est un peu compliqué d'avoir une relation [...] » (1.32-33) « Troubles au niveau de la démence ou plus au niveau psychiatrique [...] ça peut mettre un frein à la prise en charge [...] » (1.34-35)

		« On fait une équipe car moi je suis obligée aussi. On reste des humains. Lorsque je sens de la souffrance, de l'angoisse en face, j'ai tendance à absorber un petit peu [...] (1.61-63) « Le même chemin tous ensemble [...] (1.66) « Difficultés de prise en charge quand notamment on a des patients qui ont des pathologies psychiatriques. Là, tout est faussé. Ça demande de nous adapter [...] (1. 67-70) « Il faut réussir à accepter certaines limites sur ces patient psy » (1.72)	compliqué [...] » (1.151-152) « Ça peut impacter sur notre rapport avec ce patient-là [...] » (1.156-157) « Il y a des patients, ça passe plus ou moins bien [...] » (1.158) « On se projette [...] » (1.161) « Un transfert [...] » (1.164) « Il y a des gens chez qui, ben, je sais pas pourquoi, on va avoir plus de patience, plus d'affect aussi, on va être plus touchée, ou des patients qu'on voit depuis des années [...] » (1. 167-168) « Notre approche, elle sera encore différente [...] » (1.170-171)		« Et au contraire [...] des relations où le patient est conciliant, arrive à nous faire confiance » (1.36)
--	--	--	--	--	---

Grille d'analyse des entretiens pour le concept de l'expertise infirmière :

	Sous partie	<i>Entretien 1 : IDE Aurélia</i>	<i>Entretien 2 : IDE Céline</i>	<i>Entretien 3 : IDE Valérie</i>	<i>Entretien 4 : IDE Anaé</i>
Expertise infirmière	Motivation du soignant à développer son expertise infirmière	« J'ai été moi-même confrontée à une situation [...] » (1.83) « J'ai eu besoin de pansements pendant 10 mois et demi [...] » (1.84) « Ça a été une période de ma vie assez compliquée. Et j'ai fait appel à des infirmières qui n'étaient pas forcément spécialisées [...] » (1.97-99) « Il y avait des choses dans leur façon de procéder, de faire les pansements, qui m'interpelaient [...] » (1.100-101) « C'est la douleur qui m'a interpellée [...] » (1.110)	« Il y a mon attrait pour la spécialité [...] » (1.175) « Le fait que le corps médical avec qui j'ai appris finalement et travaillé, ça s'est toujours très bien passé, ça m'a motivée, en fait, à m'intéresser à ces spécialités-là [...] » (1.175-177) « Les médecins nous ont donné des cours régulièrement [...] » (1.181) « C'est motivant de voir que notre encadrement, même si on n'est pas encadré par les médecins directement veulent qu'on se forme [...] » (1.181-183)	« J'avais cette sensibilité [...] » (1.168) « J'adore la technicité [...] » (1.169-170) « J'aime bien, j'ai toujours aimé [...] faire les soins de plaies, les pansements, réaliser les soins [...] » (1.171) « Je me suis dit, c'est sûr que ça donnerait de l'expérience, quoi, une connaissance que je n'avais pas encore [...] » (1.185-186) « Il y avait un énorme manque de spécificité [...] » (1.191) « Nous ne sommes pas nombreuses et il y a	« Pendant l'obtention du diplôme, on a très peu de cours et si on n'est pas passé sur des stages où on a vu beaucoup de pansements [...] c'est souvent qu'en service, on a une difficulté derrière où on se pose un peu de questions [...] » (1.46-47) « Avec cette formation, on est quand même de nouveau dans la clinique, dans la pratique vraiment technique » (1.50-51)

		« J'ai vu une infirmière qui avait le D.U. aussi de plaies et cicatrisation avec qui j'ai beaucoup échangé et qui m'a donné envie de me spécialiser là-dedans [...] » (1.111-112) « C'est pas parce qu'on a le diplôme d'infirmière qu'on est forcément efficace en cicatrisation [...] » (1.114-115) « C'était un devoir finalement pour moi, que de me former un petit peu plus que ce que je l'étais pour pouvoir être plus efficace dans mes soins » (1.115-117)	« C'est un goût personnel [...] » (1.185) « J'ai été formée à l'éducation thérapeutique aussi » (1.186)	beaucoup de manques » (1.199-200)	
	Définition de l'expertise infirmière selon le soignant	« L'expertise infirmière, pour moi, c'est avoir des outils, [...] une caisse à outils [...] » (1.120-121) « C'est savoir quel outil sortir à quel	« L'expertise infirmière...euh..., c'est vaste [...] » (1.189) « C'est les connaissances qu'on va avoir dans notre spécialité [...] on aura	« L'expertise infirmière, c'est quelque chose qui s'acquiert tout au long, et de tes journées, de tes jours et des mois qui passent [...] » (1.207-208)	« Le fait de pouvoir apporter nos connaissances et nos savoirs de par l'expérience, de par les formations qu'on a faites [...] » (1.54-55)

		<i>moment. C'est avoir une analyse un petit peu plus poussée [...] » (1.121-122)</i> <i>« Avoir un petit peu plus d'outils [...] » (1.123-124)</i> <i>« Plus de connaissances sur quel pansement mettre, à quel stade de cicatrisation [...] » (1.124-125)</i> <i>« C'est toujours se poser la question [...] » (1.129)</i> <i>« Qu'est-ce que je peux mettre en place pour que la cicatrisation évolue de façon favorable [...] » (1.130-131)</i> <i>« Un pansement ne réagira pas de la même façon sur différentes plaies [...] » (1.135)</i> <i>« C'est vraiment étudier la plaie au</i>	<i>une certaine autonomie, on aura une certaine connaissance, et ça nous permet d'être à l'aise dans le soin [...] et aussi légitime face aux médecins [...] » (193-195)</i> <i>« Un poste où on se forme tout le temps [...] » (1. 197)</i> <i>« C'est d'être créditée dans ce qu'on dit, dans ce qu'on fait [...] » (1.202-203)</i> <i>« C'est d'avoir les bonnes infos et de savoir de quoi on parle quoi » (1.204)</i>	<i>« Tu l'as construite, cette expertise. Tu l'as construite au fur et à mesure de ce que tu rencontres [...] » (1.213-214)</i> <i>« L'expérience, sur le terrain » (1.216)</i>	<i>« Avoir des soins plus qualitatifs » (1.58)</i>
--	--	--	--	---	---

		<i>plus profond, pour savoir qu'est-ce que je peux mettre dessus, qui soit le plus efficace possible et qui soit le plus confortable aussi pour le patient »</i> (1.136-138)			
	Mobilisation de l'expertise infirmière dans la pratique quotidienne	<i>« Ça se fait de façon un peu instinctive, maintenant [...] »</i> (1.140) <i>« J'analyse quand j'ouvre le pansement [...] »</i> (1.141) <i>« Une odeur, l'étendue de la plaie, l'écoulement aussi [...] »</i> (1.141-142) <i>« Il y a plusieurs choses à prendre en considération [...] »</i> (1.144) <i>« C'est vraiment l'analyse avant de me lancer pour faire le pansement [...] »</i> (1.147-148)	<i>« Dans notre poste, on forme aussi au quotidien [...] »</i> (1.207-208) <i>« Former les équipes dans les services [...] »</i> (1. 208-209) <i>« Former les infirmières qui sont moins attirées par les pansements ou qui connaissent moins [...] »</i> (1.211) <i>« Cette expertise-là que j'ai qui me permet d'aller former une collègue [...] »</i> (1.214-215) <i>« Faire des recherches avant de mettre en place tel ou</i>	<i>« Je vais être pratique [...] »</i> (1.225) <i>« Je vais décliner la clinique [...] »</i> (1.226) <i>« Je vais situer la blessure géographiquement, je vais donner un stade s'il y'a un stade [...] »</i> (1.227-228) <i>« Je vais mettre la clinique, je vais en faire le portrait [...] »</i> (1.229) <i>« Je vais mettre la conduite à tenir et je vais mettre mon protocole de soin »</i> (234-235)	<i>« Avec la communication verbale [...] »</i> (1.61) <i>« Relation soignant-soigné qui est pérenne et qui est sereine [...] »</i> (1.62) <i>« Avoir, quand même toujours le consentement du patient, de savoir s'il a compris ce qu'on allait faire [...] »</i> (1.63-64) <i>« On réfléchit souvent en équipe, on essaie d'avoir l'aval du cadre ou de demander à la collègue [...] c'est un travail en équipe »</i> (1.67-69)

		« C'est vraiment tout un contexte à prendre en considération avant de se pencher vraiment sur ce que je vais mettre comme pansement. » (1.151-153)	tel protocole [...] » (1.217) « Continuer à rechercher, à se former [...] » (217-218) « Continuer à toujours être dans l'introspection, de connaître, de savoir de quoi on parle. » (1.218-219)		
--	--	---	--	--	--

Grille d'analyse des entretiens pour le concept de la qualité du soin infirmier :

	Sous partie	<i>Entretien 1 : IDE Aurélia</i>	<i>Entretien 2 : IDE Céline</i>	<i>Entretien 3 : IDE Valérie</i>	<i>Entretien 4 : IDE Anaé</i>
La qualité du soin infirmier	Définition de la qualité du soin infirmier selon le soignant	« Une situation un peu idéale [...], c'est d'arriver sur un pansement vraiment complexe, et transmettre tout ce que je fais [...] » (1.164-166) « Expliquer aux patients [...] » (1.166-167) « J'aime bien vraiment avoir cette communication avec le patient [...], ça le met en confiance [...] » (1.172-173) « Il y a ce questionnaire [...], ce partage de connaissances et d'expériences [...], hyper enrichissants [...] » (1.175-177)	« Coordonner tout au niveau du service [...] » (1.228) « Que le patient soit prévenu [...] » (1.230) « Que j'ai le temps aussi d'expliquer aux patients ce qu'on va faire [...] » (1.232) « Évaluer la douleur du patient, de pouvoir discuter avec lui [...] » (1.233) « Faire intervenir éventuellement les équipes transversales comme les équipes douleur [...] » (1.236-237) « Que ça se passe bien derrière au niveau du suivi [...] » (1.237-238)	« Il faut voir, après le patient, ce qu'il a ressenti et, à la fin de ses soins [...] » (1.248) « Le soin où il n'y a pas de complications, où l'issue est rapide [...] » (1.250) « L'issue est rapide et favorable [...] » (1.251) « Que le patient soit satisfait de cette prise en charge, tant au niveau douleur, comportement, relation [...] » (1.251-252) « L'issue rapide [...] » (1.255) « Le soin idéal, c'est que ça ferme	« Avoir le temps, d'avoir l'œil du médecin, d'avoir l'œil de vraiment la référente, pour le coup, plaies et cicatrisation [...] » (1.71-72) « Le coup d'œil d'une collègue et d'avoir son avis, savoir si on voit les mêmes choses [...] » (1.74) « Qu'on ait le temps vraiment d'utiliser tous nos matériels comme il faudrait [...] » (1.75-76) « Pouvoir évaluer à chaque fois nos soins [...] » (1.76-77) « Que le patient soit détendu, en confiance » (1.77)

		« Ça rassure le patient [...] » (1.177) « Je parle pendant que je fais le soin [...] » (1.178) « Le soin idéal, c'est que finalement, le patient se laisse faire, comprenne [...] » (1.183) « Une cohésion [...] entre le soignant et le patient qui fait que la plaie se cicatrise rapidement. » (1.185-186)	« Qu'il n'y ait pas de complications [...] » (1.238)	rapidement [...] » (1.263) « Que ça se passe vite [...] que ça se résout vite ! » (1.264)	
	Éléments importants pour la réalisation d'un soin de qualité selon le soignant	« Il faut former une équipe avec le patient [...] » (1.194) « On ne peut rien faire sans la volonté du patient, sans son investissement en fait, dans sa cicatrisation [...] » (1.195-196) « Une équipe avec le patient [...] » (1.203)	« La temporalité [...] » (1.275) « Qu'il y ait différents facteurs qui soient réunis pour que ça se passe bien [...] » (1.275) « Que le patient soit prévenu et consentant [...] » (1.276)	« C'est un ensemble [...] » (1.289) « Il faut prendre le temps d'analyser la situation [...] » (1.290) « Observer, comprendre le problème [...] adapter le protocole en fonction de ce qu'on voit [...] » (1.290-291)	« Avoir le bon matériel [...] » (1.86) « Les bons pansements [...] » (1.87) « Avoir un patient qui comprend ce qu'on est en train de lui faire et le pourquoi [...] » (1.87-88) « Avoir une bonne relation, un bon

		« Les patients qui ont des tendances psy [...], compliqué d'avoir une prise en charge efficace [...] » (1. 204-205)	« Qu'on lui est bien expliqué ce qu'on va faire [...] » (1.277) « On ne se focalise pas que sur la plaie [...] » (1.283) « On prend plusieurs autres choses en compte : l'âge du patient, l'autonomie du patient, son niveau cognitif [...] » (1.285-286) « Qu'on lui ait expliqué et que l'infirmière soit disponible [...] le soin ne soit pas interrompu [...] » (1.291-295) « Qu'on est le matériel aussi. » (1.296)	« La relation est très importante aussi [...] » (1.292) « On explique, on rassure, on prend le temps [...] » (1.293-294) « Faire au mieux pour que le soin se passe dans de bonnes conditions [...] » (1.295-296) « Que le patient soit soulagé et satisfait du soin » (1.297)	échange, une bonne communication, qu'elle soit verbale ou non verbale avec le patient » (1. 89-90)
	Influence de la présence d'une infirmière experte sur la qualité du soin	« Une expertise [...] nécessaire [...] » (1.212) « Réflexion commune [...] » (1.228)	« Elle est là pour apporter quelque chose, elle est là pour apporter des précisions, des conseils pour que ça se passe au mieux, de par son expérience, de	« Elle peut changer la qualité [...] » (1.301) « On va donner une expertise [...] on va essayer de choisir un protocole plus adapté	« Le fait d'avoir une infirmière experte [...] peut améliorer la qualité, peut-être, et la facilité à cicatriser [...] » (1.94-95)

		« Il y a quand même un intérêt, malgré tout, à pouvoir se rapprocher d'infirmiers qui ont cette spécificité [...] » (1.243-244) « Il y a une réflexion différente, il y a un regard différent, puis il y a des solutions aussi qui peuvent être différentes [...] » (1.246-247) « On a une réflexion commune entre toutes les trois [...] » (1.254-255)	par ses connaissances [...] » (1.302-304) « Elle permet que le soin soit mieux organisé, que ce soit amélioré pour la fois d'après. Elle peut observer pour voir ce qui n'allait pas et mettre en place des choses pour que ça se passe mieux par la suite [...] » (1.310-312°) « Quand des patients sont trop algiques [...] faire intervenir l'équipe douleur » (1.313-316)	qu'il ne l'est instauré [...] » (1.302-303) « On pose les choses, on redéfinit la clinique [...] » (1.307) on essaye de faire le constat de ce qui a marché et pas marché [...] « Ça rassure tout le monde, et le patient, puisqu'on repose les choses [...] » (1.309-310) « On va arrêter de changer les protocoles, de se perdre » (1.319)	« Elle va plus apporter sur la technicité que sur la globalité [...] » (1.98) « Une infirmière qui n'a pas le DU peut emmener la même relation [...] » (1.100-101) « C'est pas parce qu'elle sera experte qu'elle fera un meilleur soin global qu'une infirmière simple » (1.104)
--	--	--	--	---	--

Annexe VI : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN ÉTUDE

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée (Prénom, NOM) : **PAUMARD Angeline**

Promotion : **2023/2026**

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

(Titre du TFE)

Quand le soin devient technique : préserver l'humanité dans la relation soignant-soigné.

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

Oui ☒

non ☐

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

Oui ☒

non ☐

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le : **18 mai 2026**

Signature :

Titre : Quand la technicité du soin questionne la relation soignant-soigné.

Résumé en français

Ce travail de recherche porte sur la qualité du soin infirmier, plus particulièrement sur la relation soignant-soigné pendant des soins techniques douloureux. Afin d'aborder ce sujet, j'ai défini la question de départ qui est la suivante : « *En quoi la présence d'une infirmière experte en plaies et cicatrisations influence-t-elle la qualité de la relation soignant-soigné ?* ». Cette question a émergé d'une situation clinique vécue lors d'un stage qui m'a amené à réfléchir sur la place de l'expertise au sein des soins infirmiers. Afin de mieux comprendre ce sujet, j'ai effectué des recherches autour de trois concepts principaux : la relation soignant-soigné, l'expertise infirmière et la qualité du soin infirmier. Afin d'enrichir mes apports théoriques, j'ai réalisé des entretiens semi-directifs auprès d'infirmières expertes en plaies et cicatrisation dans différentes structures. L'analyse des entretiens m'a permis de mieux comprendre l'impact de l'expertise infirmière sur la relation avec le patient. Ce travail de recherche vous invite à réfléchir à la place de la communication et de la relation de confiance dans la pratique soignante, surtout pendant des soins très techniques.

Mots clés : Qualité du soin infirmier, relation soignant-soigné, expertise infirmière, communication, relation de confiance

Nombre de mots : 180 mots

Title : When technical care challenges the relationship between the caregiver and the patient

Abstract in English

This research work focuses on the quality of nursing care, more particularly on the relationship between the caregiver and the patient during painful technical care. In order to address this subject, I defined my starting question as follows: “*How does the presence of an expert nurse in wounds and healing influence the quality of the relationship between the caregiver and the patient?*”. This question emerged from a clinical situation experienced during an internship which led me to reflect on the place of expertise within nursing care. In order to explore this topic, I conducted research around three main concepts: the relationship between the caregiver and the patient, the nursing expertise and quality of nursing care. In order to enrich my theoretical contributions, I conducted semi-directive interviews with expert nurses in wounds and healing in different structures. The interviews analysis allowed me to better understand the impact of nursing expertise on the relationship with the patient.

This research work invites you to reflect on the place of communication and trusting relationship in healing practice, especially during very technical care.

Key-words : Quality of nursing care, relationship between the caregiver and the patient, nursing expertise, communication, trusting relationship

Number of words : 178 words