



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

SEA CHAO

Mélanie

Promotion 2018/2021

« Objectiver pour mieux soigner ? ... »

**Travail de fin d'études**

**3.4 S6 Initiation à la démarche de recherche**

**5.6 S6 Analyse de la qualité et traitement des données**

Date du rendu : Le 25 mai 2021

Directrice de mémoire : Mme BUFFE Carine

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

Page de remerciement :

Je tiens à remercier Madame Carine BUFFE, ma directrice de mémoire. Elle a su être d'une très grande disponibilité, d'une aide et de bons conseils tout au long de ce travail écrit de fin d'études.

Je tenais à remercier ma fille et mon conjoint d'avoir été là tout au long de ce projet professionnel. Pour m'avoir soutenu et encouragé lorsque les doutes ont pu m'envahir. Mais surtout d'avoir cru en moi, ce qui m'a permis d'en arriver là aujourd'hui.

Je n'oublie pas ma famille qui a toujours été présente même s'ils sont peu avares de compliments. Je remercie ma mère qui a été un soutien inconditionnel.

Un grand merci à Sarah, d'avoir été d'un soutien inconditionnel pendant cette formation.

Merci aux infirmières et aides-soignantes qui m'ont accordé du temps pour les entretiens, malgré toute la charge de travail qui les incombent.

## SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	1
1. SITUATION D'APPEL .....	2
1.1. Situation n°1 .....	2
1.2. Situation n°2 .....	3
1.3. Du questionnement à la question de départ .....	4
2. CADRE DE REFERENCE .....	7
2.1. Les soins infirmiers.....	7
2.1.1 Définition du soin .....	7
2.1.2 Les soins infirmiers .....	9
2.1.2 La relation soignant/soigné, une relation d'aide.....	10
2.2. Les valeurs fondamentales.....	12
2.2.1 Définition autour des « valeurs ».....	12
2.2.2 Dignité, pudeur et intimité.....	14
2.3. L'objectivation du corps .....	16
2.3.1 Le corps .....	16
2.3.2 L'objectivation .....	16
2.3.3 La Distance professionnelle.....	18
3. ENQUETE EXPLORATOIRE.....	20
3.1. La méthodologie .....	20
3.1.1 Choix de l'outil.....	20
3.1.2 La population.....	20
3.1.3 Lieu des entretiens .....	21
3.1.4 Dérouler des entretiens .....	22
3.1.5 Difficultés rencontrées.....	22
3.2. Analyse et exploitation de l'enquête.....	23
3.2.1 Autour du soin .....	23

3.2.2	Les valeurs soignantes .....	25
3.2.3	Le rapport au corps .....	26
3.2.4	La distance professionnelle .....	28
CONCLUSION .....		30
BIBLIOGRAPHIE .....		32
ANNEXES .....		35

## INTRODUCTION

Actuellement en troisième année à l'école d'infirmières, il nous est demandé d'effectuer un travail de fin d'étude en lien avec l'acquisition de la compétence 7 « Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle » et la compétence 8 « Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques ». Ce travail permettra d'évaluer l'unité d'enseignement 3.4 S6 « Initiation à la démarche de recherche » et l'unité 5.6 S6 « Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles ».

Durant mes sept années d'expérience en tant qu'aide-soignante, j'ai pu observer que le contact avec le corps de la personne soignée n'était pas quelque chose d'aisé et si facile à prendre en charge. Parfois, ce corps qui est un attribut de soin dans notre métier, n'est-il pas mis à l'écart et donc objectiver ?

C'est en cela que mon travail de fin d'études portera. Notre éducation, nos valeurs, nos caractères découlent des principes que nous choisissons de mettre en application pour prendre en charge l'autre. Pour ma part le respect de l'autre ainsi que la dignité, sont pour moi essentiels pour prendre en charge la personne soignée. Ainsi, il m'a paru évident de traiter ce sujet qui me tient à cœur depuis que je suis aide-soignante.

En première partie, j'exposerais deux situations que j'ai vécues lors de mes stages en formation à l'école d'infirmières, puis je développerais mon cheminement et mon questionnement. De là, je mettrais en exergue ma question de départ. Pour la deuxième partie, j'effectuerais mon cadre de référence avec des lectures, des recherches scientifiques relevant des champs disciplinaires psychologiques, sciences infirmières. Dans la troisième partie, j'analyserais à l'aide des entretiens effectués ainsi que mon cadre de référence les résultats afin d'y dégager une problématique. Puis je ferais la conclusion de ce travail de fin d'études et je dégagerais une réflexion en tant que future professionnelle de santé.

# **1. SITUATION D'APPEL**

## **1.1. SITUATION N°1**

Mon premier stage en soin infirmier se déroule dans le service de néphrologie qui prend en charge des patients atteints d'insuffisance rénale chronique et aiguë, d'hypertension artérielle, pathologie d'urologie ...

Le service dispose de 10 chambres doubles et de 8 chambres individuels.

La plupart des patients ont besoin en grande majorité d'une aide partielle pour effectuer leurs soins d'hygiène.

C'est mon troisième matin de stage. Il est 7h et la relève avec l'équipe du matin et l'équipe de nuit se termine. Avec l'infirmière, nous commençons le tour des traitements et des constantes. Il est 8h30, nous avons fini les soins et l'infirmière me demande d'aider à la distribution du petit déjeuner.

Le matin il y a 3 aides-soignantes, l'une d'entre elles se détache avec l'Agent de Soin Hospitalier pour la distribution du petit déjeuner. Je m'avance vers le chariot du petit déjeuner et demande à la soignante ce que je peux faire. Elle me demande d'allée à la chambre 17 pour demander aux patients ce qu'ils souhaitent déjeuner. Je m'exécute et m'avance vers la chambre de Mr C. qui est entré la veille dans le service pour une pose de cathéter de Canaud.

Il est âgé de 62 ans, il est marié et a deux enfants. Ce matin, Mr C. est fatigué, et se sent essoufflé. La porte est grande ouverte mais je tape. Je vois une aide-soignante en pleine réfection du lit de celui-ci. Je peux apercevoir que la salle de bain est aussi grande ouverte laissant apparaître le corps dénudé du patient devant le lavabo.

À côté de lui une seconde aide-soignante qui savonne le dos du patient. Elle me regarde et me dit « *C'est pour quoi ?* », d'un air surpris je n'ose pas m'avancer. Je lui dis que je viens demander à Mr C. ce qu'il souhaite pour le petit déjeuner. Les deux mains posées sur l'évier, Mr C. souffle, la tête baissée en direction du sol. Il ne me regarde pas. Je décide de laisser ma

collègue finir son soin et indique au patient que je repasse dans un moment pour le petit déjeuner, je n'obtiens aucune réponse de la part du patient. L'aide-soignante me répond : « *Oui, oui à tout à l'heure* ». En partant je pousse la porte de la salle de bain et ferme la porte de la chambre en la quittant.

## **1.2. SITUATION N°2**

La deuxième situation se déroule dans un Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). C'est mon deuxième stage en soin infirmier. L'établissement comporte 92 places. Elle dispose d'une unité Alzheimer de 14 places, et propose un hébergement temporaire de 2 places et un accueil de jour de 6 places.

Il est 9h, c'est mon premier jour. L'équipe soignante est en poste depuis 7h du matin. La cadre de santé me fait visiter la structure et par la même occasion me présente à l'ensemble de l'équipe. L'infirmière du jour me prend donc en charge spontanément et m'explique le dérouler d'une journée dans le service. Nous sommes en salle de soin lorsqu'elle est appelée sur son téléphone pour la réfection d'un pansement. Nous nous avançons donc dans la chambre de la résidente.

Mme V. C'est une dame de 79 ans qui est arrivée dans la structure il y a 3 ans pour difficulté de maintien à domicile. Ses enfants ne vivant pas dans la région, Mme V. a été placée à l'EHPAD de son village, là où elle vivait seule à son domicile. C'est une petite dame qui est sociable et adore être au contact des autres résidents.

Devant la chambre, l'infirmière tape trois fois à la porte, elle attend qu'on lui permette de rentrer. Nous entendons une petite voix qui nous dit d'entrée. Nous apercevons une dame de petite taille, allongée sur son lit. Elle est vêtue d'un chemisier fleuri à manches courtes. L'aide-soignante qui se trouve de l'autre côté du lit, est en train de finir la toilette intime de Mme D. Avec un sourire, l'infirmière salut la résidente. L'aide-soignante place une serviette sur les parties intimes de la résidente à la fin de son soin. Elle demande à l'infirmière si elle peut quitter

la chambre et continuer les soins. L'infirmière lui répond qu'elle peut disposer et qu'avec ma présence, elle pourra se débrouiller.

En effet le pansement à faire se situe au niveau du sacrum. L'infirmière commence tout d'abord à expliquer à Mme D. que je suis une étudiante infirmière et lui demande si elle est d'accord pour que j'assiste au soin. Mme D. lui répond « *Bien entendu, comment voulez-vous qu'elle apprenne sinon !!!* » et elle me regarde en esquissant un sourire. L'infirmière prépare son matériel tout en m'expliquant le déroulé du soin. Elle fait de même avec Mme D. et lui demande son accord pour pratiquer le soin. Une fois le pansement fait, l'infirmière et moi-même retournons dans la salle de soin.

### **1.3. DU QUESTIONNEMENT À LA QUESTION DE DÉPART**

J'ai choisi de décrire ces deux situations qui m'ont interpellé. Ces deux situations sont diamétralement opposées, mais en même temps reflètent pour ma part la réalité du terrain. En effet durant mes sept années en tant qu'aide-soignante, mais plus particulièrement au cours de mes stages, j'ai pu observer qu'à l'hôpital certains soins étaient effectués la porte grande ouverte. Cependant, j'ai pu remarquer que dans les lieux de vie tels que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les soins étaient effectués avec plus d'intimité. Lors de ma formation en soins infirmiers, je remarque les mêmes comportements.

De là, je me suis demandée s'il y avait une différence de prise en charge de la personne selon le lieu d'accueil ? À l'hôpital, nous prenons en charge des patients et dans les lieux de vie des résidents. Selon la définition du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), le patient est défini comme : « *un malade qui subit ou va subir un examen médical ou une opération chirurgicale* ». À la différence du résident « *personne qui réside habituellement dans un lieu* ».

Durant notre cursus scolaire, on nous apprend qu'il n'y a pas de distinction de prise en soin d'un patient ou d'un résident, mais de la prise en charge d'une personne dans sa globalité. En effet, une personne est « *un individu défini par la conscience qu'il a d'exister, comme être biologique, moral et social* » selon le CNRTL.

Pour ma part et tout au long de mon expérience professionnelle, je me suis toujours employée à considérer la personne soignée comme un être humain à part entière et non une étiquette qu'on lui donne dès lors de son admission.

Dans la situation 2, j'ai pu remarquer que l'infirmière avait pris le temps d'expliquer le soin qu'elle allait effectuer à la résidente. Tout en respectant la notion d'intimité. Tandis que dans la situation 1, j'ai observé que le patient n'a pas manifesté d'opinion face à la situation. Cependant, l'aide-soignante répondait à sa place, sans laisser le temps à celui-ci de s'exprimer. Qu'en est-il de la dignité humaine lorsque nous répondons à la place du patient ?

Selon la définition du Larousse, « *la dignité est le respect que mérite quelqu'un ou quelque chose.* »

En cherchant plus loin, selon le code de déontologie, respect de la dignité et de l'intimité, principes moraux :

- ✓ Article R.4312-3 : « *L'infirmier, au service de la personne et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient, de sa famille et de ses proches.* »

Cette notion de dignité a été introduite dans la Déclaration des droits de l'homme de 1948

- ✓ Préambule et Article 1<sup>er</sup> qui reconnaît la dignité inhérente à tous les êtres humains...et qu'ils naissent libres et égaux en dignité et en droits...

Au décours de notre formation, il nous enseigne ce principe immuable qu'est la notion de dignité, d'intimité. Pendant mes années en tant qu'aide-soignante, je me suis efforcée de mettre en application au mieux les valeurs fondamentales du respect de la personne soignée.

Dans le milieu médical, nous savons que les soignants sont confrontés tous les jours au corps nu de la personne soignée. Ainsi cette confrontation quotidienne, face à ce corps, n'engendret-elle pas une habitude de la part du soignant ? Nous avons tous une notion différente et une manière d'appréhender le corps, selon nos croyances, nos valeurs et notre éducation. Ce corps reste un support de soin au niveau somatique. Et nous en oublions tout le versant psychologique de la personne soignée, et donc une prise en charge dans sa globalité. En effet j'ai pu observer lors de mes stages à l'hôpital que les équipes soignantes étaient présentes pour soigner l'organe malade du patient (ex : fracture du poignet...).

L'infirmière est là pour faire le pansement, distribuer le traitement, et faire en sorte de soulager la douleur de la personne soignée, mais qu'en est-il de l'aspect psychologique de la personne soignée ? On ne sait pas si le malade peut se permettre d'être en arrêt de travail avec sa fracture, les conséquences sur sa vie...

Il en est de même pour la personne âgée qui doit faire le deuil de son lieu de vie pour rentrer en institution. En EHPAD, l'essentiel du soin est basé sur les actes de la vie quotidienne (habillage, alimentation...), divertissement avec les jeux de société etc... Mais on en revient à cette sphère psychologique du résident. Est-il là de sa propre volonté ? Est-ce que c'est un placement par un tiers ?

Tout cet aspect psychologique à mon sens, doit être pris en compte pour prendre en charge au mieux toute personne en perte d'autonomie que ce soit par une maladie, un handicap, une avancée dans l'âge...

La notion de temps lors des soins m'a aussi beaucoup interpellé dans les deux situations. En quoi le temps a un impact sur la relation soignant/soigné ? Je me suis aperçue en tant qu'aide-soignante qu'il manquait énormément de temps aux équipes soignantes travaillant dans les EHPAD ou les hôpitaux pour effectuer les soins. C'est peut-être la conséquence du manque de moyen humains ou d'une charge de travail importante : un collègue absent, des tâches qui s'accumulent...

Cependant mon expérience professionnelle m'a permis de constater que malgré le manque de temps, un sourire, un bonjour devait être la base essentielle de cette relation auprès de la personne soignée. Peut-être que la relation n'a pas besoin de temps pour exister. Ainsi je ne tiendrais pas compte de cette notion pour ma question de départ. Je préfère rester sur des concepts qui pour moi, sont plus importants dans les soins infirmiers.

Suite à mon questionnement, et après analyse de certains aspects ma question de départ est la suivante :

**« Comment l'objectivation du corps de la personne soignée peut mettre à mal les valeurs fondamentales qui régissent les soins infirmiers ? »**

## **2. CADRE DE REFERENCE**

Au regard de ma question de départ, il m'a paru important de traiter de l'objectivation du corps, des valeurs fondamentales et du soin infirmier. C'est pourquoi je commencerais par le concept des soins infirmiers en la définissant, puis à travers des auteurs, je confronterais leurs points de vue sur le thème abordé.

### **2.1. LES SOINS INFIRMIERS**

#### **2.1.1 Définition du soin**

Pour aborder le soin infirmier, je vais tout d'abord m'intéresser à la définition simple qu'est le mot « soin ». C'est un nom masculin au singulier.

Selon le CNRTL, le mot soin est défini comme « *Application d'esprit à faire quelque chose ; attention à veiller au bon état de quelque chose, au bien de quelqu'un.* »<sup>1</sup>

Cette définition reste très généraliste et peut-être transposée dans différents domaines de la vie.

Selon Walter Hesbeen (2011, p.22-23), le mot « soin » au singulier serait pour lui plus adapter dans une « *attention particulière* » et une rencontre unique et singulière entre le soignant et la personne soignée. L'auteur indique aussi, « *Si je souhaite le singulier, c'est parce que la connotation prise par l'expression « les soins » est devenue très instrumentale et désigne par-là, les actes posés par les professionnels [...] On peut ainsi effectuer une tâche ou poser un acte avec soin mais sans nullement prendre soin de la personne « sur laquelle » on intervient car l'attention est centrée sur l'acte posé.* » Ainsi, Walter Hesbeen, apporte la notion du « prendre soin » ou « faire du soin ». En effet il définit le soin comme « *Le fait d'être attentif à quelqu'un ou à quelque chose pour s'occuper de son bien être ou de son état, de son bon fonctionnement.* »

La technicité des soins prend parfois une place importante. Walter Hesbeen nous recentre sur l'essence même du soin qui est la prise en compte de la personne.

---

<sup>1</sup> CNRTL : Centre national de ressources textuelles et lexicales.

Laure Marmilloud (2019, p.88) explique, « *Parce que soigner n'est jamais seulement soigner « quelque chose » mais toujours aussi « quelqu'un », il y a dans l'acte, même s'il est précis, circonscrit, s'attachant à un seul détail, une intention qui est adressée à quelqu'un, et qui, en cela, crée une relation avec lui. »*

Pour Frédéric Worms (2006, p.143), le soin est « *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. »* Dans cette définition, Frédéric Worms évoque deux notions, la première celle d'une pratique qui est nécessaire afin que la personne soignée puisse recouvrer la santé et la deuxième qui est de prendre cette personne soignée en considération, tel qu'il est ; un être humain. Nous pouvons dire que le « soin » se réfère à « soigner » une personne, à prendre « soin. »

Marie-Claude Vallejo (2014, p.46) explique que le soin est une interaction entre deux personnes qui conduit à une relation. Sans cette relation, le soin n'existe pas si l'on ne considère pas la personne en tant que sujet. Ainsi l'auteur nous dit que « *Le soin c'est aussi l'attention, la prévenance, la sollicitude, attention soutenue, à la fois soucieuse et affectueuse. Prévenir, c'est aller au-devant de la volonté, du désir, du bien-être d'autrui. Le soin, c'est encore, songer à, veiller à, penser à l'autre. »*

Nous pouvons voir qu'il y a dans ces définitions, des similitudes. On y retrouve deux dimensions dans ce concept du « soin », celui qui permet de prendre en charge l'individu avec toutes les connaissances qu'a le soignant et l'autre dimension qui est psychique. En y associant les deux dimensions, nous arrivons à un soin global de la personne. Il y a donc une complémentarité que l'on ne peut dissocier si l'on veut « prendre soin ».

Ce qui est intéressant de trouver dans la réflexion de M. Caillol (2019, p.134) c'est qu'il dit que : « *Le soin n'est un soin que s'il est éthique, c'est à dire que le soignant doit avoir clairement conscience qu'il s'adresse à une personne humaine, que son action nécessite une technicité qu'il doit maîtriser et qu'enfin sa finalité pourrait se résumer au bien de cette personne. »* C'est en cela que la notion du soin reste complexe, nous pouvons transposer à faire du mal pour faire du bien.

### **2.1.2 Les soins infirmiers**

Selon le dictionnaire des soins infirmiers, les soins infirmiers sont définis, comme « *Ensemble de connaissances, de compétences et de techniques relatives à la conception et à la mise en œuvre d'actes infirmiers. Ils ont pour but de répondre aux besoins de santé d'une personne et/ou d'une collectivité et font l'objet de la discipline enseignée au personnel infirmier. On distingue généralement les soins infirmiers liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et les soins curatifs ou de réparation.* »

Jacques Chalifour (1998, p.96) donne quant à lui des caractéristiques des soins infirmiers :

- ✓ C'est porter une attention à la personne entière dans tout ce qui la caractérise ;
- ✓ C'est considérer l'environnement humain et physique dans lequel la personne se développe
- ✓ C'est reconnaître que le soin ne saurait exister sans la présence d'un lien significatif entre les individus [...]
- ✓ C'est aider la personne à identifier ce qui pose le problème et l'empêche de se développer et de s'actualiser dans les sens de sa nature.
- ✓ C'est identifier la façon dont la personne prend soin d'elle-même dans la vie de tous les jours et au besoin de sa condition de santé [...]
- ✓ C'est aussi l'aider à reconnaître et utiliser tous les indices que lui livre son organisme sur son état de santé physique ou mentale pour prévenir ou soigner la maladie.

Cela suppose que les soins infirmiers, même s'il s'agit d'acte dans l'exercice des soins doit être centré sur la personne, son cadre et sa manière d'interférer avec celui-ci.

Pour Jean Watson dans les concepts en science infirmière (2007) « *Les soins infirmiers doivent tenir compte du concept de l'individu comme personne complète, c'est-à-dire comme entité qui possède un corps, un esprit et une âme. [...] Afin de prodiguer des soins holistiques, l'infirmière se doit de tenir compte de l'expérience interne et externe de la personne, c'est-à-dire qu'elle doit tenir compte de la globalité de l'expérience du client à un moment spécifique de son existence.* »

Ainsi, au travers de ces définitions, nous pouvons nous rendre compte que le « soin » ou les « soins » découlent d'actes techniques qui sont du rôle prescrit et des soins qui sont du rôle

propre de l'infirmière. Je peux donc voir qu'il cohabite dans les soins infirmiers deux axes que l'on ne peut pas séparer.

Cette notion de réponse à un besoin est quasi présente dans le soin, la personne malade attend de la part du soignant d'être compétent. Cependant il est tout autant difficile lorsque nous commençons dans le métier de ne pas omettre la personne soignée, car nous sommes bien trop concentrés à réussir ces actes techniques.

Mais derrière tout cela, il se joue une rencontre entre deux personnes : le soignant et la personne soignée.

Frédéric Worms insiste sur la signification de soigner « quelque chose » mais aussi « quelqu'un », ce qui prend une dimension tout autre quand nous regroupons ces deux notions : qui sont la conception d'une « relation » avec l'autre.

C'est pourquoi nous verrons dans le paragraphe suivant le concept de la relation soignant/soigné, une relation d'aide.

### **2.1.2 La relation soignant/soigné, une relation d'aide.**

Il m'a paru important de me pencher sur l'aspect juridique de la relation d'aide, en effet le métier infirmier est régi par le code de la santé publique.

Dans le Code de la santé publique, la réglementation de la relation d'aide dans la profession infirmière :

- L'article R 4311-2 : « *Les soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade.* »<sup>2</sup>

D'après le CNRTL, la relation se définit en philosophie, « *Rapport qui est entre deux personnes, entre deux choses que l'on considère ensemble, et respectivement l'une à l'autre* ».

Mais il faut aussi tenir compte de « *leurs caractères* », « *leurs psychologies particulières* » et « *leurs histoires.* » pour Alexandre Manoukian.

Selon Gustave-Nicolas Fischer définit dans un champ disciplinaire qui tend vers la psychologie sociale « *Qu'une relation, ce n'est pas un état mais un ensemble de processus à travers lesquels*

---

<sup>2</sup> Article R. 4311-2 - Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code - Légifrance. (2004). Légifrance.

*la vie sociale et individuelle s'exprime. » En conséquence cela nous démontre que l'individu « Incorpore dans ses conduites la conformité à des normes. »*

Jacques Chalibour (1998, p.18) définit la relation d'aide comme « *Un processus circulaire où chacun interagit avec l'autre.* » Il explique que dans cette interaction il y a un besoin « *d'ouverture mutuelle où chacun accepte d'influencer et d'être influencé, de donner et de recevoir.* » Cet échange est donc mutuel, où les protagonistes doivent pouvoir écouter et apprendre de l'autre.

Ainsi la relation soignant/soigné est la rencontre d'un professionnel de santé et d'un malade. Cette personne malade qui est dans une notion de besoin, et qui est en attente de la part du soignant qu'il s'occupe de lui pour recouvrer à la santé. Comme le définit Yves Gineste, Rosalie Marescotti et Jérôme Pelissier (2008, p.48) : « *Un soignant est un professionnel qui prend soin d'une personne qui a des préoccupations ou des problèmes de santé pour l'aider à améliorer, à la maintenir, ou pour accompagner cette personne jusqu'à la mort. Un professionnel qui ne doit en aucun cas nuire à la santé de cette personne* ».

Jean Luc Hetu décrit : « *La relation d'aide est une relation bien structurée, avec ses limites de temps, de responsabilité et de gestion des affects que le conseiller s'impose à lui-même.* »

Quand Jean Luc Hetu parle de « relation bien structurée », on pourrait percevoir que la relation est organisée, prédéfinie. Pour autant il me semble compliqué de poser un cadre dans une relation. Bien au contraire, la relation est un phénomène complexe qui ne cesse d'être en mouvement.

Louis Malabeuf expose quatre types de relations :

- ✓ La relation de civilité permet un échange informel, qui reste poli et courtois.
- ✓ La relation fonctionnelle correspond à un échange tourné sur la mise en œuvre de soin, la réponse à une demande de la part du patient.
- ✓ La relation de soutien permet d'être à l'écoute du patient, de comprendre et d'avoir de l'empathie.
- ✓ La relation d'aide permet d'être dans une écoute active, avoir une attitude empathique, être authentique et ainsi la reformulation permettra au patient que l'on a bien compris et entendu celui-ci.

On peut voir que la relation entre deux individus pour Louis Malabeuf est évolutive et qu'elle peut s'inscrire selon la situation de l'échange.

Selon Carl Rogers qui s'inscrit dans un champ disciplinaire de la psychologie humaniste, la relation d'aide est une condition dans laquelle les intervenants ont des « *ressources latentes internes* » qui leur permettent de recouvrer à « *un meilleur usage fonctionnel de ces ressources.* »<sup>3</sup>

De cette façon, l'auteur développe trois attitudes :

- La congruence est la capacité à être en accord avec ses sentiments, ses pensées et ainsi l'attitude du soignant est cohérente avec ce qu'il montre à la personne soignée. On peut décrire cela à être authentique et vrai. Cependant il faut savoir reconnaître ses limites
- La considération positive entrevoit une notion de respect de la personne. Ce qui tend à n'avoir aucun jugement sur ce qu'elle ressent et vit.
- L'empathie permet de comprendre les émotions, ressenties de l'autre et ainsi essayées de percevoir ce que l'autre vit.

Toutes ces attitudes aboutissent à une relation de confiance qui est complémentaire à la relation de soin. Toutes ces notions découlent de valeurs que nous avons et pourrons développer tout au long de notre parcours professionnel. C'est ainsi que je décrirais dans la seconde partie le concept des valeurs fondamentales.

## **2.2. LES VALEURS FONDAMENTALES**

### **2.2.1 Définition autour des « valeurs »**

Pour définir ce concept, je me suis d'abord intéressée à la définition du mot « valeur ».

Selon la définition du Larousse, la valeur c'est : « *Ce par quoi quelqu'un est digne d'estime sur le plan moral, intellectuel, professionnel, etc...* »

Il semble compliqué de définir le mot « valeur » car selon chaque individu, il peut avoir une signification bien personnelle. D'ailleurs les valeurs sont subjectives d'une personne à une autre, tout dépend de son éducation, de son caractère...

---

<sup>3</sup> Cours magistral Mme Paris « De la communication à la relation de soin »

Shalom H. Schwartz (2006, p.931) indique que chacun accorde « [...] *Des degrés d'importances divers à de nombreuses valeurs* » Chacun à des valeurs différentes selon sa conception de la vie. Ainsi il évoque une conception des valeurs en six attributs principaux :

- ✓ Les valeurs sont des croyances : c'est une combinaison entre valeur et sentiment.
- ✓ Les valeurs ont trait à des objectifs désirables
- ✓ Les valeurs transcendent les actions et les situations spécifiques
- ✓ Les valeurs sont classées par ordre d'importance
- ✓ L'importance relative de multiples valeurs guide l'action

Comme l'indique l'auteur, chaque individu a sa perception de la notion de valeur et les priorise selon l'importance qu'il y met.

L'Ordre National des Infirmiers a établi le code de déontologie des infirmiers publié le 27 novembre 2016 par décret au Journal officiel. Il indique dans l'items du respect des principes fondamentaux « *Art. R. 4312-4. L'infirmier respecte en toutes circonstances les principes de moralité, de probité, de loyauté et d'humanité indispensables à l'exercice de la profession.* »

Ce code de déontologie des infirmiers permet de mettre en avant les valeurs de ce métier. Et ainsi de respecter le devoir de respect auprès du patient. Il précise aussi dans l'item du devoir d'humanité : « *Art. R. 4312-2. L'infirmier, au service de la personne et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient, de sa famille et de ses proches.* »<sup>4</sup>

Pour N. Péoc'h, C. Ceaux, (2012, p. 55), la notion de valeur possède deux pôles qui sont « *ce qui est* » et « *ce qui devrait être* ». Ainsi il y a une réciprocité entre ce qui est existant et l'idéal, « *Elle passe par le filtre de nos représentations, de nos croyances, de nos valeurs voire de notre histoire singulière.* »

Les valeurs sont donc basées sur ce que l'on nous a appris tout au long de vie, sur ce que nous décidons d'être et que l'on a envie de montrer. Ainsi les valeurs sont propres à chacun et déterminées par les actes et notre manière de voir les choses.

---

<sup>4</sup> Conseil National - Le code de déontologie des infirmiers. (2016).

### **2.2.2 Dignité, pudeur et intimité.**

D'après le CNRTL, la dignité est définie au sens philosophique et moral : « *Ce fait que la personne humaine ne doit jamais être traitée comme un moyen, mais comme une force en soi.* »

Selon la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dans l'Article 3 « Droits de la personne » « *Art. L. 1110-2. La personne malade a droit au respect de la dignité.* »<sup>5</sup>

Dans le journal international de bioéthique, Anne marie Duguet (2010, p.95) explique qu'un patient admis à l'hôpital aura tendance à être dans un état de fragilité. En effet les soins techniques étant le point central de la prise en charge du patient, celui-ci se retrouve dans un état de vulnérabilité, il devient dépendant des soignants pour les actes de la vie quotidienne et n'a plus son mot à dire. Ainsi pour l'auteur : « *Le respect de la dignité d'un sujet sans défense dépend de la bonne volonté des soignants qui vont faire à la place du sujet les gestes de la vie courante, de l'intimité [...] dans le respect des souhaits du malade quant à son image corporelle.* »

On voit que pour Anne marie Duguet, la notion de respect de la dignité du patient « *C'est le traiter d'égal à égal* » et il est primordial que « *Les soignants doivent protéger tous les intérêts de la personne, son intégrité corporelle, psychologique et culturelle.* »

Tout au long de la formation en soins infirmiers et dans le milieu de la santé, cette notion de dignité est rentrée dans les mœurs médicales. À cela nous pouvons y introduire la notion de pudeur qui fait partie d'un des concepts clés dans l'approche du soin. C'est ainsi que je vais développer dans le paragraphe suivant la pudeur.

Avant de commencer, il est important de définir le mot « pudeur » dans sa généralité afin d'en comprendre le sens plus spécifique dans les soins. Tel que le définit le Larousse, la pudeur est la « *Disposition à éprouver de la gêne devant ce qui peut blesser la décence, devant l'évocation de choses très personnelles et, en particulier, l'évocation de choses sexuelles...* »

---

<sup>5</sup> LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. (2002). LEGIFRANCE.

Philippe Saltel (2020 ; p.108) indique que « *Nous appelons alors pudeur la préservation de cette intimité par le vêtement, l'occultation des vitrages, le secret, et impudeur son exposition.* »

De même qu'il est compliqué de préserver la pudeur du patient sans faillir à des intérêts médicaux pour le bien être de celui-ci.

Jean Philippe Pierron (2010, p.112) s'interroge sur cette notion de pudeur lors de l'hospitalisation du sujet. Comment respecter la pudeur lorsque l'on vous demande de vous mettre à nu pour pouvoir vous soigner ? Il n'est pas évident de trouver le juste milieu pour le soignant entre devoir aider le patient sans entraver sa pudeur. Cependant comme je l'ai cité plus haut la relation se joue entre deux individus, aussi il est intéressant de s'interroger sur ce que le soignant peut aussi ressentir face à cette situation de soin intime. De surcroît, Jean Philippe Pierron décrit que : « *Pour le soignant [...] éviter l'effraction indifférente de l'intimité d'autrui sans se laisser envahir par sa fragilité.* »

C'est ainsi que le dernier concept auquel je vais faire référence est l'intimité. Même si l'intimité est étroitement liée à la notion de pudeur.

Lorsque nous cherchons dans le dictionnaire de l'Académie Française, il y a plusieurs définitions de l'intimité qui sont :

- *Caractère de ce qui appartient à la nature profonde, intime d'un être.*
- *Caractère d'une relation étroite et confiante entre personnes ; union intime.*
- *Domaine de la vie personnelle, privée, cercle étroit des intimes.*

Nous pouvons voir que dans ces définitions, ce qui est commun est cette notion d'intérieur.

Il est cependant difficile pour la personne hospitalisée de vivre cette intimité quand « *L'accès à son intimité, condition du traitement, donne publicité à l'ultime refuge du singulier.* »

## 2.3. L'OBJECTIVATION DU CORPS

### 2.3.1 Le corps

Pour définir ce concept je vais d'abord définir le « corps », pour cela j'ai choisi de prendre la définition du Larousse qui dit : « *La partie matérielle d'un être animé considérée en particulier du point de vue de son anatomie, de son aspect extérieur.* »

Dans une approche plus philosophique de la définition du corps, celle de Descartes me semble intéressante : « *Ce mot de corps est fort équivoque. Quand nous parlons d'un corps en général, nous entendons une partie déterminée de la matière, et ensemble de la quantité dont l'univers est composé. Mais quand nous parlons du corps d'un homme ou d'une femme, nous entendons toute la matière qui est unie avec l'âme de cet homme.* »<sup>6</sup>

Nous pouvons voir qu'il est assez fastidieux de comprendre cette notion de corps tant qu'il est défini de champs disciplinaires différents. Pour autant lorsque nous objectivons ce corps, toute sa compréhension reste assez vaste. C'est en ça que nous allons essayer de comprendre ce qu'est ce processus complexe qui se joue entre le corps et l'objectivation.

### 2.3.2 L'objectivation

M. Louis-Courvoisier (2003, p.299) dit : « *Le corps n'est pas que matière : vivant, il est un individu, un « je ».* Elle explique que la consultation physique du corps ne renvoie pas seulement à la technicité appliquée au corps mais plus précisément à « *la conception, de la représentation du corps et surtout du malade.* »

C'est ainsi que pour l'auteur cette mise à distance du corps en l'objectivant par le corps médical permet de mieux prendre en charge le patient. Ce patient qui n'est pas dans une position de soumission mais qui : « *Découlent également d'un besoin du patient de donner des éléments objectifs susceptibles de faciliter la lecture de son corps et de dénouer l'écheveau de ses sensations.* »

---

<sup>6</sup> *Le Corps en philosophie.* (2012, 31 octobre). La-Philosophie.com

Il est assez complexe de vouloir définir ce mot « objectivation » qui semble inadapté dans les soins. Il serait plus approprié de définir le verbe « Objectiver » qui signifie : « *jeter devant, se placer en dehors de la chose regardée.* » M. Caillol (2010, p.7).

Dans la pratique de la chirurgie cette notion d'objectivation est nécessaire pour l'opérateur, il explique que sans celle-ci il est inefficace dans son rôle technique des soins. Ainsi pour l'auteur : « *Elle engendre une abstraction par rapport à la réalité.* » Cela le réduit à la place du « *Corps-objet* » qui n'a plus droit à la parole, le corps reste le support du soin.

Cette objectivation n'est pas faite de façon normale puisqu'elle va demander à la personne soignante une attention particulière.

Sur l'objectivation, E. Husserl (2019, p.140) dit que « *L'homme n'accède à la conscience de lui-même qu'à travers sa chair : nous sommes immédiatement conscients de notre corps. Il distingue le corps subjectif habité par une conscience du corps purement physique-objectivable- qui est en fait le corps objet, celui de la science...* »

Pour M. Caillol, il doit y avoir une réflexion sur la pratique soignante, qui doit tendre entre « la subjectivité -le plus souvent » et « L'objectivité » qui est nécessaire lors des soins techniques. Ainsi allier les deux permettraient au soignant d'être plus efficace dans un contexte déontologique sans enfreindre l'intégrité morale de la personne soignée.

Pour P. Molinier (2009, p.457) la personne malade est un organe à soigner et cela a toujours existé en milieu hospitalier. Il dit : « *En se concentrant sur l'organe ou la fonction à réparer, les médecins se sont épargnés, autant que faire se peut, d'avoir à se confronter avec la maladie vécue, confrontation qui a été pour l'essentiel déléguée aux infirmières...* D'après lui, cela amène les soignants à se préserver et ainsi à mettre en place des mécanismes de défense qui leurs permettent de maintenir à distance : « *Par évitement, altérisation ou réification, de l'expérience vécue par les personnes dont ils s'occupent.* »

Ce qui reste interrogeable dans cette notion d'objectiver le corps pour pratiquer de meilleur soin est la complexité pour le soignant d'arriver à trouver ce juste milieu pour ne pas être malfaisant en étant bientraitant.

Ainsi : « *Pour parvenir à réduire son malade à l'état d'objet il faut bien en effet que notre soignant fasse abstraction de toutes les qualités subjectives de celui-ci, qu'il ne le considère plus que « composé d'une certaine configuration de membres et d'autres semblables accidents.* » M. Caillol (2019, p.141)

En conclusion pour M. Caillol « *Cette mise entre parenthèses est donc le moyen volontaire grâce auquel un soignant parviendra à prendre la nécessaire distance que lui impose l'agressivité de son art.* »

### **2.3.3 La Distance professionnelle**

Ce concept de distance professionnelle m'a paru une évidence à la suite de l'objectivation du corps. Tout d'abord la distance est : « *L'intervalle qui sépare deux ou plusieurs personnes.* » Larousse (2003).

Il est assez malaisé de prétendre vouloir établir une relation pour prendre soin d'une personne en y mettant de la distance professionnelle. Et pour autant C. Mercadier (2018, p. 33) nous révèle que lors de la réalisation d'un soin, les soignants séparent les soins du corps et ceux de l'âme. Pour l'auteure : « *Quand nous parlons, nous ne touchons pas et quand nous touchons nous ne parlons pas si ce n'est pour faire tomber la gêne ou pour annoncer les gestes à venir [...] Cette parole permet de maintenir le soin dans le champ technique et d'éviter toute ambiguïté. Elle peut aussi renforcer la distance entre soignant et soigné quand les professionnels, tout en réalisant un soin, parlent entre eux, ignorant la présence même du malade.* »

P. Prayez, (2016, p.178) explique que « *Pour comprendre et chercher la distance juste, il est préférable de ne jamais oublier cette donnée toute simple : le soin met au contact deux corps vivants, qui perçoivent des sensations, qui ressentent des émotions, et qui pensent.* »

Dans cette notion de distance, E. T. Hall introduit la proxémie. La proxémie est l'étude des distances sociales entre les individus. Cette relation avec l'autre est ainsi décrite sur une distance physique et psychologique. Il en distingue quatre types :

- La distance intime (de 0 à 40 cm) : situation où la présence de l'autre est dans la zone intime. Il y a donc une proximité physique.
- La distance personnelle (de 40 à 120 cm) : c'est la distance qui peut être retrouvée dans les relations amicales. Elle permet de rester isoler des autres.
- La distance sociale (de 1,20 à 3,6m) : On retrouve une communication verbale présente.
- La distance publique > 3,6m : il n'y a pas de contact physique et pas d'interaction recherchée.

En décrivant ces quatre distances, on peut s'apercevoir que le soignant oscille entre elles.

Cependant il est assez déstabilisant de se dire pour un soignant de faire attention à ne pas trop mettre en jeu ses affects, afin de préserver cette distance professionnelle. Comme nous dit M. Nuss (2016, p.105) qu'est-ce que signifie la « juste distance » ? « *Une distance reste une distance, c'est-à-dire une différence de statut et de qualité entre deux personnes [...] on est en droit de se demander de qui l'on veut se protéger en mettant de la distance (professionnelle) entre soi et l'autre ?* ».

On retrouve à travers les affirmations de P. Prayez (2016, p.) un paradoxe dans la relation et la distance professionnelle. Effectivement pour lui, vouloir demander aux soignants de prendre de la distance « *Sous couvert de professionnalisme* » est pour lui un éloignement de l'énoncé « *Qui tend à tirer cette expérience relationnelle vers une perte de sensibilité à l'autre, et à tolérer des situations inacceptables d'un point de vue éthique* ».

### **3. ENQUETE EXPLORATOIRE**

Après avoir fait la lecture d'ouvrages et d'articles scientifiques, sur les concepts des soins infirmiers, les valeurs fondamentales et l'objectivation du corps, j'ai décidé d'aller sur le terrain afin de rencontrer les soignants et ainsi mettre en confrontation mes recherches sur le thème de mon travail de fin d'études et leurs expériences.

#### **3.1. LA MÉTHODOLOGIE**

La méthode que j'ai choisi d'utiliser est la méthode clinique, en effet cette méthode m'a permis de travailler avec un groupe de soignantes et ainsi cela m'a permis de recueillir leurs points de vue professionnelles, leurs ressentis, leurs expériences et ainsi d'étudier la singularité du sujet sur le thème de mon travail de fin d'études.

##### **3.1.1 Choix de l'outil**

J'ai choisi de mener mon enquête exploratoire à l'aide d'entretien semi-directifs. En effet cette méthode d'entretien m'a semblé la plus adaptée pour collecter des informations sur le thème de mon travail de fin d'études. L'entretien semi-directif permet de se centrer sur l'autre, c'est une dualité. Cela permet un échange plus intéressant car il est singulier. Ainsi en accord avec ma directrice de mémoire, j'ai choisi de poser une question inaugurale qui est la suivante : « **Pourriez-vous me décrire un soin du début de la prescription à la réalisation ?** ». Pour pouvoir éclaircir certaines pensées, j'ai utilisé des questions de relances selon les dires du soignant, et redirigé mes questions sur les concepts que j'ai choisi d'étudier pour mon travail de fin d'études. La question inaugurale pour les aides-soignantes a été légèrement modifier mais le sens de la question restant la même : « **Pourriez-vous me décrire un soin du début à la fin, peu importe le soin ?** »

##### **3.1.2 La population**

Concernant la population que j'ai décidé d'interroger, j'ai choisi des infirmières et des aides-soignantes. Le choix d'interroger les aides-soignantes m'a permis d'avoir une approche et un point de vue différent de celui des infirmières car elles sont en contacts directs tous les jours avec la personne soignée et leurs corps.

J'ai décidé d'interroger des professionnels de santé qui exercent à l'hôpital et en lieu de vie. En effet il m'est paru évident de prendre en compte la structure auquel les personnes interrogées exercent pour avoir une réflexion plus élargie.

J'ai donc fait quatre entretiens dans deux lieux différents, avec des professionnels de santé ayant de l'expérience et d'autres non.

J'ai choisi dans un premier temps une infirmière qui exerce en milieu hospitalier. Elle est diplômée depuis 2002 et exerce à l'hôpital depuis 2011, elle a travaillé essentiellement en chirurgie. Puis dans un deuxième temps j'ai interrogé une aide-soignante toujours à l'hôpital qui est diplômée depuis 2010 et qui a travaillé dans divers services (chirurgie, médecine...) et elle est en poste depuis l'année dernière en soin intensif.

Pour le lieu de vie, j'ai fait le choix d'interroger une infirmière diplômée depuis peu c'est-à-dire sortie de l'école en 2020. Cela m'a permis de m'interroger sur l'apprentissage lors des formations et ainsi des notions qui ont été enseignées sur l'application ou non de ces enseignements théoriques acquis. Concernant l'aide-soignante, le jour de ma venue, je n'ai pas pu trouver une aide-soignante diplômée depuis peu. J'ai donc interrogé une aide-soignante diplômée depuis 2006 et qui travaille dans l'établissement depuis 2007. Elle a aussi exercé en tant qu'intérimaire dans d'autres établissements.

Cette diversité ou non d'expériences professionnelles m'a permis de comprendre en quoi les soins ne peuvent pas être figés étant donné que la relation soignant/soigné est tout aussi différentes car elle s'établit avec la singularité de chaque personne. Et selon la soignante que nous sommes, l'interaction, la mise en pratique sera différente à chaque rencontre.

### **3.1.3 *Lieu des entretiens***

Comme je l'ai expliqué plus haut, j'ai choisi des professionnels de santé qui exercent à l'hôpital et dans un lieu de vie. Cela m'a permis d'analyser si les notions de patient et résidents peuvent avoir une incidence sur ma question de départ. Cela m'a permis de comparer la prise en charge de la personne tant d'un point de vue de lieu que de statut.

### **3.1.4 Dérouler des entretiens**

Les entretiens au centre hospitalier ont été faits lors de mon stage en chirurgie, cela a donc été plus facile pour moi de demander l'accord auprès de la cadre de service qui a validé mes demandes d'entretiens. En effet les entretiens ont été menés pendant les périodes calmes de la journée étant donné que nous étions en 12h dans le service. La cadre de santé ayant deux services sous sa responsabilité, j'ai fait le choix de mener les entretiens avec des professionnels de santé avec lesquels je n'ai jamais eu l'occasion de travailler. Cela m'a permis d'avoir une neutralité sur la personne interrogée. Concernant mes entretiens en lieu de vie, j'ai fait une demande écrite d'autorisation auprès de la cadre de santé (Annexe I)

Pour une meilleure retranscription, j'ai enregistré les entretiens avec mon téléphone portable (Annexe II) et je n'ai pas corrigé les fautes de syntaxe, j'ai voulu rester au plus près des dires des personnes interviewées.

Pour une question d'anonymat, j'ai modifié les prénoms des personnes interrogées.

### **3.1.5 Difficultés rencontrées**

Les entretiens à l'hôpital ont été difficiles à planifier. En effet le service dans lequel j'étais en stage étant un service très actif, il a été compliqué pour moi de me détacher les premières semaines pour effectuer les entretiens avec les soignantes. Dans un premier temps j'ai voulu mener les entretiens dans le même service mais au vu du manque de temps et de disponibilité de l'équipe, j'ai pu me tourner vers le service situé juste à côté.

## **3.2. ANALYSE ET EXPLOITATION DE L'ENQUÊTE**

Pour faire l'analyse de mes entretiens, j'ai décidé de faire une grille (Annexe III) qui reprend les réponses des personnes interrogées avec les concepts abordés dans mon cadre de référence. Cela m'a permis d'avoir une vue d'ensemble sur les données recueillies afin de pouvoir faire le lien avec mon cadre de référence.

### **3.2.1 Autour du soin**

Le soin reste un terme communément utilisé dans le milieu médical, mais que signifie-t-il auprès de ces mêmes personnes qui ont choisi de travailler dans ce domaine.

Au décours de mes quatre entretiens, toutes les soignantes ont décrit des actes énumérés pour décrire le soin. Cependant pour L'AS 1 dit : « *J'essaie le plus possible de faire participer le patient* » (l. 32) ainsi que pour L'AS 2 : « *Ensuite, pendant la toilette, en général le résident me pose des questions sur mes enfants et là on discute pendant le soin...* » (l. 21-22). On peut remarquer que pour les deux aides-soignantes dans le soin, cette notion d'échange décrite par Walter Hesbeen est présente lors du soin qu'elles effectuent auprès de la personne soignée. Ainsi, selon le soin effectué, il sera plus aisé de parler ou non selon l'acte pratiqué.

Dans les entretiens avec les deux infirmières, je peux remarquer que la description précise de l'acte de soin reste un élément principal. Comme le décrit Michel Caillol, un soin est un acte technique que l'on doit maîtriser, mais au-delà de cette action, il ne faut pas oublier que l'on s'adresse à une personne humaine et ainsi la finalité est cette considération de l'autre avant tout. Cela fait référence à Laure Marmilloud, en effet pour elle, le soin est une interaction entre deux personnes qui ainsi conduit à une relation.

#### **LA RELATION**

Pour mener une relation, il faut l'interaction de deux personnes. C'est ce qui se joue tous les jours lorsque nous pratiquons un soin, et peu importe la nature de ce soin.

Pour les quatre professionnels interrogés, établir cet échange est primordial. Comme me l'a expliqué L'IDE 1, elle va s'adapter à la personne qu'elle a en face : « *Je cherche à savoir comment la personne elle le vit et comment moi je dois m'adapter à la personne, est-ce que la*

*personne elle veut qu'on échange à ce moment-là ou est-ce qu'elle veut son moment intime. »* (l. 50-52).

En revanche pour L'IDE 2 : *« Pour moi, un soignant qui parle pas je trouve ça hyper lourd. On fait ce métier pour avoir un contact avec un patient avec du relationnel »* (l. 86-88)

Et pourtant les deux infirmières sont dans une relation de soutien comme le décrit Louis Malabeuf...

L'une comme l'autre, elles ont une manière différente de la représentation de la relation, mais pour autant la prise en charge du patient, le respect de l'autre reste un point essentiel. Il n'y a donc pas de bonne ou mauvaise relation, l'essentiel étant de considérer la personne que nous avons en face de nous.

Dans ma situation d'appel N°2, l'infirmière vient pour la réfection du pansement. Elle ne reste pas longtemps, mais elle arrive à créer cette relation avec la résidente puisqu'elle lui demande son avis, la considère. Il en est de même pour l'AS 2 qui demande à chaque étape l'aval du résident.

Cependant durant les deux entretiens que j'ai pu avoir avec les aides-soignantes 1 et 2, un paramètre important est apparu dans cette relation. En effet lorsqu'une tierce personne intervient dans le soin, cela peut parasiter cet échange. L'AS 1 explique : *« Après, il m'est déjà arrivé d'être en binôme avec une collègue et qu'elle me parle de son week-end en oubliant le patient et j'essaie le plus possible de faire participer le patient pour ne pas faire comme si ce n'était pas un être humain que l'on prend en charge mais une personne à part entière. »* (l. 30-33).

L'AS 2 m'explique qu'un soin en binôme peut parfois *« déshumaniser »* cet échange avec la personne soignée et que pour éviter cela, elle fait participer le résident dans la conversation. Mais pour Jacques Chalifour, cette relation d'aide implique un échange mutuel, de l'écoute et ainsi les deux aides-soignantes en faisant participer la personne soignée, la prend en compte.

Ainsi, pour qu'une relation puisse s'établir, il est important que les deux personnes aient la capacité d'échanger et donc de recevoir ce que l'autre souhaite exprimer. Sans cela nous restons dans une relation fonctionnelle. Comme le décrit Louis Malabeuf, la relation fonctionnelle est un échange qui est axé sur un soin dont le patient fait la demande.

Dans ma situation d'appel N°1, l'aide-soignante est peut-être dans cette relation fonctionnelle. Elle vient aider le patient pour sa toilette. A-t-elle essayé d'engager une conversation et ainsi n'a-t-elle eu aucun retour de la part du patient ?

Si la relation à l'autre était si facile, nous n'aurions aucune interrogation à avoir, à réfléchir. Alexandre Manoukian nous montre que cette notion d'échange doit tenir compte du caractère, de la psychologie particulière et de l'histoire de chacun pour appréhender un rapport à l'autre.

### **3.2.2 Les valeurs soignantes**

Lors de mes entretiens, il m'est apparu important de traiter la notion de valeur. Pour l'IDE 1, la notion de respect est essentielle pour elle. Il est de même pour L'IDE 2 et l'AS 2.

L'IDE 1 le décrit bien lorsqu'elle explique que lors d'un acte technique, elle préfère ne pas parler et ainsi laisser le silence s'installer afin que la personne puisse avoir son moment intime. Bien entendu, chaque personne a des valeurs qui lui sont propres.

L'IDE 2 rajoute que la politesse et l'empathie sont aussi des valeurs importantes pour elle. Ces valeurs, citées par les trois soignantes, restent les valeurs principales pour pouvoir prendre en charge le patient. Il est intéressant quant à l'aide-soignante 1, qui parle de rester « humble ». Dans cette notion d'humilité, cela représente le fait pour cette aide-soignante de ne jamais se placer au-dessus de la personne soignée, mais d'être à côté d'elle afin de l'aider à recouvrer ou l'accompagner dans un moment difficile de sa vie. Elle cite « *On tombe vite dans le jugement, malheureusement tu connais pas la vie des gens, tu sais pas ce qui ont eu dans leurs enfances, tu sais pas ce qu'ils ont vécu, et ça peut arriver à tout le monde et du coup vraiment rester euh défois c'est pas évident dans certaines situations mais rester toujours humble euh rester humain quoi.* » (l. 56-59).

Comme le décrit Shalom H. Schartz « *chacun à des valeurs différentes selon sa conception de la vie.* » et ainsi les priorise selon l'importance qu'il y met.

#### **RESPECT DANS LA PRISE EN CHARGE**

Quand nous parlons de prise en charge, il est normal d'associer trois notions importantes qui sont la dignité, la pudeur et l'intimité.

Les personnes interviewées relatent instinctivement ces trois notions dès lors qu'elles relatent un soin qui touche à la nudité. Pour les quatre soignantes les valeurs citées plus haut vont avoir une influence sur cette prise en charge de la personne soignée.

Dès lors que nous ne sommes pas à la place de la personne soignée, il est difficile de comprendre ce qu'elle ressent.

Anne marie Duguet (2010, p.95) explique qu'un patient admis à l'hôpital aura tendance à être dans un état de fragilité. En effet les soins techniques étant le point central de la prise en charge du patient, celui-ci se retrouve dans un état de vulnérabilité, il devient dépendant des soignants pour les actes de la vie quotidienne et n'a plus son mot à dire. Ainsi pour l'auteur : « *Le respect de la dignité d'un sujet sans défense dépend de la bonne volonté des soignants qui vont faire à la place du sujet les gestes de la vie courante, de l'intimité [...] dans le respect des souhaits du malade quant à son image corporelle.* »

### **3.2.3 Le rapport au corps**

Pour poursuivre mon analyse, j'ai décidé de poser la question sur l'objectivation du corps. En tant que soignante, la confrontation de cet attribut qui est le corps, reste un élément essentiel dans la prise en charge de la personne malade, soignée.

Pour l'IDE 1, à force d'être face à un corps nu, elle peut parfois ne plus prêter attention et ainsi comme elle dit « *zapper* » que la personne est en face. Elle n'a peut-être pas envie qu'on la voit dans « *le plus simple appareil* ».

Pour les deux aides-soignantes, l'une parle de « *banalisation* » car elles enchainent les toilettes et qu'à force un corps nu reste un corps à proprement parlé. Pour la deuxième aide-soignante, elle expose deux façons d'appréhender cette objectivation du corps.

La première comme un bon moyen pour prendre en charge la personne malade, qui peut avoir des stigmates dus à sa maladie et donc faire abstraction de « *ses préjugés, ses appréhensions, ses peurs face à un corps meurtri...* » (l. 58-59).

Et la deuxième, elle parle de « *déshumanisation* » de la personne soignée ; elle fait le lien avec une toilette en binôme qui fait référence à un trio et non plus un duo. Cette affirmation est aussi décrite par l'aide-soignante 1, qui explique qu'un soin fait en binôme peut interférer dans la

relation soignant-soigné et donc en oublier le patient qui est dans le lit, dévêtu et dans une position de faiblesse.

Quant à l'IDE 2, ce que j'ai trouvé très intéressant dans son entretien au sujet de l'objectivation du corps, c'est qu'il est parfois nécessaire. Elle relate la réfection d'un pansement d'une patiente amputé qui lui a posé un problème. Pour elle, son métier d'infirmière est de prendre soin du malade et quand il y a des situations comme celle-ci, elle explique qu'elle a été obligée de détacher ce pied de la patiente pour pouvoir faire ce soin.

Michel Caillol l'explique bien lorsqu'il dit : « *Pour parvenir à réduire son malade à l'état d'objet il faut bien en effet que notre soignant fasse abstraction de toutes les qualités subjectives de celui-ci, qu'il ne le considère plus que composé d'une certaine configuration de membres et d'autres semblables accidents.* » C'est en effet ce qu'il s'est passé pour l'IDE 2.

Pour Micheline Louis Courvoisier la mise à distance du corps en l'objectivant par le corps médical permet une meilleure prise en charge du patient. Elle explique que le patient n'est pas une position de soumission mais cela résulte d'un besoin du patient : « *De donner des éléments objectifs susceptibles de faciliter la lecture de son corps et de dénouer l'écheveau de ses sensations.* »

Dans ma situation 1, on peut voir que l'aide-soignante fait abstraction du corps du patient. En effet elle ne prend pas la peine de fermer la porte de la salle de bain pour préserver l'intimité du patient. Comme l'explique l'aide-soignante 1, est ce que la lassitude du métier fait que certaines soignantes en arrivent à ne plus respecter l'autre ? Et pour autant on ne peut pas généraliser cette situation car dans ma situation d'appel n°2, on se rend compte que l'aide-soignante couvre les parties intimes de la résidente lors de notre arrivée dans la chambre.

J'ai pu remarquer que selon la profession que nous exerçons, l'approche du corps est différente d'un professionnel à un autre. C'est pour cela que j'ai fait le choix d'interroger des aides-soignantes car elles sont en première ligne face au patient et le temps qu'elle passe avec eux est beaucoup plus long. Elles ont une proximité qui dure plus longtemps que les infirmières.

Cette notion de lassitude comme décrit par l'AS 1, peut-être, je pense une conséquence d'actes répétés, enchainés, qui aboutit à une routine professionnelle. D'où cette « banalisation » du corps, qui est un terme que je n'aime pas utiliser. Mais qui existe comme le décrit l'AS 1 : « *Franchement je pense que certaines personnes peuvent être lassés de leur boulot au bout de*

*30 ans tu vois, à un moment donné je pense que les filles peuvent se lasser et qui du coup banalise le soin, la personne. » (l. 49-51).*

On peut voir lors des premiers stages que nous effectuons en début de formation en soins infirmiers, des étudiants sont terrorisés à l'idée de se retrouver face à un corps, nu et malade dans certains cas.

Lors de mon stage en chirurgie, j'ai eu l'occasion de passer une demi-journée au bloc opératoire. Je me suis rendu compte lorsque le chirurgien était en train d'opérer, la concentration et les gestes techniques d'une maîtrise inébranlable.

La patiente a subi une intervention pour la mise en place d'une prothèse de hanche. J'étais fasciné par l'aplomb du chirurgien et de l'infirmière de bloc qui l'assistait.

Pour faire suite à mon questionnement, j'ai pu comprendre que cette objectivation du corps par le chirurgien était nécessaire pour que cette patiente puisse recouvrer une marche après l'intervention. Michel Caillol le décrit parfaitement quand il explique que dans la pratique de la chirurgie, l'opérateur qui est là le chirurgien doit objectiver ce corps afin d'être efficace dans son rôle technique de soin. Et que cela réduit le corps à un « Corps-objet »

### **3.2.4 La distance professionnelle**

Pour finir mon enquête, j'ai souhaité m'intéresser à la distance professionnelle. Seulement deux soignantes m'ont parlé de la distance.

L'infirmière 2 m'explique que c'est un mécanisme de défense lorsqu'elle doit pratiquer un soin complexe qui peut engendrer chez elle des émotions particulières. Pour l'aide-soignante 1, elle explique qu'en formation, on leur enseigne la notion de distance professionnelle mais pour elle cela reste difficile sur le terrain de ne pas ressentir les émotions lors de situations difficiles. Lorsqu'elle parle de la situation sanitaire qu'il y a eu face au Covid, qu'elle était confrontée à tenir la main de patient entrain de partir (car les familles ne pouvaient pas être présentes), elle dit : *« je faisais que pleurer, je peux pas me dire « faut pas que tu pleures » à l'école on te parle de distance machin mais tu peux pas c'est impossible enfin pour moi, tu vois... » (l. 46-47).*

Selon chacune, cette notion de distance est différente et est vécue selon ses émotions à pouvoir gérer les situations.

Dans les enseignements théoriques, on nous apprend qu'il faut savoir se préserver et mettre de la distance professionnelle pour ne pas être affecté à chaque situation complexe dans le soin. Mais pour autant Carl Rogers nous explique dans sa théorie, cette notion de congruence. La congruence est la capacité à être en accord avec ses sentiments, ses pensées.... Vouloir se protéger et avoir ce mécanisme de défense face à l'autre comme l'explique l'IDE 2 c'est à mon avis, une façon de préserver son affect et ainsi se protéger de l'autre.

Pour Marcel Nuss, il s'interroge sur cette juste distance ? Pour lui : « *« Une distance reste une distance, c'est-à-dire une différence de statut et de qualité entre deux personnes [...] on est en droit de se demander de qui l'on veut se protéger en mettant de la distance (professionnelle) entre soi et l'autre ? »*

Vouloir se protéger de qui ou de quoi ? C'est intéressant lorsque nous sommes amenés à travailler avec des êtres humains.

En conclusion, pour mettre en relation mon cadre de référence, mes entretiens et ma question de départ qui est la suivante : « Comment l'objectivation du corps de la personne soignée peut mettre à mal les valeurs fondamentales qui régissent les soins infirmiers ? »

Tout au long de ce cheminement sur cette réflexion de départ, il m'est apparu évident que soigner est un art complexe. Effectivement l'interaction entre deux individus ayant leurs propres pensées, caractères et valeurs font de cet échange une relation délicate.

Cependant objectiver le corps permet au soignant de prendre en charge le patient selon les situations. Il est pour l'une des infirmières, le moyen de soigner le patient au mieux et ainsi mettre en place un mécanisme de défense pour ne pas être affectée dans les situations difficiles. Les quatre professionnels parlent des valeurs qui les animent dans leur métier. L'essentiel étant de garder en tête que chaque acte, chaque geste peut être perçu d'un point de vue différent et qu'il est bon dans notre métier de toujours se questionner et ainsi de se mettre à distance afin d'améliorer nos pratiques.

## CONCLUSION

Prendre en charge des patients qui sont avant tout des êtres humains, des personnes uniques et singulières sont des éléments incontournables à prendre en considération. Quand nous choisissons d'exercer un métier qui tend à interagir avec l'autre, il ne faut pas négliger la parole de la personne qui vit sa maladie, c'est une collaboration essentielle qui sous-entend une alliance thérapeutique.

Évidemment entre la théorie et la pratique, il faut arriver à trouver un juste milieu pour ne pas être déçu par la profession d'infirmière. Mais pour autant j'ai souhaité décrire deux situations qui reflètent la réalité du terrain. L'une qui considère ce corps et toutes les sphères qui l'entourent, une relation basée sur le respect de l'autre. Puis la deuxième cette objectivation du corps avec une abstraction de la relation, qui pourtant reste fondamentale à mes yeux dans les soins infirmiers.

Quand nous sommes confrontés au quotidien par le biais de notre métier à des corps malades, nus, est-ce que nous ne négligeons pas l'être humain par des actes techniques qui nous incitent à faire des gestes automatiques et en oublier les valeurs fondamentales des soins infirmiers ? Au travers ce questionnement, j'ai pu me rendre compte que nos valeurs, notre éducation influence cette prise en charge.

Ainsi, grâce aux entretiens, cela m'a permis de me rendre compte que nos actes, nos gestes peuvent à un moment donné fausser notre manière de prendre en charge la personne soignée qui ne reflète pas notre vision du soin. Durant les entretiens que j'ai pu effectuer, la charge de travail et la lassitude professionnelle peuvent influencer l'objectivation du corps.

En tant que future professionnelle, je ferais en sorte de respecter la personne soignée dans sa sphère psychologique et physique, en ne tenant pas pour acquis des apprentissages théoriques qui devront être tout au long de ma carrière, remise en question pour ne pas tomber dans une routine professionnelle.

Ainsi pour conclure ce travail de fin d'études, les soignants ont des valeurs qui guident leur profession. Cependant objectiver le corps permet de mieux prendre en charge le patient selon la situation et ainsi l'aider à recouvrer la santé plus rapidement. En cela ma question de recherche est la suivante : « **Objectiver le corps permet-il de mieux soigner sans mettre à mal les valeurs soignantes ?** »

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **OUVRAGES**

- CHALIFOUR, J. (1998). *Relation d'aide en soins infirmiers (La) : Une perspective holistique- humaniste*. Gaëtan Morin. p.96
- FORMARIER, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, N° 89(2), 33
- HESBEEN, W. (2017). *La Qualité Du Soin Infirmier : De La Réflexion Éthique À Une Pratique De Qualité (Hors collection) (French Edition)* (3<sup>e</sup> éd.). Elsevier-Masson.
- HESBEEN, W. (2011). *Prendre soin à l'hôpital : Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante (Hors collection) (French Edition)*. Elsevier Masson.
- MARMILLOUD, L., & PIERRON, J. (2019). *Donner vie à la relation de soin : Expérience pratique et enjeux éthiques de la réciprocité (Espace éthique) (French Edition)*. Eres. P 88
- VALLEJO, M. (2014). *Une approche philosophique du soin : L'éthique au cœur des petites choses*. Toulouse, France : Erès. p.46
- PIERRON, J. P., VINOT, D., & CHELLE, É. (2018). *Les valeurs du soin*. Seli Arslan.
- MOLINIER, P. (2009). Vulnérabilité et dépendance : de la maltraitance en régime de gestion hospitalière. Dans : Marlène Jouan éd., *Comment penser l'autonomie : Entre compétences et dépendances* (pp. 433-458). Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France

### **SITOGRAPHIE**

- Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948*. (2001, 1 août). justice.gouv.fr.  
<http://www.textes.justice.gouv.fr/textes-fondamentaux-10086/droits-de-lhomme-et-libertes-fondamentales-10087/declaration-universelle-des-droits-de-lhomme-de-1948-11038.html>
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*. (2005). cnrtl.  
<https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9I1819>. Consulté le 17/11/2020
- Article R. 4311-2 - Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code - *Légifrance*. (2004). Légifrance.  
[https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000001651769](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001651769)

*Code de déontologie.* (2016). LEGIFRANCE.

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178629/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178629/)

*Conseil National - Le code de déontologie des infirmiers.* (2016). CONSEIL NATIONAL DES INFIRMIERS

<https://www.ordre-infirmiers.fr/deontologie/publication-du-code-de-deontologie.html>

*Dictionnaire de l'Académie française.* (2019). 9e édition | intimité. <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9I1819>

*LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.* (2002). LEGIFRANCE.

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>

MALABEUF : [Différents aspects de la relation soignant soigné – PaReDoc \(wordpress.com\)](#)

LAROUSSE, A. (1992). *Dictionnaire de français Larousse.* LAROUSSE.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/valeur/80972>

LAROUSSE. (1992a). *Définitions : pudeur – Dans Dictionnaire en ligne.* Consulté le 20 février 2021 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pudeur/64989>

LAROUSSE, A. (1992). *Définitions : corps - Dictionnaire de français Larousse.*

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/corps>

LE CORPS EN PHILOSOPHIE. (2012, 31 octobre). La-Philosophie.com : Cours, Résumés & Citations de Philosophie. <https://la-philosophie.com/corps-philosophie>

## **ARTICLES**

CAILLOL, M. (2010). La démarche éthique en chirurgie : objectiver en restant libre. *Laennec*, 3(3), p. 7

CAILLOL, M. (2019). L'objectivation nécessaire dans la pratique soignante. *Cancer(s) et Psy(s)*, 1(1), p.134-135

DUGUET, A.-M. (2010). Chapitre 7. Le respect de la dignité à l'hôpital. *Journal International de Bioéthique*, 21(4), 93. <https://doi.org/10.3917/jib.214.0093>

FORMARIER, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, N° 89(2), 33.

HESBEEN, W. (1999). Le caring est-il prendre soin ? *perspective soignant*, 4, 33-48.

GINESTE, Y., MARESCOTTI, R., & PELISSIER, J. (2008). L'humanité dans les soins. *Recherche en soins infirmiers*, 94, 42-55.

- GUEIBE, R. (2016). La nudité dans l'acte de soin. *Soins Aides-Soignantes*, 13(69), 18-19.  
<https://doi.org/10.1016/j.sasoi.2016.02.005>
- LE BRETON, D. (2018). La pudeur à l'hôpital et dans les soins. *Soins*, 63(831), 32-35.
- LOUIS COURVOISIER, M. (2003). Qu'est-ce qu'un malade sans corps ?  
 L'objectivation du corps vue à travers les lettres de consultations adressées au Dr Tissot (1728-1797) dans Franziska Frei Gerlach, Annette Kreis-Schink, Claudia Opitz.
- Mercadier, C. (2018). Le soignant et son rapport au corps malade. *Soins*, 63(822), 29-32.  
<https://doi.org/10.1016/j.soin.2017.12.008>
- NUSS, M. (2016). Chapitre 10. Lien affectif, distance professionnelle et confusion des rôles.  
 Dans : M. Nuss, *Handicap, perte d'autonomie : Oser accompagner avec empathie* (pp. 103-108). Paris : Dunod.
- PEOC'H, N., & CEAUX, C. (2012). Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé... *Recherche en soins infirmiers*, N°108(1), 53.
- PETERMANN, M. (2016). La juste distance professionnelle en soins palliatifs. *Revue internationale de soins palliatifs*, 4(4), 177-181.
- PIERRON, J. P. (2010). Le soin : dignité et intimité. Dans : J. P. Pierron, *Vulnérabilité : Pour une philosophie du soin* (pp. 101-124). Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France.
- SALTEL, P. (2020). Les vertus de l'intimité dans la relation de soin : pudeur, chasteté, modestie. *Revue française d'éthique appliquée*, 1(1), p 112
- SCHWARTZ, S. (2006). Les valeurs de base de la personne : théorie, mesures et applications [1]. *Revue française de sociologie*, 4(4), p. 931.
- TORNEBERG, M.-A. (2018). Soigner dans la dignité. *Soins*, 63(824), 35-37.
- WORMS, F. (2006). Les deux concepts du soin. *Esprit*, Janvier (1), 143... p 143

## **RAPPORT**

- Le corps ambivalent entre objectivation et expérience vécue.* (2008). [https://hal.archives-ouvertes.fr/cel-01818336/file/Le-corps\\_amphi-P1-LGB\\_22-01-08\\_\(J.LAMY\).pdf](https://hal.archives-ouvertes.fr/cel-01818336/file/Le-corps_amphi-P1-LGB_22-01-08_(J.LAMY).pdf)
- Recherche, A., Magnon, R., Déchanoz, G., Bec, J., & C. (2005). *Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière : POD (Hors collection) (French Edition)* (ELSEVIER-MASSON éd.). MASSON.

## **AUTRES**

Cours magistral Mme Paris « De la communication à la relation de soin » Carl Rogers

# ANNEXES

## **Table des matières annexes**

Annexe 1 Autorisation de réalisation d'entretien	I
Annexe 2 Guide d'entretien	II
Annexe 3 Retranscription des entretiens	III
Entretien IDE 1	III
Entretien IDE 2	VI
Entretien AS 1	XI
Entretien AS 2	XI
Annexe 4 Grille d'analyse des entretiens par contenu	XIV
Annexe 5 Autorisation de diffusion travail de fin d'études	XXIV

# ANNEXE I : Autorisation de réalisation d'entretien

   
**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

M<sup>lle</sup> Mélaine SEACHAO  
Étudiant(e) en soins infirmiers  
Adresse :

à Madame la Directrice des Soins  
Monsieur le Directeur des soins

Téléphone : 04 90 37 21 84  
Mail : m.seachao@gip.es

Avignon, le 24 février 2021

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le(s)  
service(s) : .....

auprès de la(des) population(s) : Infirmières et Aide-soignante .....

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

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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

**CENTRE DE VIE LA GRANGE**  
195 Impasse des Hauts Murs  
84210 SAINT-PIERRE-DES-PALLUDES  
39000 - 04 90 37 21 84 - Fax 04 90 37 90 22

Établissement Régional de Formation des Professions Paramédicales - GIPES d'Avignon et du Pays de Vaucluse  
740 chemin des Meunajaries - 84907 AVIGNON Cedex 9 - Tél 04 32 46 37 05

## Annexe II : Guide d'entretien

**Thème :** Les valeurs soignantes face à l'objectivation du corps.

### **Questions générales :**

- Présentation de la personne interrogée
- Parcours professionnel (durée et date d'obtention du diplôme)
- Remerciement et savoir si la personne souhaite rajouter autre chose.

**Question inaugurale :** Pourriez-vous me décrire un soin du début de la prescription à la réalisation.

### **Thèmes de relance :**

- Objectivation du corps : Qu'est-ce que cela vous évoque lorsque je vous parle d'objectivation du corps ?
- Le soin : Peu importe le soin  
Pendant le soin, peux-tu me dire ce qu'il se passe avec le patient/ résident ?
- Les valeurs : Si je te parle de valeurs, qu'est-ce cela représente pour toi ?

## ANNEXE III : Retranscription des entretiens

### 1. Entretien n°1 : IDE en lieu de vie

**Moi : Du coup avant de commencer l'entretien, le thème de mon travail de fin d'étude est sur les valeurs du soin. Alors est-ce que tu pourrais te présenter et me décrire un peu ton parcours et me dire depuis combien de temps tu es diplômée ?**

IDE 1 : Alors je m'appelle Florence, je suis sortie de l'école il y a tout juste l'année dernière en juillet 2020 donc je suis fraîchement diplômée (rires). Du coup mis à part mes stages à l'hôpital et les missions d'intérim que j'ai pu faire, je n'ai pas beaucoup d'expériences. En plus je suis arrivée ici en Aout 2020.

**Moi : Ok, alors je vais te poser une question inaugurale. Tu dois faire un soin à un patient, pourrais-tu me décrire le dérouler de ce soin, de la prescription à la réalisation ?**

IDE 1 : Tu as besoin que je te présente le service ou il n'y a pas besoin ?

**Moi : Non, c'est pas la peine.**

IDE 1 : Euh, je te décris n'importe quel soin ou tu veux que je t'en décrive un en particulier ?

**Moi : Peu importe le soin**

IDE 1 : Alors je vais de décrire un soin, ben par exemple si je prends une patiente qui a besoin d'un sondage évacuateur cinq fois par jour, euh donc on a la prescription à 5h, 9h, 16h, 19h et 21h en terme d'horaires, donc elle est habituée à ses sondages là, euh tout est en place dans sa chambre, on a des tiroirs pour chaque patient où on a le matériel nécessaire, c'est-à-dire des poches, des sondes enfin des mini sondes en fonction du méat de cette patiente-là donc euh cette patiente est habituée au soin donc quand même on la prévient quand on rentre dans la chambre, on met la présence, on la prévient qu'on va faire le soin, euh cette dame a un méat qui est assez haut donc pour le sondage aller-retour on fait en sorte que la patiente soit sur le dos et les jambes un peu pliées et on écarte pour avoir accès au méat, mais pour cette dame on la met sur le côté sinon c'est pas possible donc on fait un nettoyage à la bétadine parce que cette dame est allergique au dakin, euh on prend notre sonde puis on la met dans le méat et on attend que l'urine coule dans la poche parfois on a tendance à appuyer sur la vessie mais légèrement faut pas en abuser, puis voilà. Silence....

**Moi : Que fais-tu pendant que tu sondes la personne ?**

IDE 1 : Bah avec cette dame on échange beaucoup pendant l'acte, ça ne la dérange pas pendant ce moment-là. Au début je n'avais pas trop tendance à lui parler car je trouve que c'est un moment assez intime, moi j'aurais tendance à préférer à ce moment-là laisser la personne faire

ses besoins et ensuite discuter, mais cette dame-là cela ne la dérange pas, elle peut me raconter ce qu'elle fait dans l'après-midi etc... Et voilà moi en termes de communication moi je suis basé de dire à la personne tous les soins que je vais faire, prévenir etc...avant chaque geste et non personnellement c'est propre à chaque patient, il y a des patients où c'est leur moment intime, il ne faut pas les déranger, c'est leur moment et d'autres ça ne les dérange absolument pas.

**Moi : Et pendant le soin quelle attitude adoptes-tu face à la personne ?**

IDE 1 : Euh pour ce soin par exemple, je trouve que c'est intime, de faire ses besoins, en fait je trouve qu'on a tellement l'habitude de faire des soins de nursing, qu'on banalise trop les choses en fait. Mais non c'est quand même assez intime de faire des besoins devant une personne, c'est surtout qu'ici la population est assez jeune, ça n'est pas comme en maison de retraite, des personnes de 90 ans, ici ce sont des personnes jeunes et on touche à leur égo, souvent ils le disent qu'ils en ont marre qu'on les mette de côté pour faire des selles ou qu'on les attende qu'ils finissent de faire leurs selles. C'est compliqué pour eux donc je pense qu'il y en a qui ont du mal à l'accepter, il ne faut pas leur en rajouter à les déranger dans ces moments-là ou à leur parler de la pluie et du beau temps pour dire qu'on échange avec eux. C'est pour ça que selon la personne, il m'arrive de ne pas parler pendant le soin, c'est une question de respect pour moi. Enfin je dis pas que je me mets à la place de ces personnes là, mais c'est un moment intime que l'on doit respecter et euh.... Je sais pas comment te dire... moi si j'étais à la place du patient, je n'apprécierais pas qu'on me parle, personnellement. Et c'est pour ça que je cherche à savoir comment la personne elle le vit et comment moi je dois m'adapter à la personne, est-ce que la personne elle veut qu'on échange à ce moment-là ou est-ce qu'elle veut son moment intime. Voilà ...Après c'est comme dans des soins qui sont un peu plus invasifs , même si elles parlent beaucoup durant les soins , bah quand tu vas faire par exemple une prise de sang, la personne elle ne va plus parler et là tu vas voir qu'il ne faut pas lui dire quoi que ce soit. Voilà...Silence

**Moi : D'accord, du coup pour toi tu caractérises ça comme du respect pour la personne ou bien de la distance que tu peux mettre en tant que soignante ?**

IDE 1 : Non c'est pas de la distance mais c'est le respect de la personne et de son intimité. Après c'est juste de l'humanité d'un côté, de respecter un moment qui est très très intime pour eux, enfin surtout pour une jeune personne.

**Moi : Tu veux rajouter autres choses ?**

IDE 1 : Euh non je pense avoir tout dit (rires)

**Moi : Du coup, j'aurais une dernière question, si je te parle d'objectivation du corps, qu'est que ça t'évoque ?**

IDE 1 : Alors étant... On va dire confronter tous les jours à la nudité du patient, je pense qu'à un moment donné bah on n'y fait plus attention et du coup c'est vrai que parfois on peut zapper qu'on a une personne nu devant nous et qu'elle n'a peut-être pas envie qu'on la voit dans le plus simple appareil, après j'essaie pour ma part de faire très attention mais ça m'arrive de pas y penser et avec des soins qui parfois vont s'enchaîner, je vais venir faire mon soin et je vais en oublier que j'ai une personne en face de moi.

**Moi : D'accord, je te remercie. As-tu autres choses à rajouter ?**

IDE 1 : Bah écoute non je pense avoir tout dit.

## 2. Entretien n° 2 : IDE à l'hôpital

1 **Moi : Avant de commencer l'entretien, le thème de mon travail de fin d'étude porte sur**  
2 **les valeurs du soin. Alors je vais d'abord te laisser te présenter, ça fait combien de temps**  
3 **que tu es diplômée, dans quel service tu as travaillé et depuis combien de temps tu**  
4 **travailles dans ce service.**

5 IDE 2 : Ok, alors je m'appelle Lisa, je suis diplômée depuis 2002, j'ai travaillé d'abord en  
6 intérim donc j'ai fait plusieurs missions un peu n'importe où car je suis arrivée dans la région  
7 car je ne connaissais pas comme je ne suis pas de la région. Et après j'ai travaillé en clinique de  
8 chirurgie générale, et je suis arrivée ici en 2011. J'ai fait essentiellement de la chirurgie.

9 **Moi : D'accord merci. Du coup je vais te poser ma question, j'aimerais que tu me décrives**  
10 **un soin infirmier ou autres du début de la prescription jusqu'à sa réalisation.**

11 IDE 2 : OK, euh jusqu'à la fin de la réalisation, lorsque je sors de la chambre ?

12 **Moi : Oui c'est ça.**

13 IDE 2 : Alors je vais te parler d'une ablation de drain par exemple.

14 **Moi : Ok**

15 IDE 2 : Donc c'est le chirurgien qui la décide lors de sa visite c'est pas protocoliser comme en  
16 ortho, c'est vraiment le chirurgien qui décide quand on doit enlever le drain. Donc une fois qu'il  
17 l'a prescrite pendant la visite donc c'est pas écrit mais il nous le dit à l'oral, c'est nous qui allons  
18 le tracer après. Donc je vais préparer mon matériel, j'informe le patient déjà avant de toute  
19 façon le chirurgien lui dit. J'attends que la toilette soit faite ou bien je fais éventuellement la  
20 toilette , réfection du lit, je fais mon soin sur quelque chose de propre et au moment de rentrer  
21 dans la chambre donc du coup je vais frapper avant d'entrer, je vais pas forcément me présenter  
22 car on s'est vu le matin , je vais lui expliquer ce que je vais faire et puis au fur et à mesure je  
23 décris pas tout de suite tout mais je décris étape par étape après le patient à souvent des  
24 questions : « est-ce que ça va faire mal ? » et des petits trucs comme ça et du coup j'essaie de  
25 le rassurer au mieux. Ensuite je vais préparer mon chariot, voir le patient, et je vais attaquer  
26 mon soin. Est-ce que je te décris tout ce que je fais pendant le soin ?

27 **Moi : Non pas forcément mais pourrait-tu me dire comment ça se déroule dans la relation**  
28 **avec le patient ?**

29 IDE 2 : Ah oui d'accord donc j'ai oublié de te dire, je mets la présence pour indiquer que je suis  
30 avec le patient, ça permet à mes collègues de savoir où je suis , je vais fermer le rideau entres  
31 les deux lits quand je suis dans une chambre double, je vais déplacer le lit si j'ai besoin pour

32 être à l'aise pendant mon soin et je vais couvrir la personne car c'est souvent un abdomen donc  
33 le patient n'a pas forcément de slip ou de caleçon puisqu'un drain justement ça pose problème  
34 au niveau de mettre un sous-vêtements donc je vais remonter le drap et je mets la chemise et je  
35 vais seulement laisser apparaître ce dont j'ai besoin, comme au bloc en fait mais je ne couvre  
36 pas la tête (rires) et puis après si le patient ne veut pas regarder ou quoi que ce soit, je ne lui  
37 montre pas forcément ce que je fais non plus. C'est selon le désir du patient il y en a qui vont  
38 vouloir regarder et d'autres non. Il y en a qui vont baisser la tête donc je fais en sorte qu'il ne  
39 voit pas. Et si quelqu'un rentre en général en principe on frappe avant d'entrer de toute façon,  
40 puis de toute manière le patient est couvert. Voilà...

41 **Moi : Du coup si je te parle de valeur, qu'est-ce que tu pourrais m'en dire ?**

42 IDE 2 : Moi j'ai des vieilles valeurs je crois, je suis une vieille infirmière quand tu regardes  
43 2002, ça va faire 20 ans que je suis diplômée, j'ai la vieille méthode de cours, on avait des  
44 vieilles infirmières, c'était vraiment la pudeur, le respect de l'autre, la politesse plus que  
45 maintenant j'ai l'impression. Alors des valeurs personnelles qui ont été inculqués par mes  
46 parents et moi étant très pudique je ne supporterais pas qu'on rentre dans la chambre et qu'on  
47 me voit les seins à l'air. Du coup je me mets à la place du patient, je suis empathique un peu  
48 trop parfois donc du coup ce que je n'aimerais pas qu'on me fasse je ne le ferais pas au patient.  
49 Je ne le laisserais pas dénuder, quand je fais la toilette à un patient dans la salle de bain, je ferme  
50 la porte. Par contre je peux laisser la porte ouverte si je fais une prise de sang, la pose d'un  
51 cathéter voilà c'est pas des soins qui demande à ce que le patient... mais après c'est une question  
52 de confidentialité tu vas me dire mais après au niveau pudique en principe, moi je suis avec des  
53 vieilles valeurs donc en principe, j'essaie de les préserver car je trouve que ça se perd justement,  
54 et les personnes âgées qui ont déjà ces vieilles valeurs-là qui ont le réflexe de se protéger. Du  
55 coup voilà, est-ce que j'ai répondu à tes questions ?

56 **Moi : Oui, je vais te poser une dernière question, qu'est-ce que ça évoque pour toi quand  
57 je te parle d'objectivation du corps ?**

58 IDE 2 : Euh objectivation je ne vois pas trop ?

59 **Moi : En fait, nous sommes dans un milieu où nous avons à faire à des corps dénudés, et  
60 est-ce qu'à force on ne l'oublie pas ce corps ?**

61 IDE 2 : Ah oui je vois de quoi tu veux parler, je pense qu'en vieillissant et à force d'être  
62 confronté à la nudité de l'autre, déjà moi je suis moins gênée. On travaille avec des humains,  
63 ça n'est pas que des corps que l'on soigne puis on n'a plus euh en travaillant on voit plus, on  
64 ne fait plus attention au corps en lui-même mais on fait attention à ce qui ressort justement

65 l'image qu'il peut renvoyer et sur certains soins tu as plutôt intérêt à oublier que c'est un corps,  
66 je parle par exemple des soins sur une amputation c'est très dur.

67 **Moi : C'est très intéressant quand tu dis que parfois tu es obligé d'oublier ce corps,**  
68 **pourquoi ?**

69 IDE 2 : Parce qu'il y a toujours cette question de transfert, le pansement qui m'a posé le plus  
70 de souci, c'est une dame qui avait un pied dans un état qui voilà était nécrosé, elle a été amputée,  
71 ça été très très dur de faire ces soins, elle n'était pas du tout douloureuse, du coup je savais que  
72 je ne lui faisais pas mal, mais me dire qu'il y avait une dame au bout de ce pied, c'était très dur,  
73 et dans ma tête il fallait que je bloque que « c'était un pied, c'était un pied ». Ça n'empêche pas  
74 que j'avais une relation avec cette dame mais je détachais ce pied de la dame si tu veux,  
75 mentalement.

76 **Moi : Donc si je comprends bien sur certains soins, tu détaches le patient de son**  
77 **corps pour le prendre en charge mais du coup c'est instinctivement ou comment tu**  
78 **pourrais me le décrire ?**

79 IDE 2 : En fait je pense que c'est un mécanisme de défense, en fait tu vois par exemple pour un  
80 soin d'escarre ou il faut gratter, scarifier à un moment il faut que je m'arrête, justement je me  
81 rends compte et là faut que j'arrête. Car je me rends compte que je suis en train de faire ça à un  
82 humain, que c'est de la peau et une fois que je m'en rends compte il faut que j'arrête. Et du  
83 coup parfois je n'ai pas le choix que d'objectiver le corps pour faire mon boulot. C'est comme  
84 quand tu essaies de piquer 3 fois bah là j'arrête parce que je fais souffrir la personne en face, et  
85 je lui fais mal. Après malgré que les soins ne soient pas faciles à faire, je n'en oublie pas le  
86 patient car il faut le rassurer et donc continuer à établir cette relation. Pour moi, un soignant qui  
87 parle pas je trouve ça hyper lourd. On fait ce métier pour avoir un contact avec un patient avec  
88 du relationnel, c'est pas que des corps allongés, c'est pour ça que je ne veux pas aller au bloc,  
89 le bloc ça ne m'intéresse pas parce qu'il y a pas ce relationnel. J'ai besoin de ce relationnel, que  
90 je ne pense pas que je retrouverais au bloc ça au bloc. Quand tu vois la position qu'ils ont au  
91 bloc, tu te dis c'est pas possible, tu te dis c'est vraiment qu'un corps, et les chirurgiens qui  
92 parlent de tout et de rien, moi ça me.... Euh voilà quoi.

93 **Moi : Est-ce que tu veux rajouter quelques choses ?**

94 IDE 2 : Bah pour moi je ne différencie pas le corps, la maladie euh pour moi c'est un tout enfin  
95 moi je le vois comme ça.

96 **Moi : Merci pour cet échange très intéressant.**

97 IDE 2 : Je t'en prie c'était avec plaisir.

### 3. Entretien n° 3 : Aide-soignante 1 à l'hôpital

1 **Moi : Alors avant de commencer l'entretien, je vais te donner le thème de mon travail de**  
2 **fin d'étude, il concerne les valeurs du soin. Donc pourrais-tu te présenter, me dire depuis**  
3 **quand tu es diplômée et ton parcours s'il te plaît ?**

4 AS 1 : Alors je m'appelle Caroline, je suis aide-soignante depuis juillet 2010, j'ai commencé  
5 sur un poste à 100%, donc en fait 50% en chirurgie viscérale et 50% au SICS c'est-à-dire que  
6 j'ai tourné dans tous les services, maternité, soins intensifs, médecine en gros c'est le poulx de  
7 remplacement. Et donc en 2017 j'ai été à temps complet dans le service de chirurgie viscérale  
8 et orthopédique car on tourne dans les deux services. Puis depuis novembre 2021 je suis en  
9 soins continus.

10 **Moi : D'accord donc je vais te demander de me décrire un soin du début à la fin, peu**  
11 **importe le soin.**

12 AS 1 : Euh bah je vais te décrire une toilette au lit, donc déjà je prépare mon matériel en amont,  
13 je tape et je rentre dans la chambre du patient, je mets la présence, je le préviens que je vais lui  
14 faire la toilette. Donc j'installe mon matériel, je prépare ma bassine d'eau chaude en dernier  
15 bien sûr, je lui laisse faire tout ce qu'il peut faire bien entendu voilà pour préserver son  
16 autonomie. Si le patient est très douloureux, je fais en sorte de voir avec l'infirmière une prise  
17 d'antalgique avant le soin. Et selon la prise de l'antalgique je reviens après pour la toilette, le  
18 temps de laisser agir l'antalgique. Je fais en sorte de toujours maintenir la pudeur et l'intimité  
19 du patient, je ne le laisse pas nu sur le lit, c'est-à-dire que je lui mets une serviette ou sa blouse  
20 ou le drap. Au cas où j'ai quelqu'un qui rentre dans la chambre, je recouvre immédiatement  
21 mon patient, je ne le laisse pas nu dans le lit. Je lui fais la prévention d'escarre car la personne  
22 reste alitée donc coude, talon, dos, sacrum...Voilà puis après je débarrasse mon matériel, je  
23 réinstalle mon patient comme il faut, je lui mets tout à disposition, adaptable, sonnette,  
24 téléphone et tout ce dont il a besoin euh voilà puis je quitte la chambre.

25 **Moi : Ok, et pendant le soin avec le patient ?**

26 AS 1 : Ah oui désolé j'étais tellement focalisé sur te décrire le soin que j'en ai oublié de te  
27 parler de la relation. Bien entendu que pendant le soin je parle avec le patient et c'est primordial,  
28 je ne suis pas là pour faire une toilette comme un robot, si j'ai choisi ce métier là c'est pour  
29 avoir un échange avec l'autre. Après je m'adapte avec la personne que j'ai en face de moi, si je  
30 vois que mes questions peuvent la déranger je vais parler d'autre chose. Après il m'est déjà  
31 arrivé d'être en binôme avec une collègue et qu'elle me parle de son week-end en oubliant le

32 patient et j'essaie le plus possible de faire participer le patient pour ne pas faire comme si ce  
33 n'était pas un être humain que l'on prend en charge mais une personne à part entière. Après  
34 moi en soin intensif je suis seule aide-soignante donc je suis seule avec le patient et donc je n'ai  
35 pas de collègues à qui parler donc je suis seule avec le patient et j'ai une interaction. Moi je n'ai  
36 que 6 patients à prendre en charge et on passe toutes les 2 heures tandis que dans les autres  
37 services c'est différent. Par exemple au long séjour ou en chirurgie tu fais du vite vite donc tu  
38 peux vite dégringoler et oublier le patient et tomber dans la banalisation, tu enchaînes les  
39 toilettes et voilà. Ça m'est déjà arrivé de reprendre une collègue pendant une toilette mortuaire  
40 qui me parlait de son week-end et moi j'étais focaliser sur le patient, je lui décrivais tous les  
41 soins que je lui faisais même en sachant qu'il n'était plus là. Tu vois je crains ce truc de ne pas  
42 parler avec le patient même s'il est plus là. Enfin voilà quoi...(silence) J'ai l'impression que  
43 parfois mes collègues oubli que les patients sont pas que des corps malades tu vois !!! (Silence)  
44 Ce sont des humains....Tu vois là pendant le Covid, je me suis retrouvée à tenir la main des  
45 patients entrain de mourir parce qu'ils ne pouvaient pas avoir leur famille à leur côté, bah je  
46 faisais que pleurer, je peux pas me dire « faut pas que tu pleures » à l'école on te parle de  
47 distance machin mais tu peux pas c'est impossible enfin pour moi, tu vois...

48 **Moi : Et comment tu pourrais expliquer excuse-moi du terme « dérive » des soignants ?**

49 AS 1 : Bah franchement je pense que certaines personnes peuvent être lassés de leur boulot au  
50 bout de 30 ans tu vois, à un moment donné je pense que les filles peuvent se lasser et qui du  
51 coup banalise le soin, la personne. Les conditions de travail enfin je pense que c'est un tout tu  
52 vois et que malheureusement ça peut arriver très vite sans que tu t'en rendes compte. Voilà

53 **Moi : D'accord du coup j'aurais une dernière question, quand je te parle de valeur  
54 soignante à quoi ça te fait référence ?**

55 AS 1 : Alors pour moi je dirais qu'il faut toujours rester humble, d'être malade ça peut arriver,  
56 des patients alcooliques, dépressifs, on tombe vite dans le jugement, malheureusement tu  
57 connais pas la vie des gens, tu sais pas ce qui ont eu dans leurs enfances, tu sais pas ce qu'ils  
58 ont vécu, et ça peut arriver à tout le monde et du coup vraiment rester euh défois c'est pas  
59 évident dans certaines situations mais rester toujours humble euh rester humain quoi. Être  
60 empathique c'est vraiment pour moi une valeur primordiale dans le soin. Euh silence ...

61 **Moi : Donc pour finir as-tu d'autres choses à rajouter ?**

62 AS 1 : Non je pense avoir tout dit (rires)

63 **Moi : Alors merci de m'avoir consacré du temps, je te laisse travailler**

64 AS 1 : (rires) Mais de rien c'était très intéressant merci à toi.

#### 4. Entretien n° 4 : Aide-soignante 2 en lieu de vie

1 **Moi : Alors pourrais-tu te présenter puis me décrire ton parcours, depuis quand tu es**  
2 **diplômée ?**

3 AS 2 : Oui alors je m'appelle Mireille, je suis aide-soignante depuis 2006 donc je suis diplômée  
4 depuis 15 ans, j'ai commencé dans une maison de retraite en CDD de quelques mois, puis je  
5 travaille ici depuis 14 ans, j'ai d'abord travaillé de nuit pendant 3 ans et je suis passée de jour  
6 depuis 2009. Mais sinon j'ai fait de l'intérim en chirurgie, EHPAD puis du domicile, voilà.

7 **Moi : D'accord, alors tout d'abord je vais te donner le thème de mon travail de fin**  
8 **d'études, qui est « les valeurs soignantes », alors j'aimerais que tu me décrives un soin du**  
9 **début à la fin s'il te plait. Peu importe le soin.**

10 AS 2 : Alors je vais te décrire une toilette au lit, avant tout je vais voir le résident, je tape à la  
11 porte puis j'attends qu'on me réponde après je sais que certains résidents ne sont pas en capacité  
12 de me répondre donc je rentre sinon j'attends que le résident m'y autorise, voilà... Donc je mets  
13 la présence et selon si la personne est réveillée ou pas trop je lui demande son autorisation pour  
14 ouvrir les volets. Et là je les ouvre, puis ensuite je demande à la personne s'il a passé une bonne  
15 nuit, alors à ce moment là je lui explique que je suis là pour l'aider à faire sa toilette. Donc je  
16 lui explique que je vais préparer le matériel pour la toilette, et en même temps je vérifie si j'ai  
17 tout ce qu'il me faut dans la salle de bain sinon je vais prendre ce qu'il me faut dans le chariot  
18 à l'extérieur. Alors je commence la toilette en expliquant à la personne que je vais la dévêtir et  
19 que je comprends que c'est pas un moment des plus agréable, du coup une fois déshabiller je la  
20 recouvre vite avec les serviettes et si vraiment je vois que la personne a froid je la recouvre avec  
21 les draps en bas du corps. Ensuite pendant la toilette, en général le résident me pose des  
22 questions sur mes enfants et là on discute pendant le soin, je vais pas à chaque fois expliqué au  
23 résident ce que je fais mais je privilégie l'échange après selon l'acte que je vais faire je la  
24 préviens par exemple si je dois faire les parties intimes je lui dis car j'estime que c'est pas le  
25 meilleur moment et pour la préparer psychologiquement à avoir mes mains dans cette partie-là.  
26 En général je discute rapidement avec le résident car je trouve que c'est pas évident pour eux  
27 de se faire laver et du coup j'essaie de faire vite mais bien pour éviter cette gêne. Et puis ça leur  
28 fait penser à autres choses que d'être focaliser sur le soin en lui-même. Donc voilà, je reste à  
29 l'écoute du résident et on échange. C'est pareil quand je la tourne j'essaie d'être la plus douce  
30 possible, puis voilà on continue le soin dans l'échange. Pour moi je trouve que ce moment qui  
31 est assez intime du coup j'essaie le plus possible de divertir la personne en parlant de ce qu'il y

32 a à la télé, je lui demande si elle a eu des nouvelles de sa famille enfin j'essaie de faire en sorte  
33 que le soin reste un moment convivial et non pas gênant, mais après les résidents je les connais  
34 depuis des années et ils s'habituent aussi aux soignants enfin je pense. Du coup je pense qu'ils  
35 ont confiance en nous et moi je trouve que la relation est basée sur cette confiance, car s'il n'y  
36 a pas de confiance il ne peut pas y avoir une prise en charge à 100%, euh à partir du moment  
37 ou il y a de la confiance il y a l'acceptation de confier son corps à l'autre, de cette mise à nu  
38 face à l'autre donc le soignant quoi. Après c'est pas parce qu'on est soignant qu'on a tous les  
39 droits, au contraire c'est leur corps nous on les aides juste à faire ce qu'ils ne peuvent plus faire  
40 euh voilà. Puis une fois que j'ai finie le soin je mets tout à sa disposition et je demande au  
41 résident si tout est bon pour lui et une fois qu'il n'a plus besoin de rien je lui dis à plus tard et  
42 j'enlève la présence, je lui laisse la porte ouverte s'il le désire et je continue mes soins, voilà  
43 euh silence...

44 **Moi : Ok super, du coup à un moment tu parles du soin comme un moment intrusif, mais**  
45 **comment tu penses pouvoir respecter ce moment intime ?**

46 AS 2 : Bah le respect de la personne c'est la base de notre métier, à travers nos gestes , nos  
47 mots, c'est vachement important je trouve, quand je recouvre la personne avec des serviettes  
48 pour moi c'est déjà respecter son intimité et ne pas laisser à l'air son corps car malgré que l'on  
49 soit que deux dans la chambre, il y a toujours des collègues qui peuvent taper à la chambre car  
50 elles ont besoin de me dire des choses pour la continuité des soins ou bien l'infirmière qui vient  
51 pour un soin ou même le médecin enfin voilà. Puis c'est pareil si la personne elle n'a pas envie  
52 de parler de sa vie ou de livrer des choses personnelles bah j'insiste pas je respecte son choix.  
53 Enfin c'est ma vision du travail que je fais quoi. Silence...

54 **Moi : D'accord, j'aurais juste une dernière question à te poser, si je te parle**  
55 **d'objectivation du corps que peux-tu m'en dire ?**

56 AS 2 : Alors pour moi l'objectivation du corps, elle peut être vu de deux façons, la première  
57 elle est utile pour me permettre d'avoir une prise en charge neutre c'est-à-dire mettre de côté  
58 mes préjugés, mes appréhensions, mes peurs face à un corps qui peut par exemple être meurtri  
59 par la maladie ou par un accident. Elle est utile aussi pour ne pas robotiser mon soin, en gros  
60 pour moi oublier le corps pour faire vivre l'âme du soigné. Puis la deuxième elle est nuisible  
61 parce que je peux déshumaniser la personne soignée involontairement et me déshumanisé en  
62 contre partie en justement oublier la personne dont je m'occupe. Un soin en binôme peut  
63 malheureusement nous faire tomber dans ce versant-là sauf si les soignants concernés prennent  
64 conscience de pourquoi nous sommes là avant tout. Donc pour ne pas me retrouver dans cette

65 situation je fais mon possible pour faire participer le résident à la conversation en lui demandant  
66 son avis et nous parler si elle en a envie de son vécu. Après quand c'est dans le cas d'une  
67 communication non verbale là c'est très compliqué... Silence  
68 **Moi : Bah écoute merci d'avoir pris le temps de répondre à toutes mes questions.**  
69 AS 2 : Je t'en prie avec plaisir

## ANNEXE IV : Grille d'analyse des entretiens par contenu

<b>THEMES</b>	<b>SOUS-THEMES</b>	<b>VERBATIM IDE 1</b>	<b>VERBATIM IDE 2</b>	<b>VERBATIM AS 1</b>	<b>VERBATIM AS 2</b>
<b>Soins infirmiers</b>	<b>Le soin</b>	<p>« Euh cette patiente est habituée au soin donc quand même on la prévient quand on rentre dans la chambre, on met la présence, on la prévient qu'on va faire le soin » (l. 18-20)</p> <p>« Moi je suis basé à dire à la personne tous les soins que je vais faire, prévenir etc... avant chaque geste et non</p>	<p>« J'informe le patient » (l. 18)</p> <p>« Je vais lui expliquer ce que je vais faire et puis au fur et à mesure je décris pas tout de suite tout mais je décris étape par étape après le patient à souvent des questions » (l. 22-24)</p>	<p>« Je le préviens que je vais lui faire la toilette » (l. 13-14)</p> <p>« J'essaie le plus possible de faire participer le patient » (l. 32)</p>	<p>« Je lui explique que je suis là pour l'aider à faire sa toilette » (l.15)</p> <p>« Ensuite pendant la toilette, en général le résident me pose des questions sur mes enfants et là on discute pendant le soin, je vais pas à chaque fois expliqué au résident ce que je fais mais je privilégie l'échange » (l. 21-23)</p>

		<i>personnellement c'est propre à chaque patient » (l. 32-34)</i>			
	<b>La relation soignant/soigné</b>	<p>« Bah avec cette dame on échange beaucoup pendant l'acte » (l. 28)</p> <p>« C'est pour ça que selon la personne, il m'arrive de ne pas parler pendant le soin, » (l.46-47)</p> <p>« Et c'est pour ça que je cherche à savoir comment la personne elle le vit et comment moi je dois m'adapter à la personne, est-ce que la personne elle veut qu'on échange à ce moment-là ou est-</p>	<p>« Après malgré que les soins ne soient pas faciles à faire, je n'en oublie pas le patient car il faut le rassurer et donc continuer à établir cette relation. » (l. 85-86)</p> <p>« Pour moi, un soignant qui parle pas je trouve ça hyper lourd. On fait ce métier pour avoir un contact avec un patient avec du relationnel, c'est pas que des corps</p>	<p>« Ah oui désolé j'étais tellement focalisé sur te décrire le soin que j'en ai oublié de te parler de la relation. Bien entendu que pendant le soin je parle avec le patient et c'est primordial, je ne suis pas là pour faire une toilette comme un robot, si j'ai choisi ce métier là c'est pour avoir un échange avec l'autre. Après je m'adapte avec la personne que j'ai en</p>	<p>« Ensuite pendant la toilette, en général le résident me pose des questions sur mes enfants et là on discute pendant le soin, je vais pas à chaque fois expliqué au résident ce que je fais mais je privilégie l'échange » (l. 21-23)</p> <p>« Donc voilà, je reste à l'écoute du résident et on échange » (l. 28-29)</p> <p>« Du coup je pense qu'ils ont confiance en nous et moi je</p>

		<i>ce qu'elle veut son moment intime. » (l. 50-52)</i>	<i>allongés, c'est pour ça que je ne veux pas aller au bloc, le bloc ça ne m'intéresse pas parce qu'il y a pas ce relationnel. J'ai besoin de ce relationnel, que je ne pense pas que je retrouverais au bloc ça au bloc. » (l. 86-90)</i>	<i>face de moi, si je vois que mes questions peuvent la déranger je vais parler d'autre chose » (l. 26-30) « Après moi en soin intensif je suis seule aide-soignante donc je suis seule avec le patient et donc je n'ai pas de collègues à qui parler donc je suis seule avec le patient et j'ai une interaction » (l. 33-35)</i>	<i>trouve que la relation est basée sur cette confiance, car s'il n'y a pas de confiance il ne peut pas y avoir une prise en charge à 100% » (l. 34-36)</i>
<b>Les valeurs fondamentales</b>	<b>Les valeurs soignantes</b>	<i>« En fait je trouve qu'on a tellement l'habitude de faire des soins de nursing, qu'on banalise trop</i>	<i>« Moi j'ai des vieilles valeurs je crois, je suis une vieille infirmière quand tu regardes 2002, ça va</i>	<i>« Alors pour moi je dirais qu'il faut toujours rester humble, d'être malade ça peut</i>	<i>« Bah le respect de la personne c'est la base de notre métier, à travers nos gestes, nos mots, c'est</i>

		<p><i>les choses en fait. » (l. 38-40)</i></p> <p><i>« Après c'est juste de l'humanité d'un côté, de respecter un moment qui est très très intime pour eux, enfin surtout pour une jeune personne. » (l. 59-60)</i></p>	<p><i>faire 20 ans que je suis diplômée, j'ai la vieille méthode de cours, on avait des vieilles infirmières » (l. 42-44)</i></p> <p><i>« Alors des valeurs personnelles qui ont été inculqués par mes parents et moi étant très pudique je ne supporterais pas qu'on rentre dans la chambre et qu'on me voit les seins à l'air. Du coup je me mets à la place du patient, je suis empathique un peu trop parfois donc du coup ce que je n'aimerais pas qu'on</i></p>	<p><i>arriver, des patients alcooliques, dépressifs, on tombe vite dans le jugement, malheureusement tu connais pas la vie des gens, tu sais pas ce qu'ils ont vécu, et ça peut arriver à tout le monde et du coup vraiment rester euh défois c'est pas évident dans certaines situations mais rester toujours humble euh rester humain quoi. Être empathique c'est vraiment pour moi</i></p>	<p><i>vachement important je trouve » (l. 46-47)</i></p> <p><i>« Puis c'est pareil si la personne elle n'a pas envie de parler de sa vie ou de livrer des choses personnelles bah j'insiste pas je respecte son choix. Enfin c'est ma vision du travail que je fais quoi. Silence... » (l. 51-53)</i></p>
--	--	---	---	---	---

			<p><i>me fasse je ne le ferais pas au patient » (l. 45-48)</i></p> <p><i>« Moi je suis avec des vieilles valeurs donc en principe, j'essaie de les préserver car je trouve que ça se perd justement, et les personnes âgées qui ont déjà ces vieilles valeurs-là qui ont le réflexe de se protéger. » (l. 52-54)</i></p>	<p><i>une valeur primordiale dans le soin. Euh silence ... » (l. 50-55)</i></p>	
	<p><b>La dignité</b></p> <p><b>La pudeur</b></p> <p><b>L'intimité</b></p>	<p><i>« Au début je n'avais pas trop tendance à lui parler car je trouve que c'est un moment assez intime, moi j'aurais tendance à préférer à</i></p>	<p><i>« Et je vais couvrir la personne car c'est souvent un abdomen donc le patient n'a pas forcément de slip ou de caleçon puisqu'un drain</i></p>	<p><i>« Je lui laisse faire tout ce qu'il peut faire bien entendu voilà pour préserver son autonomie. Si le patient est très douloureux, je fais en</i></p>	<p><i>« Donc je mets la présence et selon si la personne est réveillée ou pas trop je lui demande son autorisation pour</i></p>

		<p><i>ce moment-là laisser la personne faire ses besoins et ensuite discuter » (l. 29-31)</i></p> <p><i>« C'est pour ça que selon la personne, il m'arrive de ne pas parler pendant le soin, c'est une question de respect pour moi. Enfin je dis pas que je me mets à la place de ces personnes-là, mais c'est un moment intime que l'on doit respecter et euh... » (l. 46-49)</i></p> <p><i>« De respecter un moment qui est très très intime pour eux,</i></p>	<p><i>justement ça pose problème au niveau de mettre un sous-vêtement donc je vais remonter le drap et je mets la chemise et je vais seulement laisser apparaitre ce dont j'ai besoin, comme au bloc en fait mais je ne couvre pas la tête (rires) » (l. 32-36)</i></p> <p><i>« C'est selon le désir du patient il y en a qui vont vouloir regarder et d'autres non. Il y en a qui vont baisser la tête donc je fais en sorte qu'il ne voit pas. Et si</i></p>	<p><i>sorte de voir avec l'infirmière une prise d'antalgique avant le soin. Et selon la prise de l'antalgique je reviens après pour la toilette, le temps de laisser agir l'antalgique » (l. 15-18)</i></p> <p><i>« Je fais en sorte de toujours maintenir la pudeur et l'intimité du patient, je ne le laisse pas nu sur le lit, c'est-à-dire que je lui mets une serviette ou sa blouse ou le drap. » (l. 18-20)</i></p> <p><i>« Au cas où j'ai quelqu'un qui rentre</i></p>	<p><i>ouvrir les volets. » (l. 12-14)</i></p> <p><i>« Alors je commence la toilette en expliquant à la personne que je vais la dévêtir et que je comprends que c'est pas un moment des plus agréable, du coup une fois déshabiller je la recouvre vite avec les serviettes et si vraiment je vois que la personne à froid je la recouvre avec les draps en bas du corps » (l. 18-21)</i></p> <p><i>« c'est pas évident pour eux de se faire</i></p>
--	--	---	--	--	---

		<p><i>enfin surtout pour une jeune personne » (l. 59-60)</i></p>	<p><i>quelqu'un rentre en général en principe on frappe avant d'entrer de toute façon, puis de toute manière le patient est couvert. Voilà... » (l. 37-40)</i></p> <p><i>« Je ne le laisserais pas dénuder, quand je fais la toilette à un patient dans la salle de bain, je ferme la porte. » (l. 49-50)</i></p> <p><i>« J'essaie de les préserver » (l. 53)</i></p>	<p>dans la chambre, je recouvre immédiatement mon patient, je ne le laisse pas nu dans le lit. » (l. 20-21)</p>	<p>laver et du coup j'essaie de faire vite mais bien pour éviter cette gêne. Et puis ça leur fait penser à autres choses que d'être focaliser sur le soin en lui-même. Donc voilà, je reste à l'écoute du résident et on échange. » (l. 26-29)</p>
<p><b>L'objectivation du corps</b></p>	<p><b>Le corps</b></p>	<p><i>« Alors étant... On va dire confronter tous les jours à la nudité du patient, je pense qu'à un</i></p>	<p><i>« Je pense qu'en vieillissant et à force d'être confronté à la nudité de l'autre, déjà moi je suis</i></p>	<p><i>« Par exemple au long séjour ou en chirurgie tu fais du vite vite donc tu peux vite dégringoler et</i></p>	<p><i>« Alors pour moi l'objectivation du corps, elle peut être vu de deux façons, la première elle est utile</i></p>

		<p><i>moment donné bah on n'y fait plus attention et du coup c'est vrai que parfois on peut zapper qu'on a une personne nu devant nous et qu'elle n'a peut-être pas envie qu'on la voit dans le plus simple appareil, après j'essaie pour ma part de faire très attention mais ça m'arrive de pas y penser et avec des soins qui parfois vont s'enchaîner, je vais venir faire mon soin et je vais en oublier que j'ai une</i></p>	<p><i>moins gênée. On travaille avec des humains, ça n'est pas que des corps que l'on soigne puis on n'a plus euh en travaillant on voit plus, on ne fait plus attention au corps en lui-même mais on fait attention à ce qui ressort justement l'image qu'il peut renvoyer et sur certains soins tu as plutôt intérêt à oublier que c'est un corps, je parle par exemple des soins sur une amputation c'est très dur. » (l.61-66)</i></p>	<p><i>oublier le patient et tomber dans la banalisation, tu enchaines les toilettes et voilà. » (l. 37-39)</i>  <i>« J'ai l'impression que parfois mes collègues oubli que les patients ce ne sont pas que des corps malades tu vois !!! (Silence) Ce sont des humains... » (l. 42-44)</i></p>	<p><i>pour me permettre d'avoir une prise en charge neutre c'est-à-dire mettre de côté mes préjugés, mes appréhensions, mes peurs face à un corps qui peut par exemple être meurtri par la maladie ou par un accident. Elle est utile aussi pour ne pas robotiser mon soin, en gros pour moi oublier le corps pour faire vivre l'âme du soigné. Puis la deuxième elle est nuisible parce que je peux déshumaniser la personne soignée</i></p>
--	--	--	--	--	---

		<i>personne en face de moi. » (l. 65-70)</i>	« C'était très dur, et dans ma tête il fallait que je bloque que « c'était un pied, c'était un pied ». (l. 72-73)		<i>involontairement et me déshumanisé en contre partie en justement oublier la personne dont je m'occupe. » (l. 56-62)</i>
	<b>La distance professionnelle</b>		« En fait je pense que c'est un mécanisme de défense, en fait tu vois par exemple pour un soin d'escarre ou il faut gratter, scarifier à un moment il faut que je m'arrête, justement je me rends compte et là faut que j'arrête. Car je me rends compte que je suis en train de faire ça à un	« Tu vois là pendant le Covid, je me suis retrouvée à tenir la main des patients en train de mourir parce qu'ils ne pouvaient pas avoir leur famille à leur côté, bah je faisais que pleurer, je peux pas me dire « faut pas que tu pleures » à l'école on te parle de distance machin mais tu peux	

			<p><i>humain, que c'est de la peau et une fois que je m'en rends compte il faut que j'arrête. Et du coup parfois je n'ai pas le choix que d'objectiver le corps pour faire mon boulot. » (l. 79-83)</i></p>	<p><i>pas c'est impossible enfin pour moi, tu vois... » (l. 44-47)</i></p>	
--	--	--	---	--	--

## Annexe 5



### AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

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) : SEA CHAO Mélanie

Promotion : 2018/2021

**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) ..... Objectiver pour mieux soigner ? .....

**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 ...25/05/2021 ..... Signature :

# Résumé

Mon travail de fin d'études porte sur les valeurs soignantes face à l'objectivation du corps. En effet mon expérience en tant qu'aide-soignante, ainsi que les stages que j'ai pu effectuer durant ma formation à l'école d'infirmière, ont fait ressurgir en moi des interrogations sur cet attribut qui est le corps. D'où ma question de départ qui est : « Comment l'objectivation du corps de la personne soignée peut mettre à mal les valeurs fondamentales qui régissent les soins infirmiers ? »

Pour répondre à cette interrogation, j'ai effectué des recherches théoriques, des lectures et mené des entretiens semi-directifs auprès de quatre professionnels de santé exerçant dans des milieux différents. Cette réflexion et l'analyse des entretiens m'ont permis de me rendre compte qu'il était parfois nécessaire d'objectiver le corps lors de soins infirmiers pour une meilleure prise en charge. Mais il est important de garder en tête les valeurs qui dictent notre profession.

Se questionner reste un travail à faire au quotidien dans notre futur métier.

Mots clés : Valeurs- Soins infirmiers- Objectivation du corps- dignité- relation soignant-soigné

# Abstract

My final essay is about the objectification of the body. Indeed, my experience as a nursing assistant, as well as my internships within the framework of my studies at the nursing school, triggered some questions about the body. Hence my initial question which is : « How does the body objectification of the sick person can undermine the fundamental values of that holds sway over nursing ?

To answer this question, I made some theoretical research, readings and semi-structures interviews with four health professionals working in different areas.

This reflection enabled me to realise that it is often necessary to objectify the body in nursing to improve the care. But it is important to keep mind the values that dictate our professions. Asking ourselves is required on a daily basis in our future job.

Keywords : Values- Nursing- Objectivation of the body- dignity-caring relationship