

UE 5.6 S6 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles



Directrices de mémoire : Me Bory et Me Lopresti

Session 2019/2022

Remis le 23 mai 2022

Institut de Formation de Soins Infirmiers,

740 Chemin des Meinajaries,

84000 Avignon

Remerciements

En préambule de ce travail de recherche, je souhaiterais remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnées et que j'ai rencontrées lors de cette balade en forêt.

Je remercie mes directrices de mémoire Me Bory et Me Lopresti d'être venues sans hésitation partager cette aventure avec moi pour me guider et me conseiller. Merci pour la passion, l'engagement et l'implication que vous m'avez transmis que ce soit sur les bancs de l'école ou à distance.

Je remercie chaleureusement tous les soignants, patients, cadres de santé et médecins qui ont participé à ce travail de manière volontaire, impliquée et enthousiaste soit lors des entretiens soit dans l'organisation de ces derniers. Merci de m'avoir offert votre temps si précieux, votre énergie, votre expérience et toutes les saveurs que vous avez pu ajouter pour relever mes futures recettes du soin que j'espère faire rendre gastronomiques.

Je remercie également les membres de ma famille pour leur soutien, leur présence, leurs encouragements.

Je tiens également à remercier les personnes que j'ai perdues en chemin.

J'emprunte une citation pour conclure les remerciements de cette balade en forêt :

« Merci pour les roses et merci pour les épines. » Jean d'Ormesson.

Sommaire

Introduction	1
1 Présentation de la situation d'appel et question de départ	2
1.1 Description de la situation d'appel.....	2
1.2 Analyse et questionnements	5
1.3 Question provisoire.....	6
2 Cadre conceptuel.....	7
2.1 De la communication à la relation.....	7
2.1.1 Définitions de la communication.....	7
2.1.2 La relation d'aide.....	8
2.2 La relation soignant-soigné	12
2.2.1 Les définitions de la relation soignant-soigné.....	12
2.2.2 Un point de vue différent et éclairage en soins relationnels	14
2.3 L'enjeu des soins relationnels	17
2.3.1 Une importance dans les soins palliatifs.....	19
2.3.2 Philosophie et éthique.....	23
2.4 Le masque	29
2.4.1 Le visage	29
2.4.2 La symbolique du masque.....	31
2.4.3 L'utilisation du masque en santé	34
3 Problématisation	38
4 Enquête de terrain	38
4.1 Choix de la méthode	39
4.2 Choix de la population.....	39
4.3 Construction de l'outil : entretiens centrés semis-directifs	40
5 Déroulement des entretiens	43

5.1	Enquête de terrain	43
5.2	Difficultés rencontrées et regard critique.....	46
5.3	Exploitation de l'enquête	47
6	Analyse des entretiens	48
6.1	Une relation soignant-soigné indéniablement touchée par le port du masque	48
6.1.1	Quand la communication masquée se montre compliquée	48
6.1.2	Des difficultés majorées selon le contexte	49
6.1.3	Des conséquences catastrophiques	51
6.1.4	Un facteur de plus à l'asymétrie de la relation soignant-soigné	53
6.1.5	Que se cache-t-il derrière ce masque ?	55
6.1.6	Faisons le point.....	57
6.2	Une qualité et une efficacité des soins touchées par nos visages effacés	58
6.2.1	Un équilibre pour éviter « les temps modernes » dans les soins	58
6.2.2	« <i>Le travail d'équipe est la capacité de travailler ensemble vers une vision commune. C'est le carburant qui permet aux gens ordinaires d'atteindre des résultats hors du commun</i> ». Andrew Carnegie.....	61
6.2.3	Une finesse des soins touchée par le masque	63
6.3	Le masque est un appel à la capacité individuelle de flexibilité et à la sensibilité de chacun.....	66
6.3.1	Comment soigne-t-on avec un masque ?	66
6.3.2	Comment ressent-on le soin avec un masque ?	68
6.3.3	Des artistes du soin	69
6.4	Le temps pour prendre soin : un besoin partagé entre soignant et soigné.....	74
6.4.1	Le temps des soignants	74
6.4.2	Le temps des patients	76
6.4.3	Réflexion sur le temps	77
7	Problématisation et question centrale de recherche	80

7.1	Questionnements et confrontation	80
7.2	Cheminement vers la question centrale de recherche	83
	Conclusion.....	87
	Bibliographie	89

Introduction

« *Personne ne peut porter longtemps le masque* » (Sénèque)¹.

Notons qu'enfant, on nous apprend à sourire, à être de bonne humeur, à faire bonne figure, alors comment faire avec le masque que nous portons depuis la pandémie du Coronavirus ?

Étudiante infirmière en 3^{ème} année à l'IFSI du GIPES d'Avignon, je mène cette recherche dans le cadre de l'analyse de la qualité et des traitements des données scientifiques et professionnelles. Ce travail de recherche traite de l'obstacle que peut représenter le masque de soin dans la relation soignant-soigné notamment en lien avec l'épidémie du COVID 19 déclarée pandémie depuis Mars 2020.

Ce thème de travail est motivé par une situation vécue en stage de 2^{ème} année de formation. J'ai pu constater et expérimenter certaines difficultés en lien avec le port du masque pour entrer naturellement en relation avec les patients. Cette situation m'a invitée à me questionner sur la question du masque, notamment en quoi celui-ci peut-il faire obstacle à la relation et par conséquent, peut-on prodiguer des soins de qualité lorsque le soignant est masqué ?

L'intérêt professionnel de cette recherche est que le port du masque est une obligation actuelle et quasi universelle au vu des mesures barrières en lien avec l'épidémie. Or, cette problématique se voit perdurer. Il y a indéniablement un impact sur notre façon de communiquer avec les autres. La communication est un élément clé de la relation soignant-soigné et celle-ci semble indispensable à la qualité des soins.

L'objectif de cette recherche est de comprendre ce que l'on peut cacher derrière ce masque, ce que le masque a changé dans les soins, la relation soignant-soigné et s'il représente une véritable barrière.

Je vais donc commencer par la description de la situation d'appel, de celle-ci en découlera son analyse et mon questionnement. J'exposerai ensuite ma question de départ qui sera éclairée par un cadre conceptuel, ce qui permettra une problématisation sur le sujet. Je poursuivrai ce travail par une enquête de terrain que j'analyserai par la suite. À partir de celle-ci, je mettrai en lumière une question centrale de recherche et finirai par conclure ce travail de fin d'études.

¹ Sénèque : Artiste, dramaturge, homme d'état, philosophe.

1 Présentation de la situation d'appel et question de départ

1.1 Description de la situation d'appel

Étudiante infirmière de 2ème année, je réalise mon premier stage du troisième semestre dans un EHPAD². Nous sommes en septembre 2020 en pleine épidémie du COVID 19.

Je suis au début de la 1ère semaine de ce stage, lorsque ma tutrice infirmière me propose de réaliser la toilette de Mr P. ce matin-là, en vue d'une prise en soins globale par la suite, la situation du résident lui paraissant intéressante pour moi au stade de ma formation.

J'ai déjà rencontré Mr P. lors de la distribution des médicaments ainsi qu'au cours des repas les jours précédents et j'ai pu lire son dossier de soins.

Mr P. est un homme de 80 ans, marié et père de deux enfants, ancien agriculteur et pompier volontaire. Il a été admis dans cette résidence pour épuisement de l'aidant, sa femme, en février 2020 en provenance du domicile où il bénéficiait d'interventions du SSIAD³ à la suite d'un AVC⁴ qu'il a eu à 60 ans. Il en a gardé des séquelles avec une aphasie de Broca ainsi qu'une hémiparésie droite qui engendre un besoin d'aide pour sa toilette et à sa mobilisation. L'infirmière me laisse seule afin que je puisse relever les informations dont j'ai besoin pour mon recueil de données au travers de ce soin.

Lorsque je me dirige vers la chambre de Mr P., je me questionne sur la façon dont je vais pouvoir obtenir les informations le concernant étant donné l'altération de la communication qu'il présente. D'autre part, aucun soignant n'est disponible pour pouvoir m'aiguiller sur ses éventuelles demandes. Par ailleurs, mon appréhension ne concerne pas seulement l'altération clinique de Mr P. mais également la mienne. En effet, je porte aussi un masque chirurgical ce qui me met en difficulté pour communiquer. Les résidents, eux, n'ont pas l'obligation de porter de masque dans leur chambre.

Je ressens alors une sorte d'amputation à mon identité, celle de mon image, de mes émotions. Cet outil de travail cache une grande partie de mon visage et par conséquent altère non seulement une partie de mes capacités de communication non verbales mais également celle de

² EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

³ SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

⁴ AVC : Accident Vasculaire Cérébral

la communication verbale en atténuant le son de ma voix. Je m'apprête ainsi à accomplir mon rôle de soignante tout en présentant moi-même des difficultés notables, qui pourraient d'autant plus majorer celles du patient.

Je tape à la porte et Mr P. me répond d'un « oui ». J'entre et commence par lui dire bonjour et lui rappeler mon prénom, que je suis étudiante infirmière de 2ème année et lui demande s'il serait d'accord pour que ce soit moi qui l'aide à la réalisation de sa toilette ce matin. Il me répond en hochant de la tête pour me donner son accord. Je prépare donc le matériel dans le silence. Au moment où je m'approche du lit de Mr P., je comprends au travers de ses gestes la manière dont il préfère que le fauteuil soit placé pour effectuer son transfert.

L'équipe d'aides-soignantes m'a indiqué que Mr P. avait seulement besoin de présence pour assurer sa sécurité lors des transferts. J'observe alors cette personne, tous ses petits rituels, comme un enchaînement de conseils qu'il aurait intégrés et qui lui offrent une certaine autonomie. Il se dirige vers son armoire et essaie de me dire puis de me montrer les vêtements qu'il souhaite porter aujourd'hui. Je rencontre des difficultés à percevoir ce qu'il veut dire. Mr P. garde le sourire, quand il n'arrive pas à se faire comprendre, il rigole, ne soupire pas, il est plutôt même dans l'auto-dérision. C'est assez déstabilisant, car je me dis en cet instant, lorsque je ne comprends pas, que je « n'assure » pas en tant que soignante, alors que lui, a l'air d'être satisfait de ma présence. Ce ressenti concerne mon rôle de soignante, celui de répondre à ses besoins, de l'écouter, de le comprendre et d'apporter des solutions à ses difficultés. Le malaise que je ressens est celui d'une situation où les rôles me semblent inversés. Mr P. perçoit mes difficultés et me rassure par son sourire, par son rire et sa façon de dédramatiser la situation. Le soin d'hygiène se déroule selon ses consignes, c'est lui qui me fait comprendre ce qu'il faut faire et à quel moment. Cette salle de bain est aménagée selon ses besoins avec des barres ergonomiques dans la douche, aux toilettes et au lavabo. Il a besoin de moi pour assurer sa sécurité lors des divers transferts, pour le déshabillage du bas, la toilette du côté opposé à son bras hémiparétique et de même pour le séchage et l'habillage. Le patient règle la température et fait le reste seul.

Je semble presque de trop dans cette salle de bain. Mr P. fait preuve d'une autonomie et d'une volonté extraordinaire. Je lui demande s'il souhaite que je lui laisse son intimité le temps qu'il fasse tout ce qu'il sait faire. Mais non, il me fait signe de rester. Je profite donc de cet instant, pour continuer à communiquer avec lui. Je lui pose diverses questions précieusement binaires

pour qu'il puisse y répondre facilement. Je lui demande s'il se sent bien ici, s'il peut voir sa femme et ses enfants régulièrement malgré l'épidémie, s'il a pu rencontrer l'orthophoniste... Mr P. essaie de répondre au mieux à mes questions et semble satisfait de celles-ci. Je peux voir son sourire sur ses lèvres et ses yeux devant l'intérêt que lui je porte.

Ce soin impose chez moi l'observation du patient, à écouter activement les mots qui ne sont pas dits. Pour ce faire, je me centre sur lui, le regarde, je reprends en écho certains mots qu'il prononce pour orienter le discours, j'essaie de reformuler sans interpréter ou juger afin de vérifier ma compréhension, lui montrer qu'il est écouté, instaurer un climat de confiance et lui donner envie de poursuivre. Mais en réalité, une grande partie du soin se fait dans le silence verbal pendant que Mr P. réalise sa toilette et que je peine à respirer derrière mon masque dans la chaleur et la condensation de cette salle bain.

Une fois sortis et le résident prêt, il me fait signe de venir voir quelque chose et contre toute attente il sort des photos d'un tiroir. Il s'agit de sa femme, ses enfants, son petit-fils, sa maison. Ensuite il me montre des photos sur le mur de sa chambre et je le vois debout en uniforme de pompier volontaire avec le reste de son équipe. Il me dirige ensuite vers son bureau, me désigne une ardoise et là il me donne un feutre afin que nous puissions communiquer par écrit. Il a compris mon besoin d'avoir des éléments et il a envie de me communiquer ces informations. Il sort également des pictogrammes en m'écrivant sur l'ardoise que l'orthophoniste qui les lui a donnés pour s'exprimer. Ces pictogrammes répondent à des questions comme « oui » ou « non », ou des besoins comme « j'ai faim », « j'ai soif », « j'ai froid », « laissez ouvert », « fermez la porte » ...Mr P. me montre également une tablette électronique et m'explique par écrit qu'il voit sa femme, ses enfants et son petit-fils en visio avec celle-ci et qu'il possède une multitude de photos qui y sont stockées. J'ai alors, la sensation que Mr P. s'ouvre à moi et m'autorise à entrer dans son univers. Une relation se met en place. J'observe l'enthousiasme du patient à travers tout ce qu'il me dévoile de sa vie, ses outils de communication, ses acquis lors du soin. Et je constate alors, le travail de toute l'équipe, autant l'équipe soignante, avec les infirmières, les aides-soignantes, le kinésithérapeute, l'ergothérapeute, l'orthophoniste mais aussi l'entourage de ce patient, autant de monde qui est concerné par sa situation.

Cependant, je ressens ici encore une fois ce malaise déjà perçu précédemment, car les rôles sont inversés dans cette relation inhabituellement asymétrique entre un soignant et un soigné où la

personne soignée répond au besoin d'un soignant et où le masque que je porte majore d'autant plus mes difficultés.

Dans mon observation, il y a ce que je vois et ce que je ne vois peut-être pas, par ce qu'il me laisse entendre, toucher, sentir et voir dans ses gestes et son attitude corporelle. Mais ceci reste mon interprétation. Cette situation n'est pas seulement une rencontre, elle est aussi un soin qui me demande d'observer l'état clinique du patient chez une personne qui est aphasique. Je n'observe pas de problématique éventuelle concernant le patient lors du soin ni lors de cet échange. A la fin de ce dernier la seule demande de Mr P. est que je baisse mon masque, je lui explique que ce masque est important, que ce sont les mesures barrières mises en place face à l'épidémie et Mr P. m'écrit sur l'ardoise : « je veux savoir à qui je parle ». Je me mets donc à distance de lui et je décide de baisser ce masque pour qu'il puisse découvrir mon visage. Le patient lève un pictogramme ayant pour signification « Merci ». Je lui demande s'il a besoin d'autre chose avant que je ne parte. Il me montre un autre pictogramme avec un smiley qui sourit et me fait un pouce pour dire que tout va bien.

Je l'informe que nous nous reverrons plus tard, je le remercie de ce moment, et lui dis que je viendrai le chercher pour l'aider à se rendre au repas de midi.

1.2 Analyse et questionnements

Cette situation suscite un questionnement autour du port du masque, de la communication et surtout de la relation soignant-soigné.

Le patient présente une altération de la communication en lien avec une aphasie de Broca, ce qui implique pour lui des difficultés d'élocution et donc pour ma part, comme pour tout soignant, des difficultés de compréhension afin de pouvoir répondre à ses besoins. A ces difficultés s'ajoute le fait que je porte un masque qui assourdit le son de ma voix, l'atténue, et ainsi limite toute la communication non verbale que je peux utiliser habituellement. Ce masque représente un inconvénient pour m'exprimer au mieux face au patient, et doit certainement ajouter des difficultés chez les patients, non seulement ceux qui rencontrent des difficultés d'élocution ; nous pouvons penser par exemple aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer etc... Se pose alors aussi la question de l'expression de mes émotions. On ne peut soigner sans émotions, alors qu'elles émotions le soignant peut-il exprimer derrière un masque ? Et quel impact sur la qualité et l'efficacité des soins ? Avec le port du masque, le patient

absorbe-t-il tout ce que le soignant veut lui communiquer ? Et ce que le professionnel montre est-il ressenti de manière positive ou négative ? En effet, j'ai ressenti une gêne, des difficultés que le patient lui-même a perçues. Le masque a diminué ma personnalité, j'ai éprouvé une certaine perte d'identité dans ce que j'ai dit, par le son de ma voix atténuée, mais aussi au niveau de mes émotions que je n'ai pu exprimer pleinement. Cette relation est donc tronquée. La relation soignant-soigné est déjà de fait asymétrique et déséquilibrée avec une personne souffrante, en demande de soins qui subit et un soignant « sachant » qui agit. Mais dans ce contexte où le port du masque est obligatoire pour tous les soignants et pour tous les soins dispensés, cette relation semble l'être encore plus, car le soignant aussi subit la situation par le port du masque imposé. Il s'agit donc là d'une asymétrie inhabituelle notable car mon rôle de soignante est d'accompagner, de sécuriser, d'aider Mr P., de le rassurer mais finalement, ici le résident me rassure, moi soignante. Lorsqu'il me demande de baisser mon masque, cette personne me fait « tomber le masque » et donc dévoile mes difficultés. D'ailleurs cela a permis à la relation de se tisser. Les rôles se sont inversés l'espace d'un instant. Est-ce que la réassurance n'est alors qu'un rôle de soignant ? Est-ce que cette asymétrie inhabituelle dans la relation soignant-soigné est un échec dans le soin ? Le plus important n'est-il pas de parler d'humain à humain ? En découle la question de savoir si sans émotion le soin existe encore ? Et comment la relation se crée ou se pérennise quand s'imposent des obstacles supplémentaires liés au masque ? Je me demande alors comment les soignants utilisent ce dernier dans la relation ? Qu'est-ce que l'on peut dissimuler derrière un masque ? Est-ce que certains soignants cacheraient leurs émotions derrière celui-ci pour ne pas s'impliquer ? Ou au contraire, l'obligation de ce masque engendrerait-il une implication, une créativité plus importante de la part de ces professionnels ?

1.3 Question provisoire

Ma réflexion induit par cette situation d'appel me mène à me poser la question de départ suivante : « **En quoi le masque fait-il obstacle à la communication et quelles en sont les répercussions sur la relation soignant-soigné ?** »

2 Cadre conceptuel

Nous allons travailler selon trois mots clés : la communication, la relation soignant-soigné et le masque.

2.1 De la communication à la relation

2.1.1 Définitions de la communication

Il existe de nombreuses définitions de la communication.

Il y a une idée d'intention dans le fait de communiquer, nous recherchons cette communication. Ce serait un échange, le partage d'un message entre deux interlocuteurs. « *Communiquer, c'est aller à la rencontre de l'autre, le découvrir, mais aussi tenter de le comprendre.* » (Bioy.A, 2013, p. 18).

Cette communication passe aussi par tout ce qui entoure cet échange. Nous pouvons penser au contexte de cet échange mais aussi au paralangage des deux interlocuteurs.

« *L'acte de communiquer est le fait de transmettre, donner connaissance, faire partager à quelqu'un et si l'on peut retenir comme fait marquant la transmission d'informations d'un individu à un autre, le comportement de communication qui se manifeste quand des personnes sont en contact physique (la conversation) est complexe et la transmission d'informations n'en est qu'un aspect de surface.* » (Mazaux.J-M, 2018).

Nous pouvons également retenir de Bourdieu dans son ouvrage « Ce que parler veut dire », qu'il faut distinguer la communication et le langage car ce dernier n'est finalement qu'un aspect de la communication. En effet, le respect des règles sociales est essentiel lorsque nous parlons. L'analyse de l'auteur va au-delà de simples règles. Par analyse sociologique il entend les codes de chaque rang de société. Nous pouvons imaginer, que la population de classe moyenne par exemple ne possède pas les codes de la haute société et à partir de là, se joue ces subtils rapports de domination. « *Parler est un acte de communication dont l'analyse sociologique éclaire les rapports de domination subtils qui s'exercent au sein de tout espace social.* » (Cité par Sznicer.K, 2022).

Effectivement, nous pouvons comprendre que sans les mêmes codes de langage, la communication puisse être altérée mais nous pouvons également imaginer que l'altération de la communication telle que l'aphasie par exemple, puisse entraîner des conséquences sur

l'harmonie des échanges, rendre le quotidien compliqué et se répercuter sur les capacités relationnelles de l'individu.

« Communiquer est un besoin fondamental de l'être humain pour vivre avec ses semblables, pour satisfaire ses besoins et répondre aux nécessités de la vie. Nous ne pouvons pas vivre sans entretenir des relations satisfaisantes autour de nous [...] Si ces échanges sont harmonieux et efficaces le quotidien devient agréable et constructif mais, dans le cas contraire, des difficultés relationnelles peuvent surgir. » (Phaneuf. M, 2011, P.4).

Nous savons également que le patient est souvent fragilisé par sa pathologie ce qui complique pour lui les règles de communication. De plus, il est amené à évoluer dans un milieu qui lui est étranger, celui du soin. Ainsi à travers ces définitions, nous en déduisons que la communication avec autrui demande de s'engager humainement dans ce que l'on fait. Cette communication étant « *le support de la relation d'aide tout en étant la clef de l'efficacité soignante* ». (Bioy.A, 2013, p. 139). D'après l'auteur, la communication est la clé de la relation, ce que nous avons développé dans ce travail de recherche avant toutes autres notions. Cependant, cela signifie qu'elle ne suffit pas à la relation. Nous pouvons donc nous demander comment la communication va mener à la relation et comment l'altération de la communication peut faire obstacle à la relation ?

2.1.2 La relation d'aide

J'ai retenu des enseignements sur la relation qu'elle est le lien qui se crée entre les personnes qui communiquent de manière signifiante. Mais nous avons intégré dans l'unité d'enseignement de soin relationnel que le but ici est d'établir une relation de confiance, indispensable dans une relation de soins, étant la base de la relation d'aide et essentielle à l'établissement d'une alliance thérapeutique.

La relation de confiance est le sentiment de pouvoir se fier à quelqu'un et de lui confier quelque chose en toute sécurité. Celle-ci est un ancrage indispensable pour la relation de soins, elle engage le professionnel et oblige à une certaine irréprochabilité.

Comme nous l'indique Rogers, la relation d'aide est une approche centrée sur la personne. C'est l'une des plus belles formes de communication que nous puissions établir en soins infirmiers. Phaneuf qui reprend l'auteur écrit :

« Elle est un échange à la fois verbal et non verbal qui dépasse vos communications habituelles et permet de créer le climat, d'apporter le soutien dont le patient a besoin au cours

d'une épreuve ou d'une difficulté de sa vie. La relation d'aide est différente des autres relations en soins infirmiers, car elle vous amène au plus près du patient, vous fait partager sa situation et sa souffrance. » (Phaneuf.M, 2011, p. 172).

Pour reprendre les propos de Schaller dans sa conférence, la relation d'aide s'épanouit à travers trois dimensions que Rogers a nommé la considération positive inconditionnelle, l'empathie et la congruence. Cela signifie qu'en plus de notre accueil chaleureux du patient, nous devons être dans l'acceptation totale et inconditionnelle de celui-ci sans être dans le jugement. C'est ce que l'on appelle aussi la neutralité bienveillante, c'est-à-dire une considération positive de l'autre lui permettant de s'exprimer librement en toute confiance.

L'empathie se définit comme la capacité à comprendre les émotions d'autrui, à se mettre à sa place, ce qui est différent de la sympathie car ici nous n'éprouvons pas forcément les mêmes sentiments. « *L'objectif de l'empathie rogérienne est donc de comprendre ce que le patient éprouve, c'est comprendre de l'intérieur la conscience que l'autre a de ce qu'il est en train de vivre* ». Pour cela, il est indispensable d'écouter et d'entendre. (Schaller.R, 1989, p. 17). Hochmann, psychiatre et psychanalyste soutient cette idée lors de son entretien pour la sortie de son livre « Une histoire de l'empathie ». Il nous dit que l'empathie est un processus conscient, que c'est un effort pour trouver le moyen de connaître l'autre, contrairement à l'identification qui, elle, est un processus inconscient. Il nous fait également comprendre que l'empathie est un mode de connaissance qui permet de comprendre et de connaître l'autre alors que la sympathie est un échange de sentiments, un sentiment positif pour l'autre. L'empathie étant de se mettre à la place de l'autre sans oublier que l'on est soi. Elle est donc de l'ordre de l'intuition. (Hochmann.J, 2012). Il est important de souligner que l'être humain a besoin d'être compris par un autre pour se comprendre lui-même. La posture empathique peut donc permettre de comprendre la cause de certaines situations. Il nous faut faire attention de ne pas trop rationaliser le soin et notre démarche, à ne pas tendre vers trop « *pathologiser* » les comportements. Ainsi, lorsque la personne veut nous faire comprendre quelque chose et qu'elle ressent cette reconnaissance chez l'autre, cela peut lui procurer un « *mieux être* » et une satisfaction. (Hochmann-J, 2012). Notons que Rogers insiste sur l'idée du « *comme si* », car si l'empathie ou la compréhension empathique demande d'avoir la capacité de percevoir le monde subjectif d'autrui, nous devons le ressentir « *comme si* » nous étions cette personne sans perdre de vue que cette situation comparable reste dans ce « *comme si* ». L'objectif reste donc de percevoir ce que le patient éprouve, comment et pourquoi selon lui, sans oublier que ce sont les perceptions et les expériences de l'autre au risque de ne plus être dans l'empathie mais dans

l'identification. Cette idée de « comme si » se retrouve également dans la philosophie Ricoeurienne notamment dans le concept de la sollicitude. Selon l'auteur, la sollicitude permet cette bonne distance et autorise le soignant à être bienveillant tout en offrant à autrui la possibilité de rester soi-même. Le soignant peut alors dépasser le simple respect sans pour autant tomber dans une sensibilité obligatoire, ne se limite donc pas à son devoir moral et préserve la singularité de chacun. Selon Ricoeur,

« Seule la sollicitude peut permettre de dépasser le simple respect sans verser dans une sensibilité contingente par nature. A la recherche d'une hypothétique bonne distance, la sollicitude, pour Ricoeur, doit permettre au soignant d'être bienveillant tout en permettant à autrui de demeurer lui-même. Ne se limitant pas à la simple obéissance d'un devoir moral, ' la voix de la sollicitude demande que la pluralité des personnes et leur altérité ne soit pas obliérées par l'idée englobante d'humanité'. » (Svandra.P, 2011, p. 29).

Enfin, la 3^{ème} condition à la relation de Rogers, c'est d'être congruent, ce qui signifie « être conscient de ses sentiments pour être capable de les vivre et de les communiquer au moment opportun pour la personne écoutée ». (Schaller.R, 1989, p. 18). On parle aussi d'authenticité.

Nous avons vu les conditions nécessaires à l'établissement de la relation d'aide qui permet l'alliance thérapeutique. « *L'alliance thérapeutique en soins infirmiers c'est la création d'une relation de confiance entre l'infirmière et son client par laquelle ils s'entendent pour travailler ensemble à son engagement dans un processus de changement et sa progression vers un mieux-être* ». (Phaneuf.M, 2016, p. 2). L'auteure dit également que : « *Dans la chaleur de l'empathie soignante, l'alliance thérapeutique permet au malade de s'engager avec l'infirmière à travailler à son mieux-être* ». (Ibid.,p. 1). C'est donc un accord bilatéral impliquant le patient et le soignant dans une union d'efforts partagés qui tend vers l'amélioration de l'état de santé. Elle nécessite une relation de négociation et une relation de confiance. Nous comprenons qu'il y a une notion de contrat dans l'alliance thérapeutique.

Après avoir mis en lumière ces différents types de relation, voyons comment nous allons pouvoir passer de la communication à la relation.

Il est admis que la communication ne repose pas exclusivement sur la communication verbale mais également sur d'autres paramètres tels que la voix, le volume, l'articulation, le débit, le rythme ou encore l'intonation dans celle-ci. Les phrases constituent le discours de la communication verbale mais pour bien communiquer il faut tout de même parler le même langage. Le non verbal représente chez deux personnes communicantes le paralangage, il

attribue une signification supplémentaire au discours mais il y a différentes significations selon les personnes et les cultures. J'entends par paralangage le silence, la gestuelle, les postures par exemple.

Effectivement comme dit précédemment, selon Bourdieu, la langue ne peut être réduite à un code, elle est indissociable de la parole donc de son usage. (Bourdieu.P, 1982). Verdon qui s'appuie sur l'écrit de cet auteur nous indique que nous n'avons pas tous le même code de langage mais qu'il est important pour que le patient puisse comprendre les soins et son accompagnement que l'on adapte notre langage, notre vocabulaire à ses codes de communication. Nous devons également adapter notre positionnement afin de ne pas majorer l'asymétrie dans la relation déjà existante par nature. Nous comprenons maintenant que le contenu de notre discours est déterminant sur notre positionnement professionnel, mais il influence également la relation soignant-soigné. Sznicer explique quant à elle les pensées de Bourdieu en insistant sur le fait que l'efficacité de la communication ne s'appuie pas uniquement sur le langage car celui-ci n'en est que le « *code d'accès* » (Sznicer.K, 2022).

« La façon de parler, l'accent, la syntaxe, le vocabulaire sont certes chargés de sens, mais la domination la plus discriminante s'exerce de façon plus insidieuse : par la manière de poser la voix, de regarder avec approbation ou désapprobation, de se tenir, de garder le silence... autant d'éléments qui associent la position symbolique d'un individu par rapport à un autre et expliquent, par exemple, le phénomène d'intimidation, qui résulte d'une violence symbolique silencieuse exercée par 'l'intimidateur' qui détient la parole légitime sur 'l'intimidé' qui ne la détient pas. » (Ibid., p.3)

Nous saisissons que si ce code n'est pas le même pour les deux interlocuteurs, il peut être une source de rapports de pouvoirs symboliques et de forces entre les deux personnes mais le paralangage qui accompagne la communication peut avoir autant de pouvoir sur l'asymétrie dans la relation.

La communication est au centre de nos interactions. Ce que l'on peut retenir des propos de Verdon c'est qu'elle est une nécessité pour vivre, que c'est un processus complexe d'échanges porteur de sens qui peut devenir une véritable relation. Il faut alors passer par soi pour aller vers l'autre, avant toute relation pour un lien particulier, une communion infirmière-soigné. (Verdon.C L. B., 2013). Cette idée se retrouve dans plusieurs ouvrages traitant de la relation soignant-soigné. Phaneuf. M note que

« La communication est la base de nos rapports humains. En soins infirmiers, elle est au cœur de toutes nos interactions avec le client, que ce soit pour l'accueillir, pour recueillir

des données dans l'évaluation de sa condition physique et mentale, pour lui enseigner certaines notions nécessaires à la prévention et au traitement ou pour lui donner des soins ; en somme, pour faire de votre présence un accompagnement thérapeutique. » (Phaneuf.M, 2011, p. 3)

Bioy nous indique également l'aspect fondamental de la communication : « *Si la communication est inhérente à l'être humain, sa pratique fluctue en fonction des situations, des personnes en présence et des objectifs assignés. » (Bioy.A, 2013, p. 18).*

Cependant, la communication est aussi une histoire de contexte car nous pouvons en déduire l'importance des attitudes d'accueil en communication, que ce soit pour un nouveau patient, mais aussi un nouveau collègue ou encore au quotidien dans notre travail. Parmi ces attitudes nous avons l'écoute qui manifeste le respect essentiel à nos échanges, ainsi que la qualité de cette écoute qui soutient la qualité de nos soins. Ainsi, il nous faut chercher à développer une écoute respectueuse, attentive, afin de comprendre le patient et planifier les soins qui répondent à ses besoins. Nous pouvons ajouter que nos comportements de partage de l'information peuvent encourager le patient à s'exprimer tout en nous permettant de comprendre ses difficultés et ses besoins. Il est également important de choisir de bons moments et la bonne formulation. Il nous faut trouver un juste équilibre aussi entre les questions ouvertes et fermées et alterner les différentes formes de questions selon le contexte, et bien sûr, de laisser le temps au patient de répondre. D'après Phaneuf, pour être efficace il est aussi nécessaire de mettre en place des stratégies selon que l'on souhaite par exemple le motiver, calmer son angoisse, diminuer une agressivité, esquiver un conflit... (Phaneuf.M, 2011, p. 123).

2.2 La relation soignant-soigné

2.2.1 Les définitions de la relation soignant-soigné

Il existe différentes définitions de la relation soignant-soigné. J'ai choisi de retenir :

C'est un lien qui met en rapport une personne à une autre. La relation est le « *lien qui se crée entre les personnes qui communiquent de façon signifiante* ». (Khammar.L-Hadjadj.EP, 2018/2019). Nous pouvons nous demander quelle signification va prendre cette relation pour l'un et l'autre ?

Le soignant est « *la personne qui délivre des soins préventifs, curatifs ou palliatifs.* » (Khammar.L-Hadjadj.EP, 2018/2019). Insistons sur le fait que le questionnement permet de maintenir le travail de problématisation. D'ailleurs lorsque l'on se penche sur les propos de

Piveteau nous comprenons que dans l'intention de prendre soin de la personne le soignant est avant tout un être d'écoute.

« Il faut accepter la présence d'un état d'incapacité ordinaire, et venir au secours de celui qui le supporte, non pas pour le faire disparaître, mais pour le supporter avec lui en partageant le fardeau. [...] Celui qui 'prend soin' n'est, au fond, qu'un compagnon d'impuissance. [...] Il vient seulement, comme l'écrivait Bernanos, aider à 'faire face'. Du même coup, l'aidant n'est pas celui qui sait ; il est plutôt celui qui entend. » (Piveteau-D, 2009, p. 21).

Hesbeen soulève la complexité du vocable « soignant » bien qu'il puisse sembler évident. « Sa compréhension reste approximative, tiraillée entre un statut professionnel pour les uns, une situation, voire une attitude ou une intention pour les autres. » (Hesbeen.W, 2012, p. 1). Effectivement certaines personnes d'une équipe pluridisciplinaire, comme un kinésithérapeute ou un éducateur, ne se conçoivent pas forcément comme des soignants alors qu'ils prennent soin des personnes.

Le terme soigné désigne la « *personne qui bénéficie de soins préventifs, curatifs ou palliatifs, délivrés par un soignant* ». (Khammar.L-Hadjadj.EP, 2018/2019).

La relation soignant-soigné est donc une rencontre qui se fait entre les deux sujets dans un contexte particulier. La relation se compose de l'empathie, de la communication et de tout le paralangage qui l'accompagne comme l'écoute, le toucher, le regard. Le soin relationnel va permettre à la personne de s'entendre, d'être écoutée et d'être en lien à son histoire de vie et ainsi construire une relation véritablement aidante. D'après Salomé, psychosociologue, c'est « *l'ensemble des attitudes, des comportements spécifiques et volontaristes, des actes des paroles tant réalistes que symboliques qui sont proposés par un soignant, un accompagnant, à une personne en difficulté de santé* ». (Salomé.J, 1999).

Pour Hesbeen, la pratique des soins infirmiers s'inscrit de la même façon, dans une rencontre entre une personne soignée et des personnes soignantes. Il s'agit pour les soignants de rencontrer une personne sur le chemin particulier de sa vie et de l'accompagner sur celui-ci et parfois jusqu'au « *bout du chemin* ». Cette rencontre et le cheminement qui suit relèvent d'une relation riche qui permet d'accompagner et d'être accompagné par quelqu'un en qui on a une certaine espérance. Elle requiert une présence de l'un à l'autre et la reconnaissance de la différence qui permet le dialogue et la juste distance, le respect des valeurs de l'autre. Cette

rencontre nécessite une démarche, celle que l'on peut appeler une « *démarche de soin* » ou plus exactement une démarche du « *prendre soin* ». Pour réussir à ajuster « *ce mouvement qui porte vers l'autre, les professionnels sont invités à dialoguer, à réfléchir, à analyser, à identifier les éléments qui constituent la situation de vie dans laquelle ils vont intervenir.* » (Hesbeen.W, 2002). Ainsi la personne soignée a recours, à un moment de sa vie où elle est fragilisée, à des soins nécessaires pour retrouver son état de santé ou être accompagnée. La communication qui s'établit entre le soignant et le soigné est déterminante pour cette relation qui se crée autour du soin. (Khammar.L-Hadjadj.EP, 2018/2019). Ainsi des liens vont se créer dans cette rencontre où la communication est liante et fait également référence à d'autres liens tissés préalablement dans le développement de notre personnalité.

2.2.2 Un point de vue différent et éclairage en soins relationnels

Nous pouvons également relever que la communication n'est pas nécessairement un pilier de la relation.

Nous retiendrons grâce à l'écrit de Verdon⁵ que le philosophe Gabriel Marcel oppose les fondements de la relation soignant-soigné à la communication. Celui-ci nous offre des notions complémentaires dont : l'intimité et la nature du partage entre soignant-soigné, et celle de la reconnaissance par la présence de l'autre, ainsi que l'engagement infirmier qui permet de concevoir les notions de relation et de communication. La relation de soin se joue alors également en dehors de la communication. Elle engage le soignant dans sa qualité, la nature de sa présence et de ses échanges. « *Ici la relation symétrique est le lien où se crée une ouverture de soi mais dans la communication c'est unidirectionnel, l'infirmière est essentiellement tournée vers l'autre avec des objectifs concrets d'être aidante ou thérapeutique* ». (Verdon.C, 2012). Cette approche nous éclaire sur la notion de l'intersubjectivité et donc sur le lien soignant-soigné. Elle nous offre un éclairage de l'impact que nous, soignants, pouvons avoir sur l'exercice infirmier et la nature du soin. Elle fait écho en reprenant les notions abordées par Hesbeen, sur la distinction de l'art de « *prendre soin* » et « *faire des soins* ». (Ibid, 2012). Ceci revient à la question de l'enjeu de la relation d'humain à humain. Nous comprenons, l'indispensable réciprocité et échange mutuel entre soignant et soigné pour l'établissement d'une relation pérennisée et particulière. La communication n'est pas seulement dans l'échange verbal, mais dans tout ce qui l'entoure, l'intimité de la situation, la nature de ce que nous partageons avec

⁵ Verdon. C : Professeure au département des sciences infirmières à l'Université du Québec.

les patients par nos présences mutuelles et notre engagement professionnel. Une vraie qualité de communication peut faire la différence essentielle entre faire du soin et prendre soin de ces personnes. D'ailleurs, Dolto a dit : « *Tout groupe humain prend sa richesse dans la communication, l'entraide et la solidarité visant à un but commun : l'épanouissement de chacun dans le respect des différences.* » (Cité par Bioy.A, 2013, p. 18).

Au fil de cette partie de recherche nous avons établi que la communication est un phénomène global. Si le verbal est d'une grande importance, le non verbal parle bien plus que nos propres mots : il révèle et influence la relation soignant-soigné. Il est donc primordial d'écouter le patient, cependant l'observation des manifestations non verbales est tout autant nécessaire car celle-ci nous apportera un supplément d'informations pour notre compréhension de ce que vit le patient. Finalement, dans la recherche d'une communication de qualité, l'attitude du soignant est tout aussi importante, ce qui va dans le sens de révéler la douceur, la compréhension comme la froideur ou l'indifférence...

La notion de communication et ses enjeux que nous avons explorés, nous invite à poursuivre notre recherche sur ce qu'est la relation soignant-soigné, son intérêt, l'enjeu des soins relationnels et le sens de ce concept.

A présent, nous pouvons nous demander à quel moment peut-on parler de soins relationnels et non plus de simple relation soignant-soigné.

De notre formation dans l'unité d'enseignement de soins relationnels, nous avons retenu que la relation soignant-soigné est une relation asymétrique où se joue une dépendance l'un envers l'autre qui n'est pas sans conséquence. C'est une relation si l'on peut dire à trois, entre un soignant, un soigné et une maladie qui est porteuse d'angoisse. Menaut ancien infirmier en secteur psychiatrique a écrit un article dans lequel il pose la question de savoir si les soins relationnels existent. Sa réflexion nous démontre qu'aujourd'hui nous sommes menés à qualifier et quantifier les choses par la contrainte de la tarification à l'acte. Il faut donc identifier les soins relationnels et soulever qu'ils nécessitent une compétence. « *Au moment où la tarification par actes nous contraint à les quantifier et surtout à les qualifier, où les EPP questionnent nos pratiques, où l'on voit poindre un nouveau programme de formation axé sur la notion de compétences, il me semble intéressant de se poser la question de l'existence des soins relationnels.* » (Menaut-H, 2009, p. 78). Notons que les soins relationnels sont surtout

évoqués en psychiatrie et qu'on les différencie souvent aux soins relationnels les soins généraux.

« Les infirmiers et les infirmières passent leurs journées de travail à faire, à dire, à écouter, à faire expliquer, à reformuler, à essayer de comprendre, de créer les conditions pour que la personne comprenne elle-même. Il y a des réalités différentes : la relation établie lors d'un prélèvement sanguin et la relation établie lors d'un entretien avec un suicidant n'ont certainement pas le même but ni la même dimension dans l'histoire du patient. » (Menaut-H, 2009, p. 78).

L'auteur met en lumière le fait que dans tous les soins il y a de la relation. Ainsi, le soin aurait deux qualités : celle du soin technique et celle de la relation. Mais soulignons que les soins relationnels ont eux aussi, une dimension technique et que les soins techniques ont à leur tour une dimension relationnelle. Finalement les soins relationnels accompagnent la technique. *« Donc il y aurait une primauté du support technique dans l'un et du support relationnel dans l'autre. »* (Menaut-H, 2009, p. 79). Nous comprenons que c'est la qualité de la relation qui conduit à la possibilité du soin, c'est en cela qu'elle est un support de soin. Ce que l'on peut retenir de l'article de Menaut c'est aussi que les soins relationnels représentent plus une attitude qu'une aptitude. *« Il n'y a pas de réflexion préalable sur notre action relationnelle : la relation est souvent informelle, spontanée, sans objectifs définis, sans démarche ou stratégie, mais avec des intentions faisant appel à des aptitudes relationnelles susceptibles de nous permettre de nous interroger sur la relation qui se déroule. »* (Menaut-H, 2009, p. 79). C'est donc l'aptitude du soignant à être dans la relation. Mais, ils nécessitent une volonté indispensable aux soins. *« Il faut une grande volonté, moult qualités et de l'intelligence pour ne pas céder aux sirènes du vite exécuté. La dimension relationnelle du soin est une dimension absolument indispensable aux soins : il n'y a de bons soins que les soins riches en relation. »* (Menaut-H, 2009, p. 79). Dans la partie précédente nous avons noté que pour Rogers dans le soin relationnel nous allons chercher les ressources de l'autre, c'est ce qui justifie l'obligation de formation aux soins relationnels car ils nécessitent un savoir-faire et un savoir être et donc une posture mais aussi une identité professionnelle.

Nous avons vu dans le chapitre précédent que pour construire une relation, il faut communiquer, il est donc indispensable de savoir écouter. Être à l'écoute d'un patient, c'est être à l'écoute de son ressenti. Car, une demande a besoin d'être entendue, pas forcément satisfaite. Les patients ont besoin d'être écoutés avant tout mais la communication ne suffit pas. *« Un soin relationnel*

fait appel à des compétences professionnelles et pas seulement à des aptitudes communicationnelles ». (Menaut-H, 2009, p. 80). Le soin relationnel relève de la compétence car il demande au soignant une capacité de l'orienter, de le repérer et de le contrôler. C'est donc un soin technique varié et réfléchi qui demande de l'apprentissage et de l'expérience.

La qualité relationnelle est ce qui enveloppe les soins et leur confère leur caractère humain, elle est donc essentielle à la qualité des soins et elle exerce donc une influence dans le processus de guérison. Notre regard porte souvent sur les symptômes et moins sur la personnalité du patient. Il est à noter qu'il est parfois difficile de savoir quand est ce qu'il faut être proche ou distant de celui-ci. Il nous est enseigné qu'il faut prendre en compte le regard de l'autre mais nous pouvons noter qu'il est parfois difficile de se mettre à la place de l'autre. Cependant si nous ne le faisons pas, ce serait une relation à sens unique. Ce regard porté au patient est important car il fait partie des points clés de notre reconnaissance. L'enjeu dans l'observation est d'être à l'écoute du patient en étant attentif de son ressenti lorsqu'il n'est pas forcément verbalisé. Car le soignant est supposé savoir et donc sensé guérir aussi, le soigné souffre et donc ressent. Mais il est important de souligner que c'est à partir de notre ressenti que l'on agit. Notons d'ailleurs que le toucher fait partie intégrante du soin relationnel, et j'ajoute même qu'au-delà du contact physique, le tact psychique existe aussi. Dans le matériel que nous utilisons lors des soins, il ya également le port des gants qui instaure une distance comme si nous voulions « prendre des gants » et imposer ce fossé. J'ai remarqué que l'on touche les malades mais que beaucoup de soignants n'aiment pas se faire toucher que ce soit physiquement ou psychologiquement. C'est comme si le côté sensible de l'émotion mettait en danger les soignants. C'est pour cette raison peut-être, que nous pouvons lire « relation soignant/soigné » ou « relation soignant-soigné », le « / » pouvant représenter cette distance et donc la protection du soignant.

2.3 L'enjeu des soins relationnels

Les soins relationnels sont une priorité pour les personnes soignées mais doivent l'être également pour les soignants malgré leur complexité car ils ouvrent à la relation. La réponse accompagnante du soignant permet au patient de se sentir en sécurité et d'être entendu dans sa solitude. Cela exige du tact, de la formation, une capacité de discernement, de distanciation et de relecture avec l'idée d'accompagner la personne à un moment difficile de sa vie.

Accompagner étant défini comme :

« Cheminer avec ». « Comment vivre cette attention, cette présence et cette écoute de la souffrance de l'autre sans un partage de ce qui se vit ? Pour pouvoir partager avec l'autre, il faut déjà connaître ses propres limites. Ce partage avec autrui doit être un lieu d'humanisation pour soi et pour l'autre [...] La communication verbale et non verbale est le point d'ancrage de la rencontre avec le patient ». (Furstenberg.C, 2011, p. 77).

L'idée d'accompagner se retrouve dans la différence profonde de faire des soins et prendre soin d'une personne. Piveteau écrit : « Si l'acte soignant agit 'pour' le malade, l'acte du 'prendre soin' s'efforce d'agir ou de faire 'avec' lui. » (Piveteau-D, 2009, p. 21).

Pour comprendre l'enjeu des soins relationnels il semble important de faire la différence entre les soins et le soin. Hesbeen note « Le soin n'est pas à confondre avec les soins et l'excellence de la pratique des soins, pour nécessaire qu'elle soit, n'indique en rien la pertinence du soin porté à la personne à qui se destinent ces mêmes soins. » (Hesbeen.W, 2012, p. 3). Effectivement, nous pouvons soigner une personne sans pour autant en prendre soin, c'est-à-dire sans se soucier de cette personne. Le soin serait donc avoir le souci de l'autre, se préoccuper de la personne de manière singulière. Le soin serait le « care », souvent mis en opposition ou en parallèle du « cure », mais comme le dit Hesbeen, cela « renforce l'idée que l'un serait nécessairement lié à l'autre ». (Hesbeen.W, 2012, p. 4). Ce que l'on peut retenir des propos de l'auteur concernant le soin, c'est qu'il est nécessaire à la vie et ne concerne pas seulement les soignants mais tout un chacun dans la vie de tous les jours. Nous comprenons que si le soin est nécessaire à la vie, prendre soin est nécessaire pour faire vivre le vivant. Ce qui signifie que « le vivant est dépendant de ce qui lui permet de vivre et d'exister. » (Hesbeen.W, 2012, p. 4). L'auteur met en lumière la multitude de soins que comprend le prendre soin de l'être que ce soient les soins d'hygiène, de beauté, culinaires... Finalement, prendre soin c'est « accorder de l'importance à la finition », c'est aller « plus loin que ce qui est juste nécessaire » (Hesbeen.W, 2012, p. 7), c'est le reflet de l'intérêt que l'on porte à la personne. C'est donc la différence entre l'intention de satisfaire un besoin et celle de procurer du plaisir, de contribuer au bonheur de la personne en la considérant, en lui montrant sincèrement l'estime qu'on lui porte, l'importance qu'on lui accorde. Le soin permet également de ne pas réduire notre activité à des actes dépourvus de sens. L'auteur met l'accent sur le fait que le soin nécessite un travail d'équipe même si celui-ci requiert également une réflexion et un engagement personnel. Hesbeen cite le poète Valéry pour définir le soin en disant que :

« Soigner. Donner des soins, c'est aussi une politique. Cela peut être fait avec une rigueur dont la douceur est l'enveloppe essentielle. Une attention exquise à la vie que l'on veille et surveille. Une précision constante. Une sorte d'élégance dans les actes, une présence et une légèreté, une prévision et une sorte de perception très éveillée qui observe les moindres signes. C'est une sorte d'œuvre, de poème, que la sollicitude intelligente compose. » (Hesbeen.W, 2012, p. 8).

L'auteur met en lumière que le métier de soignant demande une réflexion au prendre soin, au sens que le soignant met dans ses actes, l'intention que celui-ci a dans sa pratique et la considération qu'il a pour les personnes qu'il soigne. C'est d'ailleurs ce qui oriente et anime notre pratique. Cela signifie que l'importance du désir du soin et du goût que l'on a pour l'humain sont indispensables au métier de soignant. Effectivement, souvent les soignants évoquent les problèmes de rythme et de contraintes dans leur pratique mais d'après Hesbeen il est à souligner que la difficulté première est celle de l'absence de désir du soin. Piveteau écrit également dans son article : « *Les finalités profondes du geste médical sont bien plus que la simple correction du dysfonctionnement organique.* » (Piveteau-D, 2009, p. 20).

Les soins font partie intégrante du prendre soin. Les actes et gestes réalisés ne suffisent pas à définir le prendre soin. Les soins que nous faisons sont « *visibles, mesurables, monnayables* » alors que le soin, n'est ni « *un acte, ni un geste, qui ne s'achète ni ne se vend mais qui témoigne d'une intention et de la considération pour l'humain.* » (Hesbeen.W, 2012, p. 15). Le soin permet donc, de valoriser l'existence de la personne et d'épargner une vision organique du soin. Aussi le soin est un « *cheminement personnel [...] une compétence de situation, compétence qui se cherche, se tâtonne, s'expérimente, se crée précisément en chaque situation, [...] ne peut être que singulière comme l'est l'humain auprès duquel elle a réussi à s'exprimer.* » (Hesbeen.W, 2012, p. 17). C'est donc une capacité soignante qui se travaille avec le temps, l'expérience et la réflexion quotidienne afin de savoir détecter, décoder ce qui est important pour le patient et son entourage dans une situation singulière et d'arriver à en tenir compte dans nos actions que Hesbeen nomme « *l'intelligence du singulier* ». (Hesbeen.W, 2012, p. 18).

2.3.1 Une importance dans les soins palliatifs

Étant actuellement en stage préprofessionnel en oncologie il me semble intéressant de mettre en lumière l'importance des soins relationnels notamment en soins palliatifs.

« Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, par le traitement de la douleur et des autres problèmes physique, psychologiques et spirituels qui lui sont liés ». OMS⁶.

La qualité de vie est définie comme : *« La façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent et en relation avec leurs buts, attentes, normes et préoccupations. »* OMS.

Plusieurs principes majeurs encadrent le travail en soins palliatifs tels que : le respect de la volonté et de la dignité du patient, la prise en compte de sa souffrance globale, l'information et la communication avec le patient et ses proches, la continuité et la coordination des soins et la préparation à la phase terminale et au deuil. (ARC, 2021, pp. 8-9).

Il semble donc que dans les soins palliatifs, la part de soin relationnel soit très importante et déterminante, notamment du moment de l'annonce de la maladie, les patients et leurs proches peuvent être bousculés par diverses émotions (combativité, espoir, colère, inquiétude, épuisement...). Des interrogations spirituelles peuvent aussi apparaître, liées au sens de la vie, aux croyances personnelles et religieuses. Les soignants sont alors amenés à soulager les douleurs psychiques dans ce cadre de soins. (Ibid, 2021, p. 27). Ils sont également amenés à soutenir les proches qui jouent un rôle déterminant auprès des malades. Pour ce faire, les professionnels sont formés pour *« prévenir et prendre en charge l'impact physique et psychologique de la maladie sur les proches. Ils sont là pour les informer, les écouter et les aiguiller afin de soulager leurs inquiétudes, répondre à leurs besoins et prévenir les moments d'épuisement. »* (Ibid, 2021, p. 29). Les soins relationnels en soins palliatifs semblent alors indispensables et déterminants dans l'accompagnement des malades et de leurs proches. Notons qu'à travers la définition même des soins palliatifs nous comprenons que la part de soins relationnels influence la qualité de soin et par conséquent, la qualité de vie des malades.

Hesbeen note deux valeurs fondamentales des métiers du soin qui sont le respect et la dignité. Le respect comme une forme de croyance en *« tout humain particulier dans le concret de sa situation »*. (Hesbeen.W, 2012, p. 11), et la dignité étant pour la personne soignée d'être

⁶ OMS : Organisation mondiale de la santé

reconnue, d'être considérée. « *L'enjeu de la dignité humaine est la reconnaissance de l'esprit de l'autre* ». (Ibid, 2012, p. 13). Les propos de Piveteau appuient l'importance de ces valeurs lorsqu'il dit : « *Ce qui compte dans l'accompagnement de la personne, [...] de savoir ce qu'elle veut, de comprendre ce à quoi elle aspire.* » (Piveteau-D, 2009, p. 22). Hesbeen souligne également que le désir du soin, le goût pour l'humain même dans les unités de soins palliatifs mène à cette « *joie sereine et bienfaisante qui surgit lorsqu'elle rencontre le désir du professionnel et de l'équipe d'avoir pu accompagner un humain de manière sensée y compris jusqu'à la mort.* » (Hesbeen.W, 2012, pp. 14-15). Ces propos mettent en exergue l'importance du sens que l'on met dans nos soins et de ne pas confondre le soin avec la seule pratique des soins.

Les travaux de Saunders⁷ ont permis aux soignants d'approfondir les réflexions relatives aux attitudes soignantes et de préciser la distinction entre faire des soins et « *prendre soin* ».

« *La pratique des soins infirmiers s'inscrit dans une rencontre entre une personne soignée et des personnes soignantes. Il s'agit pour les soignants de rencontrer une personne sur le chemin particulier de sa vie et de faire un bout de chemin avec elle, allant même jusqu'au 'bout du chemin'. Cette rencontre et le cheminement qui suit relèvent d'une relation riche qui permet d'accompagner et d'être accompagné par quelqu'un en qui on a une certaine espérance. Cette rencontre requiert une présence de l'un à l'autre et la reconnaissance de la différence qui permet le dialogue et la juste distance, le respect des valeurs de l'autre. Cette rencontre nécessite une démarche, celle que l'on peut appeler une 'démarche de soin' ou plus exactement une démarche du 'prendre soin'.* » (Furstenberg.C, 2011, p. 78).

Furstenberg qui s'appuie sur les écrits de Saunders, nous fait souligner que la base de cette démarche est de tisser des liens de confiance avec le patient. Ainsi, la présence attentionnée du soignant permet au patient d'exprimer ses difficultés. L'attention à la personne soignée est finalement cette capacité que l'on a de « *prendre soin* » de quelqu'un. Prendre soin serait en quelque sorte un art, où l'on doit réussir à combiner des éléments de connaissance, d'habileté, de savoir-être, d'intuition qui vont permettre de venir en aide à quelqu'un, dans sa situation singulière. Nos capacités sont individuelles mais également en interaction avec d'autres acteurs, d'ailleurs nos capacités à travailler en équipe sont primordiales pour mieux ajuster les décisions, éviter la fusion relationnelle, mais aussi préciser et réadapter les objectifs et la démarche de soins. (Ibid, 2011, p. 78).

⁷ Saunders. C : (1919 – 2005) est considérée comme la pionnière des soins palliatifs.

L'auteur reprend le terme de sollicitude employé dans la philosophie de Ricoeur. La sollicitude est la : « *spontanéité bienveillante, soucieuse de l'altérité des personnes, intimement liée à l'estime de soi au sein de la visée bonne* ». (Cité par Furstenberg.C, 2011, p. 80). Elle est au cœur de l'éthique que Ricoeur définit comme « *visée de la vie bonne avec et pour autrui dans des Institutions justes* » (Cité par Furstenberg.C, 2011. P. 80). Elle se distingue de la responsabilité décrite par Levinas car pour l'auteur la relation entre « moi » et « autrui » est d'emblée asymétrique. Autrui serait « *le vulnérable, la veuve, l'orphelin* » il serait dans la hauteur et nous appelle. Le Moi serait le sujet responsable qui répond et qui est appelé à « *être le gardien de son frère* ». Ainsi, la sollicitude serait le lien de bienveillance qui se crée avec autrui dans une réciprocité. (Ibid, 2011, p. 80). Effectivement, au cours de la communication s'installe une distance entre les personnes. C'est en fait la distance que chacun d'entre nous met en place pour délimiter son territoire personnel. Il existe une zone intime qui correspond à notre vie personnelle où le contact est présent, une zone personnelle qui correspond aux échanges de la vie quotidienne et familiale où ici encore les contacts sont présents puis une zone sociale qui pourrait correspondre aux réunions de travail ici sans contact et pour finir une zone publique qui correspond à nos interventions en public, où nous voyons la personne de loin. Ainsi, selon les besoins, l'infirmière peut pénétrer dans ces quatre zones et peut donc faire preuve d'intrusion dans le territoire personnel du patient. Il paraît donc important d'en prendre conscience et de l'évaluer. Paradoxalement, c'est ici que la proximité et la distance peuvent se rejoindre car la sollicitude invite à la proximité. C'est ainsi que la sollicitude y trouve là sa juste place. Aussi, avec une attitude ajustée, la proximité n'est pas étouffante si elle sait reconnaître et respecter l'espace intime de chacun et si la présence et l'échange sont accueillis par la personne. (Ibid, 2011, p. 80).

« *La sollicitude est une source de bienfaisance ou de bienveillance qui soutient, c'est une attitude soignante en elle-même qui de plus est à cultiver en société non seulement dans la sphère de l'intime mais encore dans la sphère publique. Elle donne à l'Éthique souffle et vie. Elle présente cet avantage de situer les êtres à un même niveau tout en concevant la singularité de chacun. Elle donne au soignant de donner dans cette présence attentive mais encore de recevoir l'accueil de l'autre et son partage, c'est dans cet échange relationnel que se fraie un chemin d'humanité, à la fois fragile et solide, à cultiver* ». (Ibid, 2011, p. 81).

La sollicitude serait donc la clé des soins relationnels et offrirait un pied d'égalité dans cette relation asymétrique soignant-soigné dans la singularité de chacun grâce à notre attention et notre accueil de l'autre. C'est aussi une attitude à travailler tous les jours et avec chaque patient.

2.3.2 Philosophie et éthique

2.3.2.1 L'identité

Svandra nous explique que selon Ricoeur l'identité est constituée de deux pôles : « *l'idem* » (ensemble des dispositions innées et acquises qui est le profil propre de chacun) et « *l'ipséité* » (dimension éthique et dynamique). Deux pôles qui donneraient du sens à ce qui nous arrive. D'après l'auteur la différence entre éthique et morale est que l'éthique renvoie à « *ce qui est estimé bon* », la morale à « *ce qui s'impose comme obligatoire* ». Il paraît nécessaire de soumettre la visée éthique de la vie bonne à la norme morale du devoir car le mal est une réalité. Ainsi, l'homme est un être faillible qui peut faire le mal. Il décrit trois moments : « *visée la vie bonne* » étant le « *pôle je* », « *avec et pour les autres* » étant le « *pôle tu* », « *dans des institutions justes* » étant le « *pôle-il* ». Ce recours au terme de souci est appliqué aux trois moments : le « *souci de soi* » qui est l'estime de soi, « *souci de l'autre* » qui serait la sollicitude et le « *souci de l'institution* » qui est la justice. Ricoeur se pose la question de savoir s'il ne vaut mieux pas partir plutôt du souci de l'autre plutôt que de soi. (Cité par Svandra.P, 2016, p. 22). Ce qui rejoint encore une fois l'idée que la sollicitude serait la clé des soins relationnels.

2.3.2.2 L'éthique du soin

Il nous explique également que Levinas figure très importante également dans le soin concernant la question de la vulnérabilité est cependant en désaccord avec Ricoeur sur la notion d'altérité. Pour Levinas notre responsabilité pour autrui nous incombe, elle n'est pas liberté puisque nous sommes otage du visage de l'autre et nous voyons l'autre comme une extériorité radicale, irréductible au même et à la totalité. (Svandra.P, 2018)

Ricoeur lui, défend l'idée qu'autrui est certes un « *alter* » mais aussi « *ego* », c'est parce que nous sommes libres que nous pouvons penser que je suis un « *je* » que je peux découvrir autrui comme un autre « *je* » avec pour conséquence une réciprocité possible. Ricoeur ancre l'éthique à partir de l'estime de soi et Levinas trouve son origine chez autrui par l'appel de son visage. D'après Ricoeur il y a une différence sur le « *moi* » et le « *soi* » qui est essentielle. Elle est la différence entre l'égoïsme et l'ouverture au monde et aux autres. Le soi est un « *je* » réflexif. Il dit qu'une vie bonne n'est en aucun cas un « *solipsisme* » (Attitude du sujet pensant pour qui sa conscience propre est l'unique réalité, les autres consciences, le monde extérieur n'étant que des représentations) et bonne au sens d'éthique c'est à dire en faveur d'autrui donc par « *souci* » pour lui. Ainsi, le soi implique l'autre que soi afin de pouvoir dire que quelqu'un s'estime soi-même

comme un autre. La sollicitude est cette « *spontanéité bienveillante* » liée à l'estime de soi dans la visée de la « *vie bonne* ». Nous pouvons souligner que la réciprocité n'est visible qu'en amitié où l'un estime l'autre autant que soi, c'est une relation singulière car elle impose l'égalité entre amis. La dissymétrie caractérise les relations maître/élève ou soignant/soigné. Ces places ne sont pas échangeables mais d'après Ricoeur ce fait ne doit pas empêcher la réciprocité malgré l'asymétrie de cette relation. La souffrance pour lui est un manque de « *capacité d'agir* » et c'est ce qui engendre l'agir de l'autrui et c'est ce qui permet la réciprocité et la sollicitude. Mais il se pose la question de comment ressentir de la sollicitude pour tous. Il introduit et met en tension la notion de respect avec celle de sollicitude, le respect étant l'expression de la dignité humaine. L'arrivée du tiers fait prendre conscience de l'exigence de la justice. Je ne peux pas tout donner à l'un et léser l'autre. (Ibid, 2016, p. 23). Effectivement, lors que nous sommes en service de soins, nous ne pouvons pas tout donner à un patient et léser les autres. Imaginons que nous sommes en service d'urgences, nous nous occupons d'un patient et puis un autre patient arrive, nous allons être amené à prendre soin également de cette personne. Ainsi, la justice est quelque peu une frontière à l'éthique. (Ibid, 2016, p. 24).

Concernant l'éthique médicale, Ricoeur pense que l'équipe soignante constitue une « *cellule de bon conseil* » une forme d'amitié élargie.

« *A ses yeux, si l'éthique médicale à certaines spécificités, c'est d'une part parce que cette activité humaine se réfère à la souffrance de l'homme, et de l'autre parce qu'elle constitue une relation particulière entre deux personnes, un soigné et un soignant, dont l'objet est cette même souffrance. Devant la douleur et la souffrance, l'homme capable devient un homme souffrant, celui dont les capacités ont besoin d'être soutenues, aidées, reconnues par tous* ». « *Ricoeur voit la médecine comme une technique scientifiquement instruite dissociée à une éthique de la sollicitude, attentive à la souffrance d'autrui et respectueuse du droit à la vie et aux soins du malade en tant que personne* ». (Ibid, 2016, p. 25).

Il s'agit alors, d'agir malgré certaines de nos contraintes (règles) sans jamais perdre de vue notre éthique 1ère constituée par l'estime de soi mais aussi de l'autre et bien sûr de la règle. Il décrit deux faces de l'éthique : l'éthique fondamentale, « *l'amont des normes* », c'est « *l'éthique antérieure* » : la visée de la vie bonne et l'éthique qui vise à insérer ces normes dans des situations concrètes qui est « *l'aval des normes* » c'est l'éthique postérieure. (Ibid, 2016, p. 26).

Donc finalement Ricoeur nous dit que l'éthique pratique et la morale sont la référence à la norme ce qui nous guiderait vers ce qui est préférable dans nos actions. Ainsi nous pourrions

éviter de respecter aveuglément la norme au risque de ne pas agir et d'ouvrir les portes à l'arbitraire et risquer l'injustice dans les soins. (Ibid, 2016, p. 26).

Il est important de relever grâce aux propos de Piveteau que le prendre soin est une éthique spécifique. Car comme il l'écrit : « *Il y a une éthique du soin, il y a une éthique du don, et il y a, proche et distincte à la fois des deux précédentes, une éthique du 'prendre soin'.* » (Piveteau-D, 2009, p. 23). Ce que l'auteur nous explique c'est que l'éthique du soin s'appuie notamment sur les « *codes déontologiques médicaux et paramédicaux* ». L'éthique du don représente plutôt notre recherche du respect de la liberté de celui qui reçoit. Et enfin, l'éthique du prendre soin serait plus particulièrement celle « *de l'aide et de l'accompagnement* » qui se compose des deux éthiques précédentes mais ajoute « *un respect absolu de la dignité de la personne aidée* ». Et selon l'auteur, le mot clé de l'éthique du prendre soin est « *la fraternité* » dans l'idée d'un « *sort commun* » (Ibid, 2009, p. 24). Nous comprenons que l'éthique du prendre soin demande un véritable amour de l'humain, un sens de la solidarité et du partage pour pouvoir soulager la personne. Ainsi pour être un véritable soignant, il faut savoir guérir grâce au « *soin* », savoir donner quelque chose de plus grâce au « *don* », et être solidaire pour permettre à la personne d'être soi-même, en étant au plus près de celle-ci grâce au « *geste de l'aide* », celui du « *prendre soin* ». (Ibid, pp. 25-26).

2.3.2.3 La vulnérabilité

Aussi nous avons compris au travers de cette partie, que la vulnérabilité de l'autre engendre la nécessité de l'autre, son aide. C'est donc parce que l'autre est vulnérable que le soin est nécessaire. Contrairement à un système technique, Ricoeur nous met en lumière l'égard envers l'autre comme nécessaire. Le soin est finalement constitutif du social puisque le 1^{er} soin est celui de la rencontre, celle-ci amène une demande qui engendre une réponse. Cependant cette théorie implique la reconnaissance de la vulnérabilité de l'autre, sachant que la vulnérabilité de l'autre est aussi la nôtre. D'ailleurs Zielinski a écrit que :

« *La reconnaissance de cette vulnérabilité peut devenir une vertu relationnelle. Juste milieu entre l'impuissance et la toute-puissance, elle ouvre à la sollicitude, qui révèle les capacités et permet une action ajustée à la situation. Reconnue comme 'fonds commun' entre soignant et soigné, elle permet de corriger l'asymétrie de la relation pour y introduire une dimension de réciprocité* ». (Zielinski.A, 2011).

La vulnérabilité serait donc un atout dans la relation de soin et pourrait même offrir une certaine égalité ainsi qu'une réciprocité entre soignant et soigné.

Piaget parle d'équilibration grâce à deux tendances fondamentales de tout système cognitif :

« Celle de s'alimenter (assimilation) et celle de se modifier pour s'accommoder aux éléments assimilés (accommodation). Il s'ensuit une mise en équilibre progressive entre la tendance assimilatrice et la tendance accommodatrice [...] Jean Piaget tente de démontrer que l'enfant devient logique, non pas en accumulant des savoirs transmis par l'environnement, mais en appliquant au réel les schèmes de pensée précédemment établis et toujours susceptibles de progresser en fonction de rencontres répétées avec un réel qu'il s'ingénie à rendre de plus en plus compliqué ». (Chalon-A, 2001).

Nous comprenons par cet auteur, que chacun est vulnérable de manière singulière par sa propre histoire de vie mais que chacun a aussi la capacité de résilience grâce à la capacité d'accommodation.

Dans cette idée de singularité, si nous nous référons à Ricoeur, nous comprenons bien que deux éléments sont inséparables dans le soin, le fait de soigner et le fait de soigner quelqu'un. Effectivement nous pouvons observer sur le terrain, que par souci d'efficacité ou de compréhension parfois, il est nécessaire de séparer les deux, comme pour une urgence vitale par exemple, où le soin organique sera prioritaire. Mais en dehors de l'urgence vitale, le care et le cure puisqu'il s'agit disons-le, de ces deux concepts du soin, sont intriqués sans distinction et nous avons tendance à découper les choses pour être efficace, mais le risque est de devenir technicien. Nous parlons donc d'une nécessité des deux pour une prise en charge globale. Le care étant lié aux fonctions de vie, de continuité de celle-ci. Il intègre « le souci des autres » qui permet de se dégager de l'emprise des soins pour aller dans le champ du prendre soin. C'est donc reconsidérer la sollicitude et l'accompagnement des personnes vulnérables. Alors que le cure sont les soins de réparation ou les traitements de la maladie. Le cure est donc limité à la maladie, il lutte contre elle et s'attaque aux causes. C'est donc une vision organique du soin. « On distingue le to cure, qui est le soin qui guérit ou s'efforce de guérir, et le to care, qui est le prendre soin attentif, le soin qui aide, qui accompagne mais ne vise ni n'ambitionne aucune guérison. » (Piveteau-D, 2009, p. 20). Aussi, nous comprenons que lorsque Ricoeur nous guide dans l'idée d'un soi-même comme un autre, c'est l'idée qu'il n'y a pas de soignant s'il n'y a pas de soigné comme il n'y a pas de mère s'il n'y a pas d'enfant. Ainsi, c'est par l'addition de deux « soi » qu'existe la relation. Il y a de l'autre dans soi, cependant pour qu'il ait de l'autre en nous, il faut nous y intéresser. Nous pouvons aussi faire un lien avec les propos de Hesbeen dans l'idée que le vivant est dépendant de ce qui lui permet de vivre et d'exister. Car comme il le dit, « le vivant est fragile » ainsi nous pouvons déduire le risque de déviance dans le manque

d'attention, de prévoyance, d'inadvertance voire de malveillance d'autant plus importante dans une situation de vulnérabilité. (Hesbeen.W, 2012, p. 4). Effectivement Hesbeen l'écrit : « *Ces soignants professionnels interviennent précisément lorsque la fragilité de la vie est fragilisée par une maladie, un événement ou une caractéristique pathologique aux effets parfois éphémères, parfois durable, ou encore définitifs voire irrécupérables.* » (Ibid, 2012, p. 8). Les soins alors dans ce contexte de dépendance nécessite une « *vigilance, une présence* » mais aussi un savoir-faire et un savoir être. D'ailleurs, Svandra nous met en garde lorsqu'il écrit dans son article : « *Ne versons pas dans une vision éthérée ou utopique du soin. Nous savons bien que la dépendance et la vulnérabilité peuvent aussi favoriser des tendances perverses.* » (Svandra.P, 2011, p. 30). L'auteur cite Levinas en reprenant la phrase : « *Le visage du prochain m'obsède par sa misère* » car effectivement il existe un risque réel dans toute relation. Nous pouvons observer sur le terrain certains patient dit « vampirisant » qui comme le dit Svandra transforment la relation en « *une forme d'exigences 'affectives' sans limite.* » Ce qui nous met en garde sur un dévouement sans limite et en référence à cette relation mère/enfant. Aussi, si l'on reprend l'idée du tiers dans notre pratique, elle représente ici le « moment de la justice », c'est ce que Svandra dit en reprenant Levinas « *car si dans le face-à-face, je suis l'obligé d'autrui (et parfois même jusqu'à son otage), dans un collectif ou dans une institution se pose une autre question, celle de savoir qui a le plus besoin de moi, qui doit passer le premier ?* » (Ibid, 2011, p. 31). L'idée ici, est bien que nous sommes menés à devoir tenir compte de toutes les personnes soignées en service de soins. Ce qui nous mène également à devoir parfois « comparer l'incomparable » Le soignant doit alors se montrer « juste » et « équitable » ce qui comme le dit Svandra est nécessaire mais « *éthiquement et humainement toujours difficile.* » (Ibid, 2011, p. 32).

Si nous faisons un point sur deux notions celle de la justice et celle de la réciprocité en confrontant les deux auteurs de cette partie, nous arrivons à distinguer la pensée Lévinassienne qui place la justice d'emblée dans une sphère politique et refuse absolument la réciprocité contrairement à la pensée Ricoeurienne qui place la justice comme origine dans l'éthique et rend la réciprocité possible et indispensable. La synthèse est difficile, mais les deux philosophies semblent importantes pour un soignant. Ainsi, nous nous sentirons peut-être plus proche de l'un ou de l'autre et nous avons besoin peut-être autant de soignants Lévinassiens et Ricoeuriens.

Nous pouvons ici faire le lien avec notre 1^{ère} partie de recherche car le rôle propre de l'infirmière est en partie de créer une disponibilité, une écoute favorable au développement du patient. Il est à souligner que la notion d'empathie est indispensable. Cependant, comme nous l'avons déjà remarqué, pour comprendre, il faut savoir écouter et entendre. En effet, si l'être humain a besoin d'être compris par un autre pour se comprendre lui-même, « *cette interaction dynamique peut s'épanouir que grâce aux qualités de respect et d'amour de celui qui écoute. Ainsi, elle doit d'affiner en se régulant sans cesse aux trois conditions de Rogers. C* ». (Schaller.R, 1989, pp. 16-17). Car si l'on peut retenir une chose des propos de Hesbeen c'est qu'un soignant peut avoir l'amour ou la passion de son « *métier pour tout ce qui lui permet de réaliser sans pour autant avoir le goût de l'humain et le désir de tenter d'en accueillir la singularité et les manières parfois troublantes voire déroutantes qu'elle a de s'exprimer.* » (Hesbeen.W, 2012, p. 9).

Dans notre partie de recherche sur la communication nous avons relevé l'importance du verbal mais également du non-verbal que ce soit chez le patient comme chez le soignant, elle est également un point clé du lien qui se crée dans la relation. Cette relation, dont le point de départ doit être le souci de l'autre. Alors nous pouvons se demander à présent, comment faire pour communiquer, se reconnaître en l'autre, écouter, entendre et comprendre celui-ci lorsque nous le voyons qu'à moitié, lorsque ses émotions sont à moitié amputées par ce masque que nous portons ? Nous pouvons également nous demander ce que vit le patient lorsqu'il ne voit que la moitié du visage des soignants. Aussi, les soins relationnels s'inscrivent dans une rencontre singulière et intime qui s'invente, s'improvise à chaque instant, et où chaque soignant et patient peut se faire surprendre. Alors comment peut se construire derrière nos masques, cette relation dans laquelle les soignants doivent investir leurs émotions ? D'ailleurs, que se cache-t-il derrière ce masque ? Masquerait-on nos difficultés ? Nous allons dans cette dernière partie théorique, explorer la représentation du masque, son utilisation en santé et sa symbolique.

2.4 Le masque

2.4.1 Le visage

Le masque aujourd'hui est une barrière de plus à la communication et à l'instauration d'une éventuelle relation de confiance avec le patient. Peut-être que pour soigner nous avons parfois besoin de certains artifices comme celui du masque aujourd'hui.

Elsa Novelli chercheuse doctorante en philosophie, se pose la question dans son article de si nous allons avancer masquer pour nous protéger d'autrui. Pour l'auteure, le visage est mesure de notre humanité, donc il n'est plus possible de prendre soin de l'autre en adaptant notre discours et notre attitude en cachant une partie de notre visage. Difficile mais pas impossible cependant d'interagir avec l'autre si nous saisissons les signes que l'autre nous envoie. En effet, imaginons les sourires ou mots étouffés par le port du masque, cela efface nos émotions, notre paralangage, tout ce qui accompagne notre communication verbale et la chaleur que l'on peut rechercher dans le visage de l'autre. Nous pouvons souligner la tentation de chercher le visage de l'autre ailleurs en faisant référence aux réseaux sociaux afin de compenser nos difficultés. D'ailleurs, lors des confinements nous étions dans la distanciation virtuelle pour se rencontrer autrement. Une conception des rapports sociaux qui se révèle vite insuffisante et révèle plutôt le besoin de présence physique et masque notre capacité à faire tomber les masques au nom de la Santé. Novelli, soulève qu'il existe le risque d'objectiver les individus qui utiliseraient par excès les réseaux sociaux dans l'espoir d'acquérir un peu d'attention. Apparaît également un besoin d'affirmer notre individualité. Malgré le fait que le masque tend à l'homogénéisation des individus, ils aspireront à être singuliers et visibles par la personnalisation de masques par exemple ceux en tissu avec des dessins personnalisés exprimant une émotion ou représentant un personnage que les personnes affectionnent ou encore de leur couleur préférée. Le masque peut donc devenir un style ou une mode. « *Ainsi une différenciation accrue et un repli sur soi se posent comme le revers d'une mesure liberticide, pourtant prise au nom de la liberté* ». (Novelli.E, 2020, pp. 1-5). Nous parlons ici d'une perte de liberté et celle de notre humanité, car le masque homogénéise la population, c'est donc de la liberté individuelle qu'il s'agit derrière une mesure au nom de la santé. Mais alors, comment être libre si nous ne sommes pas en bonne santé pour le faire ? Les discours néolibéraux désignent le masque comme outil légitime au service de tous. L'auteure souligne que c'est placer la santé au-dessus de tout, l'objectiver et guider nos conduites. Que faire d'une vie en bonne santé, si elle est dépourvue de projet et comment se réaliser sans le visage de l'autre, qui constitue la mesure de notre humanité

? Être en bonne santé ne suffit pas pour exister. (Ibid, 2020, p. 5). Si l'on se réfère au propos de l'auteure, nous pouvons nous demander si nous avons besoin de notre visage et de celui de l'autre pour exister de façon humaine.

Adèle Van Reeth nous explique que Levinas s'interroge sur le sens de la relation avec autrui. Elle cite Levinas :

« Il y a d'abord la droiture même du visage, son exposition droite, sans défense. La peau du visage est celle qui reste la plus nue, la plus dénuée. La plus nue, bien que d'une nudité décente. La plus dénuée aussi : il y a dans le visage une pauvreté essentielle ; la preuve en est qu'on essaie de masquer cette pauvreté en se donnant des poses, une contenance. Le visage est exposé, menacé, comme nous invitant à un acte de violence. En même temps, le visage est ce qui nous interdit de tuer. » (Benchelah.A-C, 2016).

Van Reeth nous explique que Levinas considère que la relation avec autrui est comme une relation éthique, il « conteste que le visage ne puisse être réduit à une tête » et que « tout en interdisant de tuer, le visage appelle à un acte de violence ». (Van-Reeth.A, 2015, p. 2). En effet chacun à son propre visage, nous sommes des personnes à part entière et singulières. Ainsi, lorsque nous observons le visage d'autrui, nous sommes mis face au fait qu'un autre que soi existe et que nous ne connaissons pas. Décrire un visage physiquement parlant, comme nous le ferions naturellement serait selon lui, « se tourner vers autrui comme vers un objet ». Ce serait le « chosifier » et c'est « manquer la spécificité et la singularité » de la rencontre d'autrui ou « voire la nier » (Ibid, 2015, p. 3). Notons, qu'autrui n'est pas un objet mais un sujet, il est un « moi » que je ne suis pas, un sujet « absolument étranger » à ce que je suis moi. (Ibid, 2015, p. 3). Idée complètement contraire à la pensée Ricoeurienne évoquée précédemment. D'après Levinas, comprendre l'autre est impossible dans le sens où comprendre serait prendre avec, ramener au même, donc l'altérité de l'autre justifie que l'on ne peut pas le comprendre. (Ibid, 2015, p. 3) Aussi, il soulève que connaître l'autre reviendrait à l'objectiver. Selon Levinas, la relation avec autrui est intersubjective. (Ibid, 2015, p. 4).

Nous comprenons ici, que le visage de l'autre nous rappelle notre propre vulnérabilité et nous appelle à le préserver. Il y a dans le visage, sa vulnérabilité donc sa nudité (sans armure, sans défense) ici, autrui nous appelle, demande notre protection. La relation avec autrui est un face à face. La droiture est la verticalité mais aussi la dignité d'autrui. Il entend par pauvreté, la mortalité de l'autre. Van-Reeth nous explique également qu'il ne s'agit pas d'une pauvreté

économique mais de la mortalité, de la vulnérabilité de chacun. Cette vulnérabilité nous menace de la potentielle violence d'autrui. (Van-Reeth.A, 2015, pp. 4-5)

Du point de vue de Levinas, on comprend que le masque serait finalement un atout dans la relation soignant-soigné et non un obstacle et même que le visage non masqué porte parfois déjà un masque. Cependant, nous pouvons relever que le visage peut exprimer autre chose que le danger d'un virus que le masque nous rappelle tous les jours. Voyons à présent, ce que symbolise le masque.

2.4.2 La symbolique du masque

Je retiens de notre enseignement en anthropologie, dans lequel nous avons abordé la symbolique, qu'elle est un ensemble de symboles propre à un domaine, un système de signes particulier.

« Toute culture peut être considérée comme un ensemble de systèmes symboliques au premier rang desquels se placent le langage, les règles matrimoniales, les rapports économiques, l'art, la science, la religion. Tous ces systèmes visent à exprimer certains aspects de la réalité physique et de la réalité sociale, et, plus encore, les relations que ces deux types de réalité entretiennent entre eux, et que les systèmes symboliques eux-mêmes entretiennent les uns avec les autres. » (Strauss. L 1950).

Le symbolique est de l'ordre de l'inconscient, celui des signifiants. Il concerne la capacité de représentation. Il est lié à l'acte de la parole. Il distingue trois registres : « le réel, le symbolique et l'imaginaire ». (Lacan. J, 1953). Nous avons également noté que Bourdieu, Durkheim et Mauss font jouer aux structures symboliques en tant que forme de classement et nous font comprendre qu'elles assurent une certaine cohésion sociale en garantissant que l'ordre social soit perçu, et donc reconnu comme légitime. Il ne s'agit pas seulement de communiquer par le symbolique, mais aussi d'assurer l'intégration sociale en inculquant des schèmes communs d'appréhension du monde. (Fournier, 2011).

L'écrivain Adrien Chœur soulève qu'en dehors du soin, le masque en général est un objet hautement symbolique, il est intimement lié à l'identité, vraie ou fausse d'ailleurs, réelle ou imaginaire. « *Il peut s'agir de sa propre identité ou d'une identité extérieure. Le masque peut permettre de dissimuler son visage, de changer de personnage, de se mettre dans la peau d'un autre. Il permet aussi d'imiter ou d'approcher les dieux : il donne une nouvelle dimension à l'être* ». (Choeur.A, 2020). Nous comprenons que le masque est notamment en lien avec les cultures de la société qui les crée et les utilise. Notons qu'il existe les masques rituels,

carnavalesques, théâtraux ou simplement protecteurs. Comme nous le savons, lors de l'épidémie de la Covid-19, le masque est devenu un objet incontournable du quotidien, avec un fort impact sur les rapports sociaux : « *il constitue une protection en même temps qu'une véritable barrière entre les individus* ». (Ibid., 2020). Dans de nombreuses civilisations anciennes, il est relié à des « *rites religieux, funéraires ou initiatiques* ». (Ibid.A, 2020). Aussi, les masques seraient notamment présents dans les processions et les danses célébrant la fin des travaux agricoles. « *Mis en scène et animés, ils recréent l'ordre du monde ainsi que l'ordre social* ». (Ibid.A, 2020) De ce fait, leur portée symbolique et culturelle est essentielle. « *Les masques traditionnels sont des symboles de dualité : ils expriment le bien et le mal, le bonheur et le malheur, le plaisir et la souffrance, la lumière et les ténèbres, etc.* ». (Ibid., 2020) Ainsi, ils représentent autant les dieux que les démons. Nous leur attribuons des pouvoirs magiques : « *maladie, guérison, sorcellerie, magie noire, influence sur le devenir de l'âme, régulation des forces spirituelles...* ». (Ibid, 2020) Grâce aux masques nous pourrions comprendre et maîtriser l'invisible. « *Ils comportent souvent une dimension mystique, voire extatique* ». (Ibid, 2020) Mais il est important de souligner que les masques traditionnels imposent un rapport de force entre celui qui le porte et celui qui le regarde car celui qui le porte tente de capter l'attention du spectateur pour l'influencer. Le spectateur pourra alors résister, se laisser duper ou être envahi par la peur. De plus,

« *Le masque doit être vu comme un miroir de l'être, de la société et du monde. Il constitue un chemin de compréhension et d'élévation pour celui qui sait éviter les écueils. Depuis la crise du coronavirus, le masque s'est imposé dans notre quotidien et a changé notre rapport aux autres. Les sourires et les expressions du visage ne se voient plus en public, et on ne peut plus lire sur les lèvres. Certaines paroles deviennent inaudibles. En plus d'effacer notre personnalité, le masque dresse une barrière sociale : il est le signe que chacun d'entre nous constitue un risque pour les autres* ». (Ibid, 2020)

Effectivement pour certains, le masque imposé est une muselière insupportable. Il serait un moyen de limiter les gens au silence, de la même façon que les mesures de distanciation ont empêché les regroupements et manifestations. Ce serait donc un objet totalitaire. En outre, le masque rend la respiration malaisée : voilà le symbole d'une liberté restreinte. Cette analyse peut être équilibrée. « *Le masque anti-Covid n'impose pas forcément le silence* ». (Ibid, 2020) Effectivement, il est possible de l'enlever lorsqu'on s'exprime à certaines conditions. Par ailleurs, il est possible de transmettre ses émotions par d'autres canaux, par exemple le regard ou les mots. « *D'autre part, le masque peut aussi être vu comme un signe de respect et de bienveillance : il permet de protéger les autres en leur évitant la maladie, il est la*

reconnaissance que la liberté s'arrête là où commence la santé des autres. Le masque peut donc aussi être un symbole d'humanisme et de progrès ». (Ibid, 2020).

Si l'on se réfère au philosophe du visage, Svandra nous explique que la pensée lévinassienne aura changé notre pensée de l'autre parce qu'elle s'ordonne à l'antériorité absolue du visage d'autrui. Levinas pense que la relation à autrui est essentiellement comme une responsabilité par une « *prise en otage* » par la vulnérabilité du visage d'autrui. Pour Svandra se pose la question de savoir si le soin se résume à ce rapport éthique ? Car il est susceptible d'autres éclairages et cette vision est très exigeante voire utopique. Levinas propose une éthique de l'absolu, une morale hyperbolique sans tenir compte des circonstances, ce qui n'est pas le cas des soins. L'environnement social, culturel et technique permet aux soignants peut-être d'être à la hauteur de cette responsabilité ? Cette vision peut même rebuter les soignants. Peut-être faudrait-il défendre une forme de culpabilité raisonnable malgré l'immensité de l'œuvre de Levinas. (Svandra.P, 2018). Si nous comparons les propos de Svandra concernant la pensée de Ricoeur nous remarquons que ce dernier est conscient de cette difficulté et a dit « *une responsabilité illimitée tournerait à l'indifférence, en ruinant le caractère mien de mon action* ». (Svandra.P, 2016). Dans le soin, le visage du patient est une réalité, et Svandra se pose la question de savoir que si l'autre est si différent, si son altérité est si totale, reste-t-il quelque chose à partager ? Rechercher chez l'autre une ressemblance est peut-être naturel ? Ne peut-on pas penser qu'entre l'autre et moi quelque chose demeure, qui nous réunit ? Peut-être ce poids, la souffrance de cette solitude ? Ce qui nous rapproche est peut-être notre incompréhension mutuelle et notre vulnérabilité commune. (Svandra.P, 2018). Phillipart nous dit que « *le soin est peut-être le pont entre l'autre et nous-même afin de contrer l'isolement et de se rapprocher de celui qui restera à jamais étranger* ». Il faut donc « *savoir renoncer mais aussi simplement faire preuve de modestie et non nous considérer comme des saints* ». Il cite également Camus lorsque le docteur Rieux dit « *s'il ne sauve que par sursis cela ne l'empêche pas pourtant de se sentir solidaire de tous les hommes* ». (Camus.A, 1972). Aussi il fait la remarque que si Levinas pense que « *la relation avec autrui passe tout d'abord par la rencontre avec un visage, la nudité du visage nécessite de notre humanité. Le masque efface toute la délicatesse de nos échanges* ». Pour Levinas effectivement, le visage ne renvoie pas à une partie du corps mais c'est un concept. Mais au-delà du visage Lévinassien, la relation à autrui peut passer par le corps, les attitudes, le regard, les odeurs, les gestes, les caresses, la parole... Ce masque souligne notre attention, notre responsabilité envers l'autre. (Phillipart. J-S, 2020).

Finalement, nous pouvons souligner que le masque peut avoir un impact sur la relation avec autrui mais il existe bien d'autres choses en dehors du visage pour faire preuve d'humanité et de relation avec autrui. La relation ne se résume pas au visage.

2.4.3 L'utilisation du masque en santé

Forcioli a écrit un article à la suite du déconfinement de la 1ère vague, lorsque différentes structures ont réouvert comme les CMP⁸, les HDJ⁹ avec de nouvelles mesures de contrôle comme le lavage de mains, la température et le port du masque. Il nous explique que c'est le port du masque qui a le plus affecté le rapport soignant-soigné sans entamer la qualité de prise en charge. Un port du masque obligatoire pour tous à l'exception de certaines pathologies mais qu'il a fallu expliquer. C'est une « *diffusion de la culture du risque infectieux* ». Il nous indique également que certains soignants se sont révoltés considérant le masque comme « *nuisible à la relation et l'empathie* ». Ils l'ont accepté par « *soucis de responsabilité et par esprit d'équipe* ». Les patients finalement se sont montrés « *comme à l'extérieur des établissements de santé plutôt résilients et observants* » avec quelques exceptions demandant aux soignants de la « *pédagogie et de la patience* ». Le masque demande aux soignants « *une attention également sur le bénéfice risque de celui-ci de façon singulière* » à savoir s'il fait plus de bien que de mal en fonction de l'état de chaque patient, ce qui appartient à leur « *analyse professionnelle car la priorité est le soin et le bien-être* ». Le port du masque n'est « *obligatoire pour les patients et résidents qu'à l'extérieur des bâtiments ou lieux collectifs* », et les mesures barrières physiques et port du masque sont « *obligatoires pour les visiteurs* », ce qui est difficile pour certains patients fragiles, désorientés ou encore tactiles ou qui ont du mal à respecter des règles sans oublier les familles. Le « *relâchement des mesures barrières ne peuvent être contrôler en permanence* ». L'épidémie est source d'inquiétude et pour certain d'angoisse. Elle a « *bouleversé les rapports y compris au travail* ». Les personnes travaillent seule, à distance ou masquées, les personnes se saluent à distance. « *L'humain est un être pensant, émotif, il a besoin d'affect* ». En fonction de chaque personne, « *l'épidémie rend plus ou moins vulnérable* ». L'épidémie a bouleversé notre organisation avec le télétravail, le confinement des patients ou résidents, aussi sur le plan de continuité et reprise des activités sur la communication interne et externe, la communication avec les patients. (Forcioli.P, 2020).

⁸ CMP : Centre Médico-Psychologique

⁹ HDJ : Hôpital De Jour

Ces données confirment bien un impact du masque sur la relation soignant-soigné notamment pour les personnes vulnérables comme les patients en psychiatrie. Mais elles soulignent également l'impact sur notre communication en équipe et mettent l'accent sur l'importance des retours d'expériences afin d'assurer une qualité et une sécurité dans nos prises en soins.

Effectivement, le port du masque a bouleversé la relation soignant-soigné. Mais d'autres articles comme celui de Calvignac soulignent qu'il a toujours fait partie de la vie des soignants. C'est un matériel familier pour nous mais pas pour la population. « *Le masque est au cœur de la relation soignant-soigné durant l'épidémie en cours* ». (Calvignac.C, 2020). Celui-ci est « *porteur de distance* » dans la relation soignant-soigné à défaut de protection. Il la « *refroidit, amène une source d'angoisse, de peur ou même encore accentue certains troubles ou encore accentue la solitude des patients notamment en fin de vie* ». Il rend la « *relation thérapeutique et de confiance difficile* ». (Ibid, 2020). Il a donc un impact réel sur la relation soignant-soigné.

D'autres part, Mira nous explique dans son article, qu'il a fallu « *s'accommoder pour les soignants de cette nouvelle contrainte et faire preuve d'ingéniosité dans les soins* » pour communiquer et de « *pas rompre le lien de la relation soignant-soigné* ». Ce masque a impacté d'autant plus les personnes sensibles aux mimiques, aux expressions du visage, c'est alors un outil de travail qui aujourd'hui « *demande de moduler la voix des soignants et d'appuyer leur regard pour transmettre, échanger, communiquer* ». (Mira.L, 2021). Certains pays étaient habitués à ce masque comme l'Asie mais l'Occident pas du tout et Mira souligne que « *le masque chamboule notre vie en profondeur* ». (Ibid, 2021). Elle nous rappelle que les 1^{ers} masques de protection sont « *apparus lors de la grande peste noire au XVII^{ème} siècle* ». Ils étaient « *en forme de bec d'oiseau avec à l'intérieur des herbes aromatiques aux pouvoirs antiseptiques* ». C'est « *en 1987 que Johann von Mikuliczradecki et Carl Flügge qui en découvrant que les postillons étaient pathogènes ont eu l'idée de poser des compresses nouées aux calots pour recouvrir le nez et la bouche lors de soins* » sur des plaies par exemple. À ce moment-là le masque chirurgical est né. Aussi, c'est « *en 1910 le port du masque a été préconisé pour la population lors de la peste en Mandchourie* ». C'est ainsi que la « *prophylaxie par le port du masque* » est née et s'est ensuite reproduite lors de « *la grande épidémie de grippe espagnole en 1918-1920* ». Ainsi, le masque a évolué aussi, ils ont été « *remplacés par des masques jetables en 1930 et des masques en fibres synthétiques non tissés* ».

à usage unique en 1960 » et puis sont apparus également les masques FFP2¹⁰. Comme dit précédemment, Mira nous fait remarquer que contrairement à nous, cet accessoire est devenu un « *objet du quotidien comme en Asie* ». Chez nous, il est plutôt « *associé au monde chirurgical* », comme le bloc opératoire ou la réanimation. L'auteure souligne également notre « *loi n°2010-1192 du 11 octobre 2010 qui interdit de dissimuler le visage dans l'espace public, mais bien sûr, cette loi n'est pas valable pour les masques de protection* ». Cependant ce masque a « *bouleversé beaucoup de nos repères* » en mettant place aux « *doutes, l'incertitude, la méfiance et la peur* ». Le masque en quelque sorte « *concrétise* » la pandémie car contrairement au virus nous le voyons. Les soignants ont été amenés à mettre en place des « *protocoles strictes* » afin de se protéger et protéger les patients. C'est toute une adaptation qu'il a fallu mettre en place que soit dans l'organisation, le rythme de travail, les techniques de soins et de communication. Ce qui oblige également « *une vigilance accrue dans la rencontre avec l'autre, dans le respect de la distanciation et d'éviter de se toucher* ». Aussi, par le port du masque « *les visages paraissent plus sévères* ». C'est donc une « *relation soignant-soigné mis à mal* ». Effectivement, l'hôpital en soi est déjà un lieu stressant pour les personnes, c'est un lieu où elles se sentent « *inquiètes, dans l'incertitude et à distance de l'environnement familial* ». Sur le terrain, les soignants c'est un « *changement dans l'organisation du travail, dans les conditions et la charge de travail* » qui ont mené également aux difficultés dans cette relation de soin. Le nombre de patients et le nombre des soins se sont multipliés « *au détriment de leur disponibilité pour les patients* ». Toutes les mesures barrières, comme le masque, mais aussi la distanciation a altéré la communication verbale et non-verbale. La problématique étant que cela génère de l'insatisfaction des patients voire leur agressivité. Normalement « *la relation soignant-soigné se joue à visage découvert* » où le visage du soignant apporte dans le soin la chaleur, la rassurance et « *le masque prive ce contact direct et modifie leur façon de partager avec les patients* ». Ils sont obligés de « *répéter, d'hausser la voix, d'ajouter même des mots pour exprimer leur expression que le visage ne peut plus montrer* ». Ce sont des codes de communication nouveaux qui ont remis en cause les valeurs soignantes. Aussi, le toucher étant limité est finalement tourné vers le soin. L'auteure souligne « *qu'il nous reste les yeux* », d'autant plus que « *le masque les met en valeur* ». Notre regard « *peut accompagner nos mots malgré cette voix feutrée ou les sons sont parfois dérobés derrière le masque* ». En effet, ce que voit le soigné de notre visage ce sont les yeux, leur expression. Ces yeux peuvent tout à fait

¹⁰ FFP2 : Filtering facepiece particules.

exprimer ce qui n'est pas compréhensible. Chose beaucoup plus compliqué pour les soignants avec des personnes présentant des troubles cognitifs pour qui le masque les perturbe d'autant plus. Les soignants peuvent donc se trouver face « *des réactions agressives voire violentes et se sont vu se faire arracher les masques* ». Alors, certains soignants se sont sentis « *parfois forcé à retirer le masque pour pouvoir rassurer ces personnes* ». Mais pour l'auteure, notre « *regard doit pouvoir prendre le relais* » aussi notre intonation de voix peut être rassurante pour ne pas majorer la peur et l'angoisse. C'est donc la « *capacité d'adaptation qui a permis aussi aux soignants de mettre en place de nouveaux codes de communication* » avec l'entourage de ces personnes pour faire perdurer le lien avec l'extérieur que ce soit avec leur téléphone ou encore par vidéo. Nous sommes face à une description du terrain qui démontre la créativité des soignants malgré une pratique bousculée mais dans l'espérance d'une accalmie peut-être aussi déjà du retrait du masque afin de pouvoir offrir une disponibilité aux personnes soignée. Cette pandémie a incontestablement modifié notre relation à l'autre. (Mira.L, 2021).

Pour finir cette dernière partie de notre cadre conceptuel nous pouvons retenir qu'il paraît difficile de prendre soin effectivement avec la moitié de son visage mais que ce n'est pas impossible. En effet, le masque tend vers une homogénéisation des individus dans une pratique où l'on souhaite une singularisation des soins. Il est par certains perçu même comme un outil totalitaire qui réduit la liberté d'expression alors que cette liberté même nous permet d'exister. Il réduirait l'être humain à un objet lui retirant sa singularité. (Novelli.E, 2020). Une idée contraire à celle de Levinas qui dit que réduire une personne à son visage serait justement se tourner vers autrui comme vers un objet, ce serait donc le chosifier. (Svandra.P, 2018). Mais nous pouvons considérer autrui comme impénétrable ou encore se considérer « *soi-même comme un autre* » (Svandra.P, 2016), et prendre conscience de sa propre vulnérabilité et ainsi la reconnaître pour en faire une vertu relationnelle. Ce serait peut-être même « *le juste milieu entre l'impuissance et la toute-puissance et l'ouverture à la sollicitude* ». Une vulnérabilité comme « *fonds commun* » entre soignants et soignés pour corriger l'asymétrie et introduire une dimension de réciprocité. (Zielinski.A, 2011). Le masque peut donc représenter un obstacle ou un atout. Cet objet tellement symbolique et incontournable aujourd'hui au quotidien. Ce masque chirurgical aujourd'hui pour maîtriser l'invisible et prendre soin de soi mais aussi de l'autre. Il nous a permis également d'apprendre à transmettre nos émotions par d'autres moyens car la relation à autrui peut passer par beaucoup de choses comme le regard, le corps ou encore les attitudes. Il permet aussi malgré tout de rappeler notre responsabilité de l'autre. Il a donc

engendré un bon nombre de difficultés notamment chez les personnes les plus fragiles, mais il a apporté d'autant plus de l'implication et de la créativité dans les soins pour s'adapter. Cela, bien sûr malgré une attente incontestable de baisser le masque pour retrouver une qualité dans la relation à l'autre. (Mira.L, 2021).

3 Problématisation

L'exploration documentaire met en lumière le fait que la communication est la clé de l'efficacité soignante mais qu'elle peut dans son contenu et ses subtilités entraîner des répercussions notamment, majorer l'asymétrie de la relation soignant-soigné. Aussi, cette relation appelle à la démarche du « *prendre soin* », qui demande un travail d'équipe pour qu'elle puisse être efficace. Il est nécessaire pour tisser cette relation, de passer par soi pour aller vers l'autre, une relation dissymétrique incontournable mais qui n'empêche ni la réciprocité ni notre sollicitude, une relation qui aujourd'hui doit se construire malgré le port du masque. Pour certains, cet outil est perçu comme un obstacle à la relation et à la communication, enlevant la singularité de chacun et porteur de majoration des difficultés chez les patients vulnérables. D'autres auteurs, nous laissent imaginer qu'il pourrait être un atout à la relation soignant-soigné afin justement, de considérer le patient comme un sujet et non un objet. La relation à autrui semble pouvoir passer autrement que par le visage par tout ce que comprend la communication verbale et non verbale. La question de départ définitive est la suivante :

« Comment l'engagement et l'art du soin des soignants permettent-ils aux professionnels de mener une démarche de prendre soin efficiente lorsqu'ils portent un masque de soins ? »

4 Enquête de terrain

Pour donner suite à la construction de notre cadre théorique, nous allons réaliser une enquête exploratoire de terrain. Il est indispensable d'obtenir le témoignage des professionnels de santé dans notre travail de recherche. Afin de répondre à notre question de départ, cette enquête de terrain pourra nous permettre au travers des différentes données que les soignants nous témoigneront, la mise en relation avec notre cadre de référence. Pour se faire, nous allons construire une méthodologie pour parvenir à la réalisation de l'enquête.

4.1 Choix de la méthode

La méthode de recherche la plus adaptée pour aborder notre problématique est celle de la méthode clinique. Cette méthode reposant sur l'étude et l'écoute de la personne, va nous permettre grâce à des entretiens approfondis, de poursuivre notre chemin de réflexion pour parvenir à un but précis.

La rencontre et l'écoute des soignants sur leurs expériences au quotidien, leur ressenti, ce qu'ils perçoivent, pensent et déclarent, vont nous permettre de recueillir leur parole et donc, leur réalité et leur vérité car le vécu sur le terrain est peut-être différent des données recueillies dans nos recherches documentaires. Ainsi, nous pourrons donner un sens à notre recherche. Aussi, cela nous permettra de l'enrichir et de lui offrir une forme d'autant plus authentique dans leurs difficultés et les différentes mises en place éventuelles pour garder une démarche du prendre soin de qualité malgré le port du masque. Le sujet auquel nous nous intéressons vise essentiellement le ressenti et la perception des personnes. Nous ne visons donc pas au travers de ce travail de recherche, une généralisation des cas mais d'essayer de comprendre grâce à leurs témoignages, la vérité de chacun. Cette méthode de recherche se veut donc, qualitative. L'analyse de nos entretiens, nous permettra de souligner les idées qui font sens et d'enrichir notre réflexion pour un meilleur accompagnement des patients.

4.2 Choix de la population

Concernant la population ciblée, nous souhaitons nous entretenir avec des professionnels du terrain afin qu'ils s'expriment sur ce que leur inspire la question actuelle de ce que le port du masque de soins a changé dans leur prise en soins avec les patients. L'intérêt étant de rencontrer des infirmières en EHPAD, en psychiatrie, en service de neurologie, en soins à domicile et en oncologie.

Ce panel de population, afin d'avoir des soignants qui travaillent masqués avec des patients de pathologies diverses qui présentent des difficultés supplémentaires au port du masque notamment face aux patients en psychiatrie, déments ou encore démontrant une altération neurologique type AVC avec altération de la communication. Nous souhaitons également nous rapprocher d'une équipe d'un atelier de théâtre thérapeutique qui anime des séances d'expression dramatique et consacre une grande partie de son travail à des exercices théâtraux, portant sur la concentration, la mémoire, l'expression des émotions, la maîtrise du corps dans l'espace, l'écoute de l'autre, le regard, la voix... Les professionnels qui animent ces ateliers ont

beaucoup travaillé sur le masque dans le théâtre dont celui à l'expression neutre qui peut être comparable au masque de soin. Il nous paraît donc intéressant de nous rapprocher de cette équipe pour enrichir nos connaissances sur l'histoire du masque mais également sur les difficultés rencontrées par les patients et les soignants avec le port du masque aujourd'hui. Il est également intéressant d'aller rechercher si les soignants en soins à domicile présentent les mêmes difficultés, ou d'autres alternatives afin d'enrichir notre exploration en vue de leur approche différente dans les soins et de la relation triangulaire soignant-soigné-famille d'autant plus présente dans leur quotidien, ce qui concerne également les services d'oncologie et de soins palliatifs pour qui le soin relationnel est une de leur priorité.

4.3 Construction de l'outil : entretiens centrés semis-directifs

Afin de permettre aux soignants de libérer leur parole et de nous dévoiler leurs ressentis, ils nous semblent intéressant de réaliser des entretiens centrés semi-directifs pour élargir notre enrichissement sur la question de départ, recevoir d'éventuelles problématiques supplémentaires sur le sujet, auxquelles nous n'aurions éventuellement pas pensé ou lu. Nous avons construit une grille d'entretien à partir des différents thèmes abordés dans notre cadre conceptuel afin de mettre en avant ce que nous souhaitons comprendre. Ces thèmes sont : Le masque et relation soignant-soigné, faire des soins et prendre soin, le masque et les soins. Le but étant de pouvoir recueillir des informations qualitatives. Les questions sont préalablement établies dans notre grille à l'intérieur des différents thèmes, de façon ouverte pour que les personnes puissent répondre librement et que nous n'orientions pas leurs réponses. Vous pouvez obtenir l'entièreté du contenu de cet outil en allant dans les annexes de ce travail de recherche mais voici les grandes questions posées aux soignants interrogés que nous avons retenues pour pouvoir élargir notre réflexion :

- Pouvez-vous vous présenter ? (Prénom, année de diplôme, parcours professionnel, ancienneté dans le service)

L'idée est d'établir un bon climat et de recueillir les informations sur le soignant nécessaires à l'analyse.

- Le masque est-il source de difficultés pour vous dans les soins ?
- Qu'en est-il pour les patients d'après vous ?
- Le masque a-t-il des répercussions sur la communication ? La compréhension ?

- Avez-vous plus de difficultés à entrer en relation avec les patients avec le masque ?
- Le masque engendre-t-il pour vous des conséquences sur la relation de confiance avec les patients ?
- Le masque a-t-il une répercussion sur l'asymétrie de la relation soignant-soigné ?

L'objectif de ce groupe de question étant de savoir la perception personnelle du soignant de l'incidence éventuelle du masque sur la relation soignant-soigné.

- Y a-t-il une différence entre faire du soin et prendre soin pour vous ?
- Qu'estimez-vous faire au quotidien et pourquoi ?
- Qu'est-ce que change le prendre soin dans la prise en charge pour vous ?
- Le masque a-t-il une incidence dans vos démarches de soins ?
- Est-ce que pour vous, le prendre soin nécessite un travail d'équipe ?
- Le masque change-t-il votre travail en équipe ?
- Estimez-vous avoir préservé une qualité des soins avec le port du masque ?

Au travers de ces questions nous souhaitons savoir si le prendre soin est indispensable à la qualité et l'efficacité du soin pour ces personnes écoutées.

- Quelles sont les choses qui ont changé depuis le port du masque dans les soins pour vous ?
- Comment prenez-vous soin avec un masque ?
- Quelles sont vos difficultés et celles des patients ?
- Le port du masque vous demande-t-il plus d'efforts, d'idées ou de nouvelles mises en place dans vos soins ?

Ici, nous cherchons à savoir si pour les soignants le masque représente davantage une source de difficulté ou plutôt une source d'implication et de créativité supplémentaire dans les soins qu'ils prodiguent.

- Avez-vous envie d'ajouter autre chose à cet entretien concernant le masque dans les soins ?

Cette question d'ouverture nous permet de savoir si le soignant pourrait exprimer quelque chose que nous n'aurions pas abordé ou pas pensé concernant le port du masque dans les soins.

Des questions de relance pourront être utilisées afin de clarifier et préciser certaines de leurs idées. Cela nous permettra ou pas, de faire des liens avec notre recherche théorique au travers de ce que les professionnels nous livreront de leur réalité sur le terrain et de nous enrichir de techniques pour pallier les difficultés que le masque engendre dans la relation soignant-soigné mais également de faire évoluer notre question de départ.

Vous vous rendrez compte rapidement dans la prochaine partie concernant le déroulement de cette enquête de terrain, que nous avons eu l'honneur d'être interpellés autant par des soignants que des patients supplémentaires pour pouvoir participer à ce travail. Il nous a donc fallu construire un deuxième outil afin de pouvoir l'adapter aux patients pour qu'ils puissent nous offrir leur ressenti et élargir notre champ de vision aux deux protagonistes de la relation soignant-soigné. Les questions rejoignent sensiblement celles posées aux infirmiers et sont les suivantes :

- Pouvez-vous vous présenter ? (Prénom, structure de soins dans laquelle il est pris en charge, motif de cette prise en soin, depuis combien de temps ?)

Une présentation du patient qui nous servira pour les mêmes raisons que les soignants à établir un climat de confiance et d'avoir les informations sur les patients nécessaires pour l'analyse.

- Le masque est-il source de difficulté pour vous dans les soins ?
- Qu'en est-il pour les soignants d'après-vous ?
- Le masque a-t-il des répercussions sur la communication entre vous et les soignants ?
- En a-t-il sur votre compréhension dans les soins ?
- Pensez-vous avoir plus de difficultés dans la relation avec les soignants depuis le port du masque ?
- Le masque engendre-t-il des répercussions sur la confiance que vous pouvez accorder aux soignants ?
- Ressentez-vous une asymétrie dans vos relation soignant-soigné ? Si oui, est-elle plus importante depuis le port du masque ?

L'objectif est donc ici d'avoir la perception des patients concernant l'incidence éventuelle du masque sur la relation soignant-soigné.

- Pour vous, qu'est-ce qui fait des soins de qualité ?
- Ressentez-vous que le port du masque se répercute sur la qualité des soins ?

L'intérêt de poser ces questions aux patients est d'avoir leur point de vue sur ce qu'est un soin de qualité mais aussi leur ressenti concernant la qualité des soins depuis le port du masque.

- Le port du masque vous demande-t-il de faire les choses différemment dans les soins ?
- Est-il source de difficultés pour vous ?
- Qu'est-ce qui vous aide ou vous aiderait selon vous pour pallier les difficultés liées au masque dans les soins ?

Nous cherchons ici à savoir si les patients perçoivent des changements dans la prise en soin avec le port du masque.

- Avez-vous envie d'ajouter quelque chose à cet entretien concernant le masque dans les soins ?

L'objectif est de savoir à travers cette question si le patient souhaite nous offrir une ouverture à notre réflexion sur quelque chose à laquelle nous n'aurions pas pensé concernant le port du masque.

5 Déroulement des entretiens

5.1 Enquête de terrain

Les demandes d'autorisations d'entretiens ont été envoyées le 24 janvier 2022 à la suite de l'accord de ma directrice de mémoire dans quatre services. Un service de neurologie d'une clinique, un EHPAD, un cabinet libéral ainsi qu'auprès de l'équipe spécifique recherchée en psychiatrie. Seule la demande auprès d'un service d'oncologie, n'a pas été réalisée dans l'attente du démarrage de mon stage préprofessionnel afin de réaliser cette démarche directement sur le lieu de stage.

Dans les deux semaines qui ont suivies les demandes, tous les services ont répondu favorablement par un appel téléphonique grâce auquel j'ai pu, pour chacun des services, convenir d'un rendez-vous avec un infirmier. Cependant ma demande auprès du service de neurologie n'a pas abouti malgré mes relances. J'ai donc refait une demande auprès d'un centre hospitalier, afin de pouvoir réaliser un entretien dans un service de neurologie ce qui a porté ses fruits quelques semaines plus tard.

Contre toute attente, j'ai également reçu deux demandes de participation de la part de patients. Une demande d'un patient d'un service psychiatrique très intéressé par le sujet du masque qui m'a été adressé par la cadre de santé du service concerné, ainsi que d'un patient dont j'ai eu le plaisir de l'accompagner en tant qu'aide-soignante dans un service de soins à domicile. Ces deux demandes ont été validé par ma directrice de mémoire, en vue de réaliser des entretiens exceptionnellement avec ces deux patients afin que nous puissions leur donner la parole, écouter et comprendre le ressenti et le vécu des patients, ce qui semble pertinent en relation avec notre cadre de référence. J'ai donc construit une matrice de grille d'entretien adaptée pour les deux patients.

Notons également, une demande supplémentaire de la part d'une infirmière de l'EHPAD auprès de laquelle j'ai effectué une demande d'entretien, qui a demandé mes coordonnées afin de me proposer de participer également aux entretiens, le sujet lui procurant un grand intérêt. J'ai donc réalisé au total sept entretiens.

Le premier entretien s'est déroulé le 14 février 2022 dans le service de psychiatrie souhaité avec non pas un infirmier mais deux à leur demande le jour de ma venue. Une infirmière, Lilas diplômée depuis 2008, qui travaille depuis 5 mois dans cette unité et qui est présente dans le service une fois par semaine. Lilas a travaillé auparavant en tant qu'intérimaire et en EHPAD. Un infirmier, Nénuphar diplômé depuis 15 ans et qui travaille depuis 13 ans dans cette unité mais a toujours travaillé en psychiatrie. Nous avons réalisé l'entretien dans leur salle de répétition durant 40 minutes.

Le deuxième entretien s'est déroulé le 15 février à la demande de Pavot, patient dans un service de psychiatrie depuis 2016 suite à une agression qu'il a subi en 2014 à la sortie de son emploi qui a conduit le patient dans un coma et a mené à une hospitalisation prolongée et des soins de suite. Il présente à ce jour, une paralysie faciale gauche avec cécité de l'œil gauche avec également une perte significative de l'audition du même côté. Le patient présente également un déficit intellectuel qui participe à sa grande vulnérabilité. L'entretien s'est déroulé dans le bureau de la cadre du service durant 30 minutes.

Le troisième entretien s'est déroulé le 16 février 2022 avec Pâquerette, infirmière diplômée depuis 2008, qui travaille dans un EHPAD depuis 2012 et qui était jusque-là, infirmière intérimaire. Notre entretien a dû se dérouler à l'extérieur des bâtiments, dans le jardin intérieur de la structure lors d'une journée relativement froide et venteuse car les salles de soins et salles

de pause étaient occupées. Au-vue de tous ces facteurs notre entretien a duré seulement un quart d'heure.

Le quatrième entretien s'est déroulé avec Tournesol le 17 février 2022, un ancien patient d'un service de soins à domicile pour lequel j'effectue des remplacements en tant qu'aide-soignante. Le patient étant récemment hospitalisé dans une clinique à la suite d'une dégradation de son état général et notamment pour la prise en charge d'une escarre, nous avons pu réaliser cet entretien en Visio grâce à l'aide de l'équipe soignante de la clinique concernée. Ancien maçon, ce patient de 59 ans, est tétraplégique depuis 1983 suite à une chute au travail. Me connaissant depuis 4 ans, le patient suit mon évolution de carrière et s'est montré très demandeur pour participer à ce travail. Notre entretien a duré 38 minutes.

Le cinquième entretien s'est déroulé le 22 février 2022, avec une infirmière libérale, Quassia, diplômée depuis 2011. Elle a travaillé pour un hôpital à domicile durant deux ans et demi avant d'ouvrir son cabinet avec des collègues de travail. Notre entretien s'est réalisé dans un bar car le cabinet était occupé du fait des vaccinations pour le COVID et l'infirmière n'avait pas de lieu où me recevoir. Nous nous sommes entretenues durant 50 minutes.

Le sixième entretien s'est déroulé le 28 février 2022, avec Verveine, infirmière dans le même EHPAD que Pâquerette. Diplômée depuis 1984, cette soignante travaille depuis 10 ans dans cette structure mais elle a travaillé dans de nombreux services différents au cours de sa carrière comme des services de chirurgie, de réanimation, de dialyse. Verveine a également été en poste d'infirmière coordinatrice durant 8 ans dans un EHPAD et a enseigné en parallèle. Cette infirmière s'est montrée très enthousiaste à l'idée de réaliser cet entretien, que nous avons pu mener dans une salle de pause cette fois-ci durant 40 minutes.

Le septième entretien s'est déroulé avec Coquelicot, le 18 mars 2022. Jeune infirmière de 22 ans, en service de neurologie, cette soignante est diplômée depuis juillet 2021. C'est donc son 1^{er} poste. Le service travaillant à flux tendu, Coquelicot m'a accordé du temps sur un de ses jours de repos et notre entretien s'est déroulé en Visio afin qu'elle puisse rester à domicile. Cette jeune diplômée, s'est portée volontaire pour participer à cet entretien ayant vécu récemment l'expérience du mémoire, elle souhaitait cette année, vivre le plaisir d'être de l'autrecôté de ce travail de recherche. Nous avons réalisé cet entretien durant 30 minutes.

5.2 Difficultés rencontrées et regard critique

Concernant les difficultés rencontrées, nous pouvons noter la difficulté d'avoir obtenu une réponse de tous les services souhaités notamment celui du service de neurologie.

Ensuite, nous pouvons souligner les imprévus tels que les lieux de rendez-vous comme lors de mon entretien avec Pâquerette à l'extérieur dans le froid et le vent, ainsi que lors de mon entretien avec Quassia dans un bar. Ces lieux ne sont pas propices à de bonnes conditions de confort ou d'audibilité pour un entretien même si nous avons réussi à les réaliser. Lors de l'entretien avec Verveine le fait d'être dans la salle de pause nous à mener à être coupé par une aide-soignante durant l'entretien car l'infirmière étant à ce moment-là en poste, lui demandé d'être également présente et disponible pour l'équipe en même temps. Notons également les interruptions régulières de l'entretien par les serveurs lors de mon entretien avec Quassia. Dans le même temps, Pâquerette m'a accordé du temps sur sa fin de journée de travail, par conséquent l'infirmière était pressée de rentrer à son domicile ce qui par conséquent mène à accélérer l'entretien.

Notons que deux entretiens se sont déroulés en visio ce qui a été relativement compliqué notamment pour Tournesol. Le patient étant tétraplégique, nous avons été menés à demander de l'aide de la part de l'équipe soignante de la clinique dans laquelle il est hospitalisé actuellement pour la manipulation informatique et les aléas relatifs.

Aussi, le travail à flux tendu est une réalité aujourd'hui, ce qui d'une part m'a mené à réaliser un entretien en visio avec Coquelicot sur son jour de repos mais également à revoir ma demande d'entretien avec la structure d'oncologie dans laquelle je suis en stage préprofessionnel actuellement. Il semble difficile de leur demander de m'accorder du temps supplémentaire pour réaliser un entretien.

Il est pertinent de relever également un imprévu comme la timidité de Lilas qui m'a demandé si son collègue infirmier, Nénuphar pouvait participer également avec elle, à l'entretien pour ne pas être seule. Cet imprévu s'est passé sur un premier entretien, ce qui m'a demandé de réaliser deux entretiens en un. La problématique dans ce style d'entretien, est que les réponses apportées peuvent être influencées par leur collègue de travail. Il est à noter, que certaines réponses ont été donné plus par un soignant et moins par un autre.

Dans le même principe quel que soit l'entretien, nous pouvons envisager que les personnes ne nous disent pas réellement ce qu'elles pensent par peur d'être jugé.

Nous pouvons évoquer également le port du masque lors des entretiens qui cache les émotions sur les visages des personnes. Cet élément encore une fois, nous fait remarquer la possibilité de passer à côté d'un message ici, lors des entretiens que ce soit avec les soignants ou les patients. Ce qui par conséquent engendrerait l'absence de messages éventuels sur la retranscription des entretiens et lors de l'analyse de ces derniers.

Soulignons l'intérêt que le sujet de la recherche a suscité autant chez les soignants que chez les patients, si l'on relève la demande de Verveine et des deux patients. Cela démontre l'impact du masque pour les soignants et pour les soignés ainsi que le besoin de partager, d'échanger sur nos difficultés, nos ressentis, notre vécu sur cet outil de soin porté de tous. Aussi, si ces entretiens supplémentaires se sont déroulés c'est parce que le sujet de cette recherche a été discuté dans les services et les unités où mes demandes ont été envoyées, ce qui marque un intérêt mais également une discussion, une réflexion d'un bon nombre de soignants au sujet du masque dans le soin. Même si je n'avais pas prévu de réaliser deux entretiens dans une même structure, j'ai accepté l'entretien avec Verveine, pour ne rien refuser et enrichir le contenu des entretiens. Il m'est paru intéressant pour donner suite à sa demande, d'avoir deux points de vue, d'autant plus que cette infirmière travaille dans un secteur de l'EHPAD où les personnes présentent beaucoup plus de troubles cognitifs et de démence.

5.3 Exploitation de l'enquête

À la suite des entretiens, une retranscription a été réalisée que nous pouvons retrouver en annexe.

Ces retranscriptions nous ont permis la réalisation d'une analyse verticale permettant de mettre en lumière les avis similaires et les divergences de chaque personne écoutée en regroupant leurs réponses selon les différentes questions. Ensuite, nous avons pu réaliser une analyse horizontale afin de mettre en évidence les ressentis des soignants qui apparaissent le plus souvent mais également de rechercher éventuellement un élément supplémentaire à notre recherche offert par les professionnels de santé interrogés. Cette exploitation nous a appelé aussi, à réaliser une analyse croisée pour pouvoir comparer les données des soignants et des patients écoutés.

Ainsi, pour affiner notre réflexion sur la question de départ « Comment l'engagement et l'art du soin des soignants permettent-ils aux professionnels de mener une démarche de prendre soin

efficace lorsqu'ils portent un masque de soins ? », nous avons retenu quatre thèmes que les entretiens mettent en évidence pour pouvoir mettre en tension notre cadre de référence et les ressentis des personnes interrogées. Ces thèmes concernent :

- Une relation soignant-soigné indéniablement touchée par le port du masque.
- Une qualité et une efficacité des soins touchées par nos visages effacés.
- Le masque est un appel à la capacité individuelle de flexibilité et à la sensibilité de chacun.
- Le temps pour prendre soin : un besoin partagé entre soignants et soignés.

6 Analyse des entretiens

6.1 Une relation soignant-soigné indéniablement touchée par le port du masque.

6.1.1 Quand la communication masquée se montre compliquée

Bioy nous a indiqué que le masque de soins a un impact sur la relation soignant-soigné car il touche à la clé de cette dernière qui est la communication et à l'instauration d'une relation. Les soignants nous font également comprendre que c'est notamment le cas lors de l'admission de nouveaux patients sans qu'ils aient pu voir le visage des soignants. Mais si l'on s'appuie sur les propos du même auteur, la communication n'est pas exclusivement verbale et ne suffit pas à la relation. Le masque engendre des difficultés à utiliser une certaine gamme du paralangage autant pour les soignants que pour les soignés. Nénuphar : L14-16 « *Au théâtre [...] on travaille avec le visage, les émotions, avec la voix [...] et là, on a la moitié du visage qui est caché* ». Lilas : L39 « *Ma grande difficulté, c'est que moi je fais beaucoup de sourires et on ne les voit plus* ». Quassia : L184-189 « *le masque ne change rien au niveau de la technicité des soins, mais il change tout pour la communication, je dois hurler parfois pour échanger avec eux, parfois même je me recule pour baisser le masque pour qu'on puisse se comprendre, ou encore même pour montrer une émotion* ». Le masque implique un effort de tous pour communiquer. Comme nous l'indique Mira, il demande de moduler la voix, d'appuyer son regard pour transmettre, échanger, communiquer. Les patients le confirment clairement. Pavot : L25-26 « *si je n'articule pas ou que je ne parle pas assez fort on ne me comprend pas ou on ne m'entend pas et vice et versa* ». Tournesol : L9-13 « *Étant donné que je suis tétraplégique, quand je dois*

m'expliquer, si j'avais mes mains pour m'expliquer ça serait plus facile, alors avec le masque comment je fais ? Et on ne voit que la moitié du visage de la personne en face de soi et en plus on ne te comprend pas si tu n'articules pas et si à ça se rajoute le fait que le timbre de voix de la personne n'est pas assez fort, alors là on ne comprend rien ». Il semble compliqué de transmettre des émotions avec la moitié de notre visage, mais aussi de comprendre l'autre et de se faire comprendre soi-même. Quassia : L41-47 « *il y a des répercussions, nous avons des patients qui sont sourds, donc nous sommes obligées de crier un peu plus fort parce que le masque a un effet d'atténuation de la voix. [...] pour les comprendre quand ils portent le masque, parfois c'est difficile. Et puis au niveau relationnel, il y a [...] ce sourire que l'on peut amener, parce qu'ils apprécient aussi que l'on arrive en souriant, alors heureusement que l'on a encore les yeux. Il y a un total manque d'émotion, on a des enfants très jeunes qui ne nous avaient jamais vu avec qui ça été très compliqué ».* Nous comprenons ici que les soignants et les soignés partagent l'idée d'une difficulté à la communication liée au port du masque ce qui se répercute sur la relation de ces deux parties et confirme également notre cadre de référence. Mais ses difficultés sont aussi liées à l'âge de la personne soignée car il peut les majorer. Les plus jeunes ont davantage besoin du visage du soignant pour être rassuré et pour établir des repères et une relation de confiance. Nous remettons quelque peu en question les idées de Levinas concernant la philosophie du visage de cet auteur. Le visage semble important autant pour les soignants que pour les soignés.

6.1.2 Des difficultés majorées selon le contexte

Ces difficultés sont d'autant plus présentes lorsque le patient est jeune comme nous l'explique Quassia mais également lorsqu'il présente une altération de la communication comme une aphasie mais aussi, lorsque celui-ci est limité dans son champs d'expression non-verbale. C'est ce que Tournesol nous souligne clairement lorsqu'il nous décrit ses difficultés majorées par sa tétraplégie. Les soignants le remarquent également. Coquelicot : L39-41 « *je pense que ça peut bloquer certaines personnes ont déjà du mal à sourire et faire confiance alors s'ils ne voient même pas nos sourires à nous ou toutes autres émotions de notre part c'est encore plus difficile pour eux ».* C'est encore le cas, lorsque la pathologie du patient engendre un besoin de repère visuel notamment pour les personnes démentes et atteintes de certaines pathologies psychiatriques. Nénuphar : L77-83 « *On a beaucoup de personnes dont on ne connaissait pas le visage et vice et versa. [...] une patiente nous a demandé plusieurs fois de baisser nos masques. [...] Quand on nous le demande c'est important. [...] Ils ont besoin de voir la*

personne dans sa globalité ». Pavot : L46-47 « Pour moi ça serait essentiellement la communication parce que ça demande plus d'efforts pour se faire comprendre les uns et les autres ». Des témoignages qui rejoignent l'idée de Forcioli sur le fait que les règles des mesures barrières sont plus difficiles pour les patients fragiles, désorientés ou tactiles. Ce sont aussi des mots des ressentis de ces patients et soignants qui se lient aux propos de Mira lorsqu'elle nous dit que certains patients ont des réactions agressives voire violentes face au masque. Ainsi, certains soignants se voient retirer le masque. Sans oublier que certains patients que nous accueillons présentent également une barrière linguistique à la communication. Verveine : L78-81 « On est là pour sourire. Avec le masque pour lever la voix, la baisser c'est compliquer alors pour la personne ça lui fait un bruit de fond, alors imaginez pour des personnes qui sont fragilisées, qui entendent mal ou qui ne voient pas clair lorsque nous nous présentons c'est moyen ». Pâquerette : L8-21 « Ils n'ont pas notre expression de visage, ils ne nous reconnaissent pas, ils ne sentent pas ce que l'on ressent émotionnellement parlant. [...] surtout chez les personnes démentes. [...] chez des gens avec qui on a besoin d'échanges visuels, forcément c'est une barrière. Ou alors des personnes handicapées comme quelqu'un de sourd, si on n'a pas les mimiques en face c'est compliqué. [...] c'est aussi compliqué pour moi en termes de communication, au niveau visuel pour pouvoir échanger. [...] la difficulté est celle de me faire comprendre pas forcément les comprendre eux ». Coquelicot : L22-26 « nous avons des patients qui ne peuvent pas parler normalement parce qu'ils sont aphasiques [...] nous avons aussi des patients qui ne parlent pas français, ou encore des patients qui peuvent lire sur les lèvres et donc là c'est problématique avec le masque [...] on essaie de faire autrement, mais c'est difficile d'être à moitié cachée ». Quassia : L184-189 « [...] Le pire c'est avec les patients étrangers, la barrière de la langue plus le masque alors là c'est génial ». Il existe également des difficultés supplémentaires auxquelles nous n'avons pas pensé concernant les patients chroniques et notamment lorsqu'ils sont soignés à domicile. La difficulté étant de faire respecter le port du masque quand la personne est chez elle. C'est donc le soignant qui entre dans l'intimité du patient. Il semble que l'absence de notion de collectivité dans les soins à domicile implique une autre réflexion voire un autre positionnement du soignant. Les patients étant chez eux, ne comprennent pas que l'on puisse leur imposer des règles. Cette problématique concerne également le respect du port du masque par les proches de ces patients. Quassia : L11-14 « je trouve que ça crée une distance avec le patient notamment avec les patients que l'on a en soins chroniques ». Quassia : L27-30 « pour les patients la difficulté a été de porter le masque tout

simplement ! Ils ne comprenaient pas du fait qu'ils étaient chez eux pourquoi ils étaient obligés de porter un masque. Ça été très compliqué et aujourd'hui encore on a des patients qui ne mettent pas le masque. Il faut qu'on relance systématiquement et il y en a avec qui on a laissé tomber ». Quassia : L199-202 « *les patients chroniques c'est plus compliqué, c'est d'ailleurs problématique avec leur entourage aussi, nous passons notre temps à répéter la même chose. [...] avec certains, j'ai abandonné, je ne dis plus rien ».* La difficulté pour les patients chroniques se retrouve également dans les services de soins, car le port du masque bouscule leurs habitudes et leurs repères. Le masque efface le travail réalisé jusque-là par les équipes soignantes et demande une réassurance pour le bien-être et la relation de confiance et l'alliance thérapeutique que ces patients nécessitent. Coquelicot : L48-56 « *Nous avons des patients qui sont chroniques et qui viennent très régulièrement. [...] ils m'ont rencontré que depuis l'été dernier mais les filles qui les connaissaient voient la différence avec et sans masque avec ces patients, et ils ont eu du mal à reconnaître les soignants. [...] ils ont eu l'impression de voir de nouvelles personnes, donc avec le masque ils nous reconnaissent plus, on ne voit pas les émotions donc ils essaient de nous reconnaître qu'avec les yeux. [...] le masque est une source de stress pour eux, parce qu'avant ils se disaient, qu'ils allaient retrouver tel et tel soignant avec qui ils avaient créé une relation de confiance et là c'est comme s'ils avaient l'impression de devoir tout recommencer à zéro ».* Derrière ces propos nous pouvons souligner que Mira disait que les soignants ont dû s'accommoder à cette contrainte pour ne pas rompre le lien de la relation soignant-soigné. Nous avons donc des données que nous offrent les soignants qui soulèvent bien que les difficultés liées au masque soient aussi liées au contexte de soins et à la pathologie des différentes personnes soignées. Voyons à présent les conséquences engendrées par le masque que nous décrivent les soignants.

6.1.3 Des conséquences catastrophiques

Ce bout de tissu masque le sourire, les expressions, la reconnaissance de l'autre, la singularité de chacun mais surtout la chaleur humaine dans les soins. C'est un constat que nous font remarquer les personnes écoutées et qui rejoint les propos de Chœur qui nous disait que le masque a un fort impact sur les rapports sociaux. Il nous explicitait ses dires en disant que les sourires et les expressions du visage ne voient plus, que l'on ne peut plus lire sur les lèvres et que certaines paroles deviennent inaudibles. Ainsi, il nous expliquait que le masque efface notre personnalité et constitue une barrière sociale. Mais pas seulement apparemment, car il cache également l'intérêt que nous portons aux personnes soignées tout simplement en masquant

également le soin que les infirmières réalisent sur leur visage avec quelques touches de maquillage par exemple, qui démontraient un certain respect, une certaine gaieté et l'attention qu'elles portent à soigner leur apparence pour les personnes qu'elles rencontrent dans la journée. Derrière ce maquillage, il est à noter que c'est également une personnalité qui s'efface avec le masque, c'est donc la singularité de ces infirmières, le « petit plus » dans leurs soins et qui faisait la différence. Le masque engendre également des difficultés à démontrer une sincérité dans les soins, ce qui retenti bien-entendu sur la relation de confiance avec les patients. Coquelicot : L30-34 « *ça va dans les deux sens, parce que le masque nous met en difficulté mais pour eux c'est aussi difficile, parce qu'ils ne voient pas du tout nos réactions [...] ils peuvent se demander ce que l'on pense, si l'on est sincère dans ce que l'on dit aussi [...] Ils n'arrivent pas à savoir si l'on dit vraiment les choses ou si on se cache un peu derrière le masque* ». Soulevons que chez les personnes déjà fragilisées par leur pathologie le masque est indéniablement délétère. Verveine : L91-101 « *j'ai observé pas mal de repli sur soi depuis le port du masque. [...] La personne âgée ne va pas forcément nous reconnaître, alors si en plus elle ne nous entend pas bien elle fait l'amalgame de toutes les personnes. [...] pour les personnes qui nous connaissaient avant le masque, il y avait moins de problèmes mais pour les personnes qui sont entrées durant la pandémie, qui n'ont jamais vu nos visages, qui ne nous connaissent pas, c'est beaucoup plus compliqué. Mais ça n'empêche que depuis l'épidémie, j'ai vu un changement de comportement chez les résidents, même un repli chez des résidents pourtant épanouie ici à la base* ». Nous sommes donc face à des patients qui ne reconnaissent plus les personnes qui les soignent et qui ont tendance à se replier sur eux-mêmes car le masque ne donne pas envie d'aller vers l'autre. Encore une fois, si nous nous appuyons sur notre cadre de référence nous notons bien la confirmation de ces soignants que le masque engendre indéniablement des conséquences sur les personnes soignées et davantage sur les personnes les plus fragiles. Une grande majorité des personnes interrogées que ce soient les soignants ou les patients rejoignent les idées de Chœur, Mira et de Forcioli concernant les conséquences du masque dans les soins. Nous pouvons également noter l'importance du visage dans les soins autant pour les soignants que pour les soignés ce qui contrevient la vision de Levinas. Mais s'ils sont tous impactés par le masque de soins, voyons maintenant s'ils ressentent un changement concernant l'asymétrie dans la relation soignant-soigné.

6.1.4 Un facteur de plus à l'asymétrie de la relation soignant-soigné

Si nous avons compris que l'asymétrie dans la relation soignant-soigné est inévitable nous pouvons soulever que le masque la bouscule. Il engendre une difficulté commune entre soignant et soigné car comme nous le dit Forcioli, le masque est porteur de distance, refroidit la relation, il est porteur d'angoisse, de peur, accentue les troubles et la solitude des patients. Il rend alors d'après l'auteur, la relation thérapeutique et de confiance difficile. Le masque comme difficulté peut être considéré comme une vulnérabilité de chacun mais qui ne semble pas pour autant nous rapprocher ou nous mettre sur un pied d'égalité comme nous le laissait penser Zielinski. Au contraire les personnes interrogées rejoignent plutôt les propos de Novelli sur le fait que le masque est une barrière à la communication et à l'instauration d'une relation de confiance, car le patient a tendance à le ressentir comme une règle imposée par le soignant et ce dernier ressent l'obligation de rappeler l'intérêt du masque au patient. Cette asymétrie est d'ailleurs ressentie par les patients. Tournesol : L47-50 « *Du moment que l'on entre dans un établissement de soins. Nous sommes obligés de respecter les règles de l'établissement parce que ces gens sont là pour te soigner, donc quelque part ils ont un savoir et donc un pouvoir que tu n'as pas. Mais pour moi le masque n'a pas d'incidence sur cette asymétrie* ». L'asymétrie semble parfois réduite notamment quand les soignants et soignés sont porteurs du masque et lorsqu'il est utilisé comme outil de travail. Cela signifie également l'asymétrie dépendrait de l'objectif du soin. Nénuphar : L102-119 « *le fait de jouer avec eux, fait qu'on est tous comédiens. On est tous d'égal à égal sur la scène, soumis aux mêmes règles de mise en scène, quand les metteurs en scène nous dirige ils dirigent de la même manière un patient qu'un soignant. Le but chez nous, c'est qu'il n'y est pas cette asymétrie, [...] on est tous dans la même galère. [...] on est tous humain, qu'il y a des choses qu'on n'arrive pas à faire. [...] le masque ne change pas grand-chose là-dedans et en plus ici nous portons tous le masque* ». Cependant, le masque est plus largement perçu comme majorant l'asymétrie dans la relation soignant-soigné. Pâquerette : L33-34 « *Je pense que c'est encore un facteur de plus, comme la blouse blanche, comme le savoir du patient qui peut passer tel un pouvoir sur eux* ». Verveine : L58-61 « *je me suis sentie comme à l'ancien temps avec cette allure, je trouve que ça donne une position d'avoir un masque, c'est peut-être parce que j'ai travaillé en chirurgie mais moi je fais le lien avec masque et chirurgien. Ça peut donner une impression d'une position de force aussi quelque part*". Verveine : L64-70 « *c'est une position qui vis-à-vis du regard du résident, je pense que quelque part on a dû leur faire peur, on a dû les impressionner. Alors moi je sais que j'ai toujours eu le geste avec ma main*

(elle me mime une caresse sur le bras) pour essayer de les rassurer, parce que les pauvres, non seulement ils n'entendent pas, ils écarquillent leurs yeux, ils sont sourd ou malentendant et enfermés dans leur chambre donc quelque part coupés du monde. Et bien sûr ce masque quelque part quand une personne rentre dans leur chambre masquée au départ ils l'ont rapporté à leur propre personne ». Notons tout de même que le masque n'est pas le seul facteur dans l'asymétrie de cette relation. La blouse blanche est bien connue pour être un facteur d'angoisse ou encore pour être un symbole de savoir dans le soin, voire de domination. Coquelicot : L59-66 « *L'asymétrie dans le soin elle est inévitable [...] L'explication que l'on donne du soin peut réduire cette asymétrie. Après le masque peut réduire cette asymétrie aussi, puisque nous, dans notre service si le patient peut porter le masque [...] nous sommes donc porteurs d'un masque tous les deux, ce qui nous fait quelque chose de commun. Cependant, certains patients ne le portent pas ce qui inverse un peu la situation. (Rires). Mais du coup oui, pour moi le masque entraîne des répercussions sur l'asymétrie dans la relation et peut la réduire voire l'inverser selon les situations* ». L'infirmière libérale nous démontre que la tenue civile des soignants dans les soins à domicile diminue cette dernière et notons que les infirmiers en psychiatrie ne portent pas non plus de blouses blanches volontairement dans ce même sens de réflexion. Quassia : L64-68 « *Je pense que déjà cette asymétrie est différente à domicile parce que c'est à moi de m'adapter au patient, son entourage et son environnement. [...] je travaille en civil et non en blouse blanche, ce qui je pense peut diminuer les sources d'asymétrie dans une relation soignant-soigné. [...] je pense que le masque peut accentuer cette asymétrie dans les soins* ». Notons que les patients expriment également des éléments négatifs sur la tenue des soignants, pas sur l'asymétrie qu'elle engendre mais sur l'absence d'humanité dans les soins que peut provoquer une tenue. Tournesol : L82-87 « *Quand des soignants viennent me faire les soins avec le masque et que je ne les connais pas, que je n'ai jamais vu leur visage, c'est comme si des robots étaient passé par là. C'est encore pire avec la tenue complète quand on est contaminé* ». Le masque de soins lorsqu'il est porté seulement par le soignant peut créer une inversion dans l'asymétrie de cette relation par davantage de capacité d'expressions que le patient aurait. Le soignant ici, serait donc plus en difficulté que celui qu'il souhaite accompagner. Quassia nous fait également remarquer qu'il se joue autre chose dans l'asymétrie en soin à domicile avec le port du masque. Effectivement, le masque appelle à la responsabilité de chacun, il appelle également à protéger les autres mais c'est une chose qui évoque un retournement de situation dans la relation soignant-soigné car le patient découvre un rôle

différent aujourd'hui, celui-ci est mené à protéger les soignants. Un nouveau rôle pour les patients parfois compliqué à concevoir. Quassia : L83-86 « *certain patient ne change quasi jamais leur masque. Et là, se joue autre chose dans cette relation, nous c'est notre rôle de protéger les patients mais lorsqu'ils portent le masque, il est question de nous protéger nous, soignants et ça ils ont beaucoup de mal à le concevoir. Donc, ça a quand une grosse incidence sur la manière de travailler* ». Peut-être alors que Phillipart a raison lorsqu'il disait que le masque appelle notre responsabilité. Une responsabilité que le patient ne semble pas vouloir. Ce nouvel outil de travail a donc un impact sur la relation d'aide mais aussi sur la relation de confiance, car effectivement le masque induit une distance mais aussi une froideur, une méfiance, du stress et parfois même de la peur chez les patients comme nous l'a dit Forcioli. Verveine : L108-109 « *Aussi, de ressentir qu'il se passe quelque chose de dangereux sans trop comprendre pourquoi, c'est angoissant pour eux* ». Nous avons donc un discours des soignants et des patients quelque peu éloigné concernant l'asymétrie dans les soins. Les patients ressentent cette asymétrie avec ou sans masque, les soignants eux estiment que le masque la majore. Mais les deux parties soulève que le masque n'est qu'un facteur de plus à cette dernière car le reste de la tenue d'un soignant peut également être une source de domination du soignant. Notons que le terrain confirme les dires de Bourdieu sur le fait que nos attitudes, nos mots tout ce qui entoure nos approches peuvent influencer l'asymétrie dans la relation soignant-soigné. Mais si aujourd'hui nous sommes obligés de construire cette relation en portant un masque nous allons voir ce qui peut se cacher derrière ce bout de tissu.

6.1.5 Que se cache-t-il derrière ce masque ?

La relation semble donc difficile à établir lorsque nous portons un masque. Il est davantage perçu comme un obstacle que tel un atout et engendre indéniablement une incidence sur la relation soignant-soigné mais pas seulement. Le terrain nous offre des données supplémentaires comme le fait qu'il touche également à la relation triangulaire. Coquelicot : L8-14 « *La famille a l'impression qu'on y met aucune émotion. Ils ne voient pas notre visage, donc c'est compliqué. Parfois les émotions ressortent avec les yeux et tout ça mais c'est plus difficile donc pour les familles et les patients c'est compliqué. Surtout parce qu'il y a des moments où l'on peut être froid et du coup je pense que pour eux c'est plus difficile et nous ça nous freine aussi au niveau de la relation parfois de confiance parce qu'ils ont parfois l'impression qu'on s'en fiche alors que pas du tout* ». Il semble pouvoir être un atout lorsque les soignants l'utilisent comme un outil de travail et donc pas parce que la philosophie du visage de Levinas s'accorde

avec celles de ces personnes. C'est une chose que les soignants interrogés en psychiatrie ont démontré et que nous pourrions évoquer plus tard dans cette analyse afin de mettre en lumière la créativité que demande le port du masque pour les soignants. Nénuphar : L33-35 « *Le masque a presque été un outil à des moments* ». Le masque semble être également un atout pour certaines personnes, notamment pour les plus timides que ce soient les soignants ou encore les patients. Nénuphar : L48-51 « *Il y en a qui peuvent se cacher derrière le masque. [...] Une de nos patientes est très timide, [...] ça fait comme un filtre de plus. [...] Il y en a pour qui, c'est bien d'avoir un masque. [...] Certains préfèrent porter le masque* ». Verveine : L36-38 « *Je pense que pour certain ce masque les arrange parce qu'il y a des choses qu'ils n'ont peut-être pas envie de montrer et peut-être que ça les a rassurés et ça leur a permis d'être différent* ». Si le masque efface nos émotions, il permet alors en même temps de masquer celles que nous souhaitons lors des soins. Coquelicot : L109-112 « *le masque nous protège parce que parfois quand on perd patience avec certains patients donc le masque permet de nous cacher c'est vrai mais de l'autre côté le masque peut aussi nous empêcher d'effectuer notre travail comme on le voudrait donc, c'est ambivalent* ». Soulignons qu'il existe alors un travail émotionnel dans les soins infirmiers. Quand on nous dit que le soignant doit être capable de gérer ses émotions cela voudrait dire que lorsque nous ne pouvons pas les cacher derrière notre masque, il faudrait savoir transformer nos émotions négatives en émotions acceptables pour le patient. C'est peut-être ce que le soigné attend. La maîtrise de ses émotions est donc au cœur de la relation, si elle peut avoir un impact dans la prise en soin. C'est quelque chose de plus que nous n'avions pas abordé dans notre cadre de référence. Toutes les personnes interrogées s'accordent à dire que la relation est essentielle dans les soins cependant, celle-ci est largement impactée par le port du masque. Nénuphar : L33-35 « *Le travail de relation en psychiatrie est essentiel* ». Pâquerette : L28-30 « *le masque peut entraîner des répercussions sur la communication, et donc sur l'entrée en relation mais aussi la relation de confiance que je souhaiterai établir avec eux parce que c'est un tout* ». Le visage semble alors nécessaire à la relation contrairement à la pensée Lévinassienne. Quassia : L118 « *masque oui ça change parce que le 1er contact que l'on a avec quelqu'un c'est visage* ». Coquelicot : L92-96 « *Quand on entrait dans la chambre avec le sourire pour aller voir un patient et donc le patient était plus ouvert, plus réceptif. Là, en entrant dans une chambre, il faut le dire par exemple le matin à 6h, on le réveille, il ne voit pas notre visage, il ne voit pas notre sourire, il voit que nos yeux cernés, ça ne le met pas forcément en confiance* ». Nénuphar : L83-85 « *Je pense que quand une personne en face porte un masque*

on projette tellement le reste du visage, on construit avec ce que l'on peut voir ici, et parfois on est surpris lorsque l'on découvre cette partie que l'on n'a jamais vu ». Cette nécessité du visage de l'autre pour la création d'une relation est exprimée également par les patients. Pavot : L29-31 « Avec les soignants que je connaissais déjà avant le masque non. Après avec les nouveaux soignants que je ne connais pas c'est plus difficile, parce que je n'ai jamais vu leur visage. Alors je vais moins vers eux ». Tournesol : L35-40 « Ça va de soi. Oui ça peut même faire comme un blocage, parce qu'on ne sait pas quoi penser. Lorsqu'on ne connaît pas la personne, on ne sait ce qu'elle pense et là on ne voit pas d'émotions pour pouvoir interpréter. Quand on connaît la personne, c'est plus facile. Mais c'est une certitude, sans jamais avoir vu le visage d'une personne c'est compliqué d'entrer en relation mais c'est le cas dans la rue aussi. Quand on porte un masque et qu'on aborde quelqu'un pour un renseignement les personnes ont du mal à te capter, à t'appréhender ». L'absence du visage touche visiblement beaucoup plus de choses que nous l'avions imaginé car l'un des patients sans le dire explicitement nous mène à penser que le masque peut toucher à la dignité de la personne soignée. Tournesol : L59-63 « Il y a du personnel que j'ai revu depuis le port du masque que je n'ai pas reconnu avec le masque. Ou alors je les croise dans la rue sans masque, ils me disent bonjour et je ne sais pas qui c'est parce que je ne les ai jamais vu sans masque. C'est quand même une catastrophe, une personne me fait la toilette et je suis incapable de la reconnaître dans la rue parce que je ne l'ai jamais vu sans masque ». Nénuphar souligne également quelque chose d'important. Nénuphar : L64-70 « Une bouche pincée, ça peut être des signes d'angoisse, quelqu'un qui se mordille les lèvres, forcément ça cache un petit peu les symptômes. [...] au-delà de la communication on a quand même un rôle de surveillance. [...] Il y a des choses que l'on peut moins observer derrière le masque ». Le masque cacherait donc nos émotions positives comme négatives, notre humanité, notre sincérité, notre personnalité, notre timidité mais aussi nos difficultés et quelque chose auquel nous n'avions pas pensé le masque cache aussi certains symptômes.

6.1.6 Faisons le point

Le terrain nous offre donc une vision qui s'accorde entre soignants et soignés pour nous dire que le masque a une réelle incidence sur la relation existante entre eux car il rend difficile leur communication verbale et parfois même le paralangage qui la complète, la souligne, la personnalise et la réchauffe. Ils nous confirment donc tous que la communication ne suffit pas. Patients et soignants se rejoignent indéniablement sur l'importance première de la relation dans le soin et soulève la distance que le masque engendre et l'asymétrie que ce dernier majore.

Cependant, cette asymétrie peut se réduire lorsque l'objectif de soin est réfléchi pour travailler avec ce masque, autour de celui-ci. Mais les propos des soignants comme des patients viennent confirmer notre cadre de référence, puisque notre attitude, nos mots, notre attention singulière et notre accueil de l'autre semblent permettre une atténuation de cette asymétrie. Notons quand même que ce bout de tissu est perçu comme obstacle en majorité à la relation entre eux, car le visage finalement semble indispensable à une chaleur humaine dans les soins. Il semblerait que nous soyons en présence de soignants beaucoup plus proches de la pensée Ricoeurienne que Lévinassienne. Nous allons donc analyser à présent s'ils considèrent que la qualité et l'efficacité des soins ont été impacté par le masque.

6.2 Une qualité et une efficacité des soins touchées par nos visages effacés.

6.2.1 Un équilibre pour éviter « les temps modernes » dans les soins.

Les propos des personnes écoutées sont unanimes et s'accordent avec les idées de Hesbeen dans le fait que la rencontre dans la relation soignant-soigné nécessite une démarche du prendre soin et que le prendre soin est indispensable à la qualité et l'efficacité du soin.

Les soignants considèrent le prendre soin comme celui qui implique une vision globale de chaque patient. Prendre soin serait respecter la personnalité, s'adapter à la personne, ne pas être indifférent et être vigilant. D'ailleurs dans leur propos nous pouvons soulever que les notions de rencontre et de singularité voire de respect et de considération de l'autre ressortent dans leur définition du prendre soin. Ils nous confirment également que l'empathie est indispensable au prendre soin comme le disait Schaller, parce que pour pouvoir comprendre l'autre, il nous faut savoir l'écouter et l'entendre. Nénuphar : L150-153 « *Dans le prendre soin il y a une dimension de rencontre, de respect, de la singularité d'autrui, c'est la rencontre avec l'individu. Dans le prendre soin, la notion d'empathie entre, on est touché par la personne et on va vers elle, donc on va prendre soin d'elle. Faire du soin, on peut faire sa prise de sang, ne pas lui parler et partir* ». Verveine : L139-151 « *Faire des soins pour moi, ça pose plus la technique, faire des soins c'est faire des pansements, c'est prendre la tension. Prendre soin c'est donner de l'attention à chacune des personnes que je vais soigner en respectant sa personnalité et en m'adaptant au quotidien à ce qu'elle va présenter. [...] C'est ne pas être indifférent. [...] C'est vraiment être vigilant, c'est être attentionné, c'est être dans l'empathie tout en respectant la personne et sa personnalité mais en tenant compte aussi des petites faiblesses qu'elles peuvent avoir dans son attitude parce qu'elle est triste ou autre, ce qu'elle va présenter* ». Le prendre

soin est selon les soignants interrogés, la base de la relation singulière qu'ils construisent avec chacun des patients ce qui rejoint non seulement l'idée de Hesbeen lorsqu'il nous dit que le prendre soin est un art pour venir en aide dans une situation singulière. Mais ils rejoignent aussi les dires de Phaneuf dans l'idée que la démarche du prendre soin est la base des liens de confiance. Pâquerette : L53-54 « *le prendre soin c'est la base du soin. Ça fait partie de la relation que j'ai avec chacun d'entre eux* ». Il serait le plus important dans le soin, car c'est ce qui offre le côté humain de leur travail. Il est à noter que prendre soin est également une volonté du soignant et appelle à sa réflexion afin de donner du sens à ce qu'il fait. Verveine : L154-163 « *il faut savoir ce que l'on veut être. Si on veut être une infirmière qui prend soin ou une technicienne. Donc si l'on veut être une technicienne, il faut aller en réa ! [...] Je trouve que c'est tellement bien de pouvoir de pouvoir prendre soin des gens ! Parce qu'en fait je pense que c'est ça le plus important dans le soin [...] C'est mon côté humain que j'apporte avec ça* ». Coquelicot : L79-81 « *de dire ' je prends soin d'une personne' ça me fais réfléchir sur ma façon de faire le soin, je réfléchi au sens que je donne au soin. Ça me permet du coup, de toujours me remettre en question* ». Prendre soin semble également inclure l'organisation des soins pour s'adapter à chaque patient. Quassia : L89-98 « *prendre soin, c'est vraiment considérer la personne dans sa globalité [...] ne serait-ce que tout ce que je prends en compte pour organiser mes tournées en fonction d'eux, de leurs besoins au quotidien, des imprévus aussi. [...] prendre soin c'est prendre en compte tout ce qui entoure aussi la personne et sa personnalité* ». Ils différencient le prendre soin et faire des soins notamment par la technicité des actes de soins. Le « faire des soins » est même considéré comme objectivant et mécanique voire associé à la formulation « prendre en charge ». Coquelicot : L72-74 « *faire des soins, ça toujours une connotation objectivante. Moi je dis toujours prendre soin et je n'aime pas non plus dire prendre en charge. Faire des soins pour moi, c'est trop mécanique* ». Cependant, ils nous confirment tous que les deux soins sont indispensables, même si l'on peut faire des soins sans prendre soin. Des propos qui rejoignent ceux de Hesbeen lorsqu'il nous explique que le soin est le « care » et les soins le « cure » et que l'un est lié à l'autre. Il nous expliquait aussi que le prendre soin c'est considérer l'autre, que les soins font partis du « prendre soin ». Pâquerette : L40-43 « *faire un soin c'est un acte, prendre soin c'est une globalité qui peut inclure l'acte d'ailleurs. [...] l'un ne va pas sans l'autre* ». C'est donc un juste milieu à trouver pour les soignants entre prendre soin et faire des soins. Ces propos concernant les notions de faire des soins et prendre soin rejoigne également les idées de Menaut qui pense avec conviction

qu'il existe bien ces deux qualités dans le soin, celle du soin technique et celle de la relation. Aussi, Piveteau nous disait également que les deux sont indispensables à la prise en charge globale du patient. C'est une recette de cuisine à assaisonner selon les goûts du patient mais aussi selon la personnalité du soignant car le dosage de sel et poivre a toute son importance. En effet, il est important de répondre aux besoins et aux désirs du patient mais sans pour autant phagocytter le soignant dans cette considération de l'autre ce qui rejoint l'idée du « comme si » de Rogers. Soigner reste également un art du dosage pour que le soin soit personnalisé pour chacun des patients mais personnalisé également par ce qui fait chacun des soignants. Cette recette, vous ne la trouverait ni dans les livres ni sur internet, car celle-ci semble appartenir à chaque relation. C'est une recette qui se réalise à chaque rencontre et selon chaque patient et chaque soignant. D'après ce que peut nous offrir les propos de Verveine, nous pouvons imaginer que ces différentes recettes seront d'autant plus maîtrisées et personnalisées au fil du temps et grâce à l'expérience de toutes les rencontres que nous ferons au cours de notre carrière professionnelle. Le prendre soin reste donc indispensable aux soins, mais ne nous trompons pas, il semble autant indispensable aux patients qu'aux soignants. Les patients ont besoin du prendre soin pour être pris en compte et les soignants en ont besoin pour nourrir leur profession, donner du sens à tout ce qu'ils font et donc s'épanouir comme soignants réflexifs. Donner du sens permet aux soignants de prévenir également l'épuisement, plus précisément le burn-out. C'est pour cela que j'ai fait le choix de nommer cette partie par un titre faisant le lien avec une comédie dramatique dans laquelle Charlie Chaplin lutte pour survivre dans le monde industrialisé. Ce film est une satire du travail à la chaîne et un réquisitoire contre le chômage et les conditions de vie d'une grande partie de la population occidentale lors de la Grande Dépression, imposées par les gains d'efficacité exigés par l'industrialisation des temps modernes. Effectivement il semble indispensable de préserver et travailler le sens de nos soins pour lutter contre l'automatisation du travail dans une société capitaliste qui ne cesse de valoriser le travail alors qu'elle rêve de s'en passer via la robotisation. Aussi, si le prendre soin permet de considérer la personne ajoutons, que donner du sens à nos actions lui permet alors d'exister. Nous pouvons donc remarquer que la totalité des soignants écoutés rejoignent les propos de Hesbeen concernant l'importance du prendre soin et l'idée qu'il est un art à exercer de manière singulière dans chaque situation. Comme le dit Menaut dans notre cadre de référence, les soignants s'accordent également à dire que le soin comporte ces deux qualités,

celle du soin technique et celle de la relation et qu'elles permettent de prendre soin de façon globale. Mais prendre soin est aussi une affaire de tous.

6.2.2 « *Le travail d'équipe est la capacité de travailler ensemble vers une vision commune. C'est le carburant qui permet aux gens ordinaires d'atteindre des résultats hors du commun* ». Andrew Carnegie.

Les soignants interrogés place le travail d'équipe comme primordial dans le soin. C'est ce qui leur permet de rejoindre les propos de Furstenberg en nous faisant comprendre que le travail d'équipe leur permet d'adapter leur décision, d'adapter les objectifs aux patients dans leur démarche de soins. C'est aussi ce qui leur permet d'être efficace. Travailler en équipe semble alors être une évidence pour les soignants pour pouvoir prendre soin.

Le prendre soin nécessite une autre capacité dont nous n'avons pas encore discuté, celle de savoir déléguer. Nénuphar : L210-212 « *il faut être en équipe. Il faut savoir déléguer pour pouvoir prendre soin de la personne. Si on se force à prendre soin ce n'est pas sincère et ça se sent et ça revoie des choses négatives sinon* ». Le travail d'équipe offre également une vision globale, plus riche. Lilas : L213 « *on n'observe pas les mêmes choses. On se complète* ». C'est donc la vision collective qui offre également la singularité dans le prendre soin pour chaque personne soignée mais aussi un accompagnement le plus complet possible. Pâquerette : L57-58 « *Le travail en équipe m'apporte une vision collective pour prendre soin et donc une prise en charge collective* ». Cependant, le travail en équipe n'est pas toujours facile. Travailler en équipe de manière confortable serait de travailler tous dans la même direction, la même vision du soin, les mêmes aspirations et pour les mêmes raisons. Mais ce n'est pas toujours le cas. Verveine : L201-207 « *Le plus important c'est que l'équipe avec laquelle nous travaillons soit en relation. Après chacun a son rôle mais, si nous ne sommes pas en concertation quasi permanente, ça ne peut pas fonctionner. Le travail de qualité c'est une chaîne. [...] C'est tous ensemble que l'on peut faire quelque chose, ce n'est pas toute seule ! Sinon ça ne servirait à rien que l'on soit aussi nombreux !* ». Nous pouvons tout de même souligner qu'autant la différence entre soignants peut engendrer des complications dans le travail d'équipe mais elles peuvent tout autant, enrichir la prise en soin des patients. Les soignants peuvent alors apporter chacun quelque chose de différent, quelque chose de plus dans l'accompagnement de la personne. Travailler ensemble apporte une fluidité dans l'organisation des soins, c'est un gain de temps pour les patients, pour les soignants, c'est une efficacité et une qualité supplémentaire

appréciées par les personnes soignées. Coquelicot met en avant le travail en binôme aide-soignant et infirmier pour nous faire comprendre l'intérêt du travail à deux. Coquelicot : L177-128 « *Je trouve qu'on prend toujours plus soins quand on effectue son travail à deux par exemple [...] J'ai l'impression que la prise en soin est beaucoup plus efficace et plus agréable pour les patients* ». Le travail d'équipe semble offrir également l'humanité dans les soins et dans le quotidien des soignants. Quassia nous fait d'ailleurs remarquer que malgré le confinement de la première vague du Covid 19, elle et ses collègues de travail ont ressenti le besoin d'enfreindre les règles et de se voir malgré tout, au moins pour réaliser leurs transmissions à chaque changement d'équipe. Quassia : L134-162 « *l'on a toute un caractère différent mais que l'on prend soin de la même manière des patients. [...] le masque n'a rien changé parce qu'en fait quand on se voyait on ne portait pas le masque. [...] Cette relation en équipe est trop nécessaire. Même au 1er confinement, j'ai ressenti ce besoin de voir mes collègues pour faire les relèves, nous sommes allées les faire chez les unes et les autres. [...] Leur visage, leur voix, leur présence, une chaleur humaine quoi ! J'ai besoin de ça pour travailler en équipe* ». Ces propos rejoignent alors ceux de Forcioli car il nous disait que le masque a une incidence sur nos rapports au travail, dans notre communication et notre organisation. Mais, les propos des soignants nous apportent la compréhension de l'importance du travail en équipe. Travailler en équipe semble apporter une ambiance, une atmosphère, une chaleur humaine et semble indispensable à la continuité des soins. Tout comme avec les patients, le masque engendre des difficultés de communication dans les équipes soignantes. Cependant, les soignants ne l'expriment pas explicitement en revanche, ils nous expriment sans hésitation qu'ils baissent le masque lorsqu'ils sont entre eux pour pouvoir communiquer notamment lors des relèves. Verveine : L219-220 « *heureusement quand nous sommes en transmissions nous baissons le masque, on se met à distance. On se le permet pour discuter quand même* ». Nous pouvons en déduire que le masque touche également à la qualité du soin car il a un impact sur le travail en équipe. Une infirmière ose l'exprimer même si en salle de soins lorsque les patients ne sont pas présents, le masque a tendance à se baisser également pour cette soignante. Coquelicot : L130-138 « *Il y a des moments où les familles sont dans les chambres et on se chuchotait les choses parfois, ce que l'on ne peut plus faire maintenant avec le masque parce qu'on entend plus. Alors parfois on baisse nos masques pour se faire certaines mimiques mais c'est quelque chose que l'on ne peut pas faire tout le temps partout et devant tout le monde. Donc entre nous au niveau de la communication, sur certaines choses ça les*

compliquent parce qu'on ne s'entend pas forcément, quand il y a du bruit dans la chambre, lorsque l'on aspire ou que l'on fait des aérosols ou des choses comme ça, on est obligé de crier. Oui voilà, je pense qu'effectivement le masque a une répercussion sur le travail en équipe notamment sur la communication ».

Nous pouvons alors grâce aux données que nous offre le terrain, imaginer que le travail d'équipe ne s'impose pas, ce n'est pas une procédure, ce n'est pas un protocole. C'est une organisation informelle nécessaire. On y gagne en complémentarité et en créativité. C'est une collaboration pluriprofessionnelle pour une prise en charge globale du patient. Mais elle peut avoir un aspect négatif par les frontières disciplinaires, le langage de chacun, la vision et la raison que chacun met dans ses soins. Soigner nécessite d'avoir l'esprit d'équipe c'est à dire de vouloir et de savoir travailler ensemble dans l'intérêt du patient. Il faut donc avoir une ouverture d'esprit, et nous le vivons nous-même sur le terrain, il faut aller vers les autres professionnels mais aussi vers les acteurs extérieurs. Il faut être prêt à s'investir et apporter un certain dynamisme. C'est là que nous pouvons parler de carburant, c'est ici que ce dernier peut nous permettre d'atteindre des résultats extraordinaires dans nos prises en soins. Pour se faire, la connaissance est la clé d'un travail d'équipe fonctionnel et réussi. Il faut connaître son champ de compétences, celui du reste de l'équipe pluridisciplinaire et interdisciplinaire afin de pouvoir s'ouvrir à l'autre, avoir un langage et un savoir commun et créer des liens. Le travail d'équipe permet alors de garantir une prise en charge globale, efficace et personnalisée. Malheureusement, nous nous apercevons que le masque a également impacté ce travail d'équipe. Nous allons poursuivre cette analyse en posant le doigt sur l'impact que le masque engendre sur la qualité des soins.

6.2.3 Une finesse des soins touchée par le masque

Nous venons de voir que le masque impacte de travail d'équipe. Nous avons compris que ce dernier est nécessaire à la qualité des soins. Les personnes interrogées nous disent aussi que la qualité relationnelle est essentielle à la qualité du soin. Le masque entraînant des répercussions sur la relation soignant-soigné, il a par conséquent un impact sur la qualité des soins par différents vecteurs touchés. Verveine : L90-91 « *Il a eu effectivement des répercussions au niveau relationnel surtout dans nos soins* ». Verveine : L232-236 « *l'efficacité pas sur le plan technique, mais sur le plan psychologique, relationnel. Parce que de prendre le temps d'expliquer, de répéter c'était compliqué. J'avoue que j'ai eu ce ressenti à un moment d'être comme un robot, parce qu'il fallait d'habiller, se redéshabiller avec des personnes qui n'étaient*

vraiment pas bien, on sortait et finalement il fallait encore autre chose". Les patients ressentent la qualité d'un soin à travers le respect qu'ils peuvent ressentir, la confiance qu'ils peuvent éprouver envers le soignant. Pavot : L50-51 « *pour qu'il y ait une qualité il faut qu'il y ait un respect vis-à-vis de l'autre et une certaine confiance qui doit s'installer* ». Mais ils ressentent la qualité d'un soin également dans notre positionnement, notre attitude, l'écoute que l'on peut leur offrir. Des propos qui rejoignent l'idée de Novelli lorsqu'elle nous dit qu'il est possible de prendre soin en adaptant notre discours et notre attitude en étant masqué. Pavot : L53-57 « *c'est sa façon de parler, de s'exprimer, de m'expliquer les choses, le ton de la voix aussi. Moi si on me prend de haut, ou qu'un soignant hausse le ton je vais me braquer. [...] s'il y a du respect des deux côtés tout est établi pour une bonne relation. [...] Mais aussi, par l'écoute que le soignant va avoir avec moi pour me comprendre* ». Ajoutons que la qualité d'un soin peut être aussi tout simplement le sourire du soignant. Tournesol : L67-68 « *La qualité d'un soin c'est (...) l'empathie du soignant, la qualité d'un soin c'est (...) le sourire du soignant* ».

La qualité des soins a donc baissé notamment chez les patients ayant un besoin plus accru de soin relationnel. Quassia : L170-157 « *quand c'est un soin qui demande beaucoup de relationnel, notamment avec les personnes en fin de vie, je trouve quand même qu'on n'est pas trop dans la qualité, avec les enfants aussi [...] le masque altère le soin relationnel, donc la qualité mais aussi l'efficacité puisqu'il est nécessaire. Sans soins relationnels, le soin n'est pas réussi* ». Les patients confirment ce sentiment. Tournesol : L70-77 « *Non je n'ai plus le sourire des soignants, pourtant c'est plus important que le doliprane et le reste ! Pour moi c'est important pour le moral. [...] Un soignant qui n'a pas le moral, ou c'est à nous de lui remonter, c'est le monde à l'envers. [...] Le fait que les soignants portent le masque fait qu'ils sont plus irritables, mais parce qu'ils sont fatigués aussi je pense par le manque de personnel mais je crois que porter un masque toute la journée fatigue aussi. Mais pour moi la qualité du soin est dans l'écoute, le sourire et la bonne humeur. Pour moi c'est 80% du soin le reste c'est de l'habillage du soin* ». Ce qu'exprime ce patient est très chargé en signification, il nous évoque l'importance du soin relationnel davantage que de l'acte de soin. La présence du soignant, son écoute, son sourire et sa bonne humeur auraient plus d'impact sur sa santé que tout le reste. Pavot : L60-65 « *le masque empêche de voir le soignant, son expression, les traits de son visage, ses émotions. Mais je vois des choses dans leurs yeux mais ça ne fait pas tout. C'est très difficile. C'est difficile parce que j'ai du mal à interpréter les émotions de la personne que j'ai en face de moi* ». Tournesol : L 89-99 « *A partir du moment où la partie psychologique est importante*

pour le patient, évidemment qu'il y a une incidence. [...] Il ne pas y avoir de soin sans relation. Moi en tant que patient dans mes journées, je passe de la solitude aux soins. [...] Ce qui me fait du bien dans ces moments de soins, c'est le contact humain avec eux pas le soin en lui-même. Moi quand les personnes passent un vrai moment avec moi d'échanges parfois ça suffit à me faire oublier toutes sortes de douleurs. Cela étant, j'ai conscience que chaque patient est différent ». Notons ici que les patients rejoignent les propos de de Forcioli qui nous dit que le masque est nuisible à la relation et à l'empathie même si l'auteur n'avait que l'avis des soignants.

Les propos des soignants sont assez mitigés concernant la préservation de qualité et de l'efficacité des soins avec le port du masque car ils se sont tous adaptés à cette situation mais chacun hésite à répondre à cette question. Alors est-ce que la peur du jugement s'exprime à travers ces réponses mitigées. Est-il difficile pour un soignant de reconnaître que les soins qu'il prodigue ont perdu en qualité ou en efficacité ? Pâquerette : L64-71 « *Ça a une incidence sur le relationnel mais pas l'efficacité parce qu'on trouve toujours des solutions quand ça ne fonctionne pas* ». Coquelicot : L141-142 « *Mais oui, je pense qu'on a à peu près réussi à préserver une qualité des soins mais je pense qu'elle n'est pas aussi efficace et efficiente avec le masque* ». Verveine : L195-198 « *Il ne change pas ma démarche, il modifie un petit peu la perception des choses et la prise en charge par rapport au prendre soin. [...] on a fait peut-être un peu plus d'effort pour maîtriser cette qualité qu'on doit avoir en tant que professionnel pour essayer d'en apporter au moins une partie même si elle n'a pas été apportée en totalité* ». Lorsque j'ai posé la question à Nénuphar et Lilas ils m'ont répondu : Nénuphar et Lilas : L119-220 « *je pense que oui. [...] J'espère quand même !* ». Cela peut-être interpréter comme une peur de jugement ou encore souligner l'importance pour eux de réaliser des soins efficaces et de qualité.

Nous pouvons confirmer grâce à toutes ces données notre cadre de référence. Le masque a bien un impact sur la qualité et l'efficacité des soins. Nous le percevons autant dans le discours des patients qui se montre beaucoup plus explicite que celui de certains soignants. Mais le discours des soignants démontre tout de même les difficultés et donc l'incidence que le masque engendre à la qualité et l'efficacité des soins. C'est d'ailleurs pour certains, peut-être une souffrance difficile à exprimer en lien avec la peur d'être jugé sur leur travail qu'ils prennent à cœur. Mais malgré tout, nous allons voir que ces mêmes soignants démontrent un engagement, une

implication et une créativité qu'ils ne nomment parfois même pas. Ce sont parfois des capacités tellement naturelles qu'ils n'en ont parfois plus conscience.

6.3 Le masque est un appel à la capacité individuelle de flexibilité et à la sensibilité de chacun.

6.3.1 Comment soigne-t-on avec un masque ?

Le masque n'engendre pas seulement des difficultés de communication. Les soignants interrogés nous offrent la réalité du terrain sur les difficultés rencontrées par ce bout de tissu. Nous allons donc voir que comme nous l'a dit Mira, le masque demande d'apprendre à transmettre nos émotions par d'autres moyens car la relation ne se contente pas de la communication verbale et qu'il nécessite d'un engagement et d'une créativité plus importante.

Le masque diminue le son de leur voix mais empêche aussi les soignants de respirer normalement. Verveine : L29-31 « *la respiration dans un 1er temps, le temps aussi qu'on s'adapte tous et puis la communication parce qu'on n'est pas aussi audible avec le masque et là avec les personnes mal entendant et bien ils essaient de capter ce qu'ils peuvent !* ». Travailler avec un masque c'est apprendre à travailler en apnée. Verveine : L51-55 « *Je peux plus avec ce masque ! On ne respire pas bien, il y a des filles qui ont saigné du nez, il y a d'autres qui avait des boutons. De temps en temps, on a envie d'ouvrir la fenêtre et de prendre de l'air de dehors comme si on se disait allait on repart en apnée. Parce que sérieusement moi c'est la sensation que j'ai d'être en apnée quand j'ai le masque* ». Porter un masque c'est aussi avoir de la buée sur ses lunettes de vue. Quassia : L11-14 « *on a aussi le côté aussi le côté praticité, c'est quand même compliqué quand on porte des lunettes et que l'on donne des douches c'est difficile à cause de la buée* ». Coquelicot : L202-204 « *on a quand même du mal à respirer sous le masque, le pire c'est l'été ou lorsque l'on aide les personnes en douche en plus je porte des lunettes, ça me fait plein de buée. Donc c'est horrible, ça me demande effectivement des efforts* ». C'est donc fournir des efforts pour soigner ou savoir se nier. Quassia : L199-202 « *ça me demande un effort physique, de respirer dedans, surtout sous les douches, j'ai l'impression que je vais m'étouffer* ». Mais soigner avec un masque c'est aussi savoir le baisser. Le soignant doit savoir évaluer le bénéfice-risque de ce dernier, quitte à prendre un risque de se contaminer ou de contaminer. Souvenez-vous, tout est parti de là dans notre situation d'appel. Mr P. m'a demandé de baisser mon masque. Le résident souhaitait savoir à qui il s'adressait, qu'elle était cette personne à qui il partageait son histoire, son

quotidien, ses difficultés, son intimité et sa nudité. Savoir baisser son masque peut alors être une nécessité en lien avec un rapport de bénéfice-risque mais tout simplement aussi une marque de respect. Quassia : L53-60 « *j'ai une parade en fait, c'est-à-dire que je me tiens un peu loin et je baisse mon masque pour qu'il voit mon visage. Mais je fais ça même avec les nouveaux patients adultes ! Et j'avoue que c'est pareil pour moi, quand je n'ai jamais vu le patient, lors de la première rencontre je demande au patient de me montrer son visage au moins pour que l'on puisse se présenter [...] C'est obligatoire* ». Coquelicot : L157-160 « *Nous avons baissé le masque parce qu'elle avait besoin de voir nos vraies émotions pour pouvoir être rassurée. Parfois on est obligé de le faire si on veut effectuer notre travail* ». C'est ce que Forcioli nous disait en écrivant que le masque demande aux soignants une attention sur le bénéfice risque de façon singulière. Travailler avec le masque, c'est aussi travailler lorsque sa personnalité est quelque peu effacée. Verveine : L83-86 « *ce n'est pas nous ! Avec ce masque, en plus de la modification de ma voix, je ne peux pas m'exprimer de la même façon, il change ma personnalité, il change mon visage, ce n'est pas moi, je fais avec ce que je peux mais non j'avoue qu'avec le masque je ressens que ça, c'est plus moi* ». Mais c'est également soigner avec une humanité naturelle réduite. Quassia : L219-221 « *je trouve qui nous enlève quelque chose, ma personnalité, mes émotions et il m'enlève un peu le côté humain de ce que je recherche dans les soins à domicile* ». C'est donc réduire la raison parfois pour laquelle nous exerçons ce métier. Le masque est un outil de travail obligatoire pourtant pas ressenti comme un objet totalitaire ou encore une muselière même si l'espérance de son retrait un jour, raisonne comme un sentiment libérateur. Nénuphar : L47-48 « *Les patients s'expriment toujours de la même façon masque ou pas masque. Je n'ai pas cette sensation de muselière* ». Verveine : L87-88 « *Le jour où on nous dira de retirer nos masques ce sera libérateur ! Oui je me languis de pouvoir parler normalement* ». Nous rejoignons encore une fois les propos de Mira qui disait que les soignants démontrent une créativité malgré une pratique bousculée dans l'espérance aussi du retrait du masque et de pouvoir offrir une disponibilité aux personnes soignées. Le masque implique aussi un rôle spécifique du soignant du rappel à l'ordre qu'il n'a pas habituellement. Tournesol : L26 « *Je vois surtout qu'ils sont sans arrêt obligés de nous répéter de mettre le masque* ». Nénuphar : L237-234 « *ça nous demande plus d'effort pour cadrer ceux qu'ils ne veulent pas le mettre, avec encore une fois un rappel aux règles mais qu'on aurait dû faire avec d'autres support pour ces mêmes personnes je pense* ». Nénuphar : L29-33 « *on a quand même ceux qui sont dans la défiance, qui veulent toujours l'enlever et on leur dit qu'il*

faut le garder que nous aussi ça nous embête. C'est donc aussi une manière de ramener, du collectif dans le soin. C'est-à-dire que le masque, c'est pour protéger l'autre surtout, donc nous on joue là-dessus, on explique aux patients que c'est aussi pour protéger le reste du groupe, parce qu'ils sont en général en 6 et 8 par atelier ». Ce masque c'est aussi une réorganisation des soins, c'est faire preuve d'innovation dans les soins. Le terrain nous démontre bien que travailler avec un masque demande de travailler autrement. Le masque demande plus d'attention de la part des soignants, mais aussi plus d'efforts quitte à s'oublier parfois pour le bien des patients. Voyons ce que les patients ressentent lors des soins derrière ce masque.

6.3.2 Comment ressent-on le soin avec un masque ?

Porter un masque lorsque nous sommes un patient c'est rendre le quotidien encore plus compliqué. Coquelicot : L101-104 *« Nous avons des patients qui rencontrent des difficultés pour parler mais aussi des patient une aphasie au niveau de la compréhension ou bien encore qui inversent tous les mots et bien c'est super compliqué par ce qu'ils ne peuvent plus voir nos réactions sur nos visages du coup ça les embrouilles encore plus ».* Le masque pour un patient c'est aussi avoir cette sensation d'étouffement tout comme les soignants, mais c'est aussi voir ses habitudes de soins changer. Pavot : L69-73 *« en ce moment ça va mais le plus difficile c'est quand il y a les chaleurs, c'est comme si on étouffait sous les masques. Mais après les choses n'ont pas vraiment changé, mise à part qu'on fait plus d'activités dehors et qu'on amplifie peut-être plus nos gestes pour parler. En plus moi je suis d'origine italienne alors j'ai tendance à parler avec les mains donc j'avoue que moi ça m'aide pour communiquer ».* Porter le masque pour un patient c'est également se fatiguer, c'est aussi douloureux et cela demande du matériel supplémentaire quand celui-ci n'a pas que pour seule solution de le baisser pour pouvoir parler voire respirer. Tournesol : L117-118 *« Parler plus fort, enfin comme je peux, ma ceinture abdominale m'aide à augmenter mes capacités en appuyant sur mes abdominaux et sinon de baisser mon masque ».* Le masque a également une portée sur la dignité et le respect du patient, car celui-ci ne reconnaît même plus les personnes qui entre chez lui ou encore qui le voient nu. Ce masque a également une incidence sur l'image de soi. Tournesol : L108-114 *« Le port du masque m'oblige à parler fort mais au maximum de ses possibilités [...] j'en peu plus de ce masque, j'étouffe, ça me fatigue et il me fait mal aux oreilles, alors maintenant je fais en sorte d'attacher les élastiques derrière la tête. Et puis il me semble quand même important que tu sois capable de reconnaître les gens que tu soignes ou bien que tu puisses reconnaître les gens qui te soignes ! Le port du masque me gêne aussi pour l'image que je renvoie, j'ai l'impression*

de ressembler à rien ». Mais le port du masque pour un patient c'est aussi leur retirer l'essentiel qui fait le soin, ce qui lui fait du bien. C'est-à-dire que l'on a retiré aux patients notre chaleur, notre sourire et nos émotions. Pavot : L84-89 « *Le sourire des soignants me manque. Parce que c'est un peu pour ça que je vais au CATTP, c'est ça qui me fait du bien. C'est ce qui donne de la chaleur dans mon accompagnement. Aussi, c'est difficile au théâtre de jouer avec quelqu'un dont je ne peux pas percevoir les émotions sur son visage. C'est comme avec les soignants, échanger sans émotions c'est plus compliqué parce que c'est comme au tennis dans un échange on se renvoie quelque chose et là sans le bas du visage pour renvoyer une émotion c'est difficile* ». Nous pointons alors, le changement que le port du masque implique dans les soins pour un patient. Le masque bouscule leur quotidien, leurs repères. Le masque complique les soins qui leurs sont prodigués. Il efface le visage des soignants qui sont au plus proche de leur intimité. Être soigné par un soignant masqué, c'est recevoir des soins par l'inconnu. Il retire l'essentiel du soin pour un patient. Nous parlons d'humanité effacée par le masque. Pourtant, nous allons voir que ces mêmes soignants par le port du masque, peuvent faire preuve d'un véritable don artistique pour satisfaire les besoins et les désirs des patients et essayer malgré tout de préserver une qualité et une efficacité des soins.

6.3.3 Des artistes du soin

Être un soignant masqué c'est savoir montrer un sourire sans que le patient ne le voie. C'est se faire entendre et se faire comprendre avec un son de voix atténuée, des lèvres masquées face à des personnes qui vous comprennent en lisant sur les vôtres. Pâquerette : L26-28 « *si j'ai quelqu'un en face de moi qui à toutes ses facultés mentales, ça ne pose pas réellement problème. Après ça peut poser soucis quand on a des gens en face qui sont soit dément soit psychotique qui ont besoin en fait d'avoir une image en face* ». Pâquerette : L46-51 « *un résident qui sourd, ça crée avec lui beaucoup plus de difficultés parce qu'il ne peut pas lire nos expressions sur nos visages, il ne peut pas lire sur nos lèvres [...] cela va nous demander beaucoup plus de temps, on va devoir écrire, du coup je pense qu'on est un peu moins efficace ou peut-être pas un problème d'efficacité mais disons que c'est différent. [...] ça me demande plus de temps, de faire différemment, de réfléchir autrement* ». C'est aussi mettre en valeur le reste de son apparence pour arriver à transmettre une chaleur par les yeux comme nous le disait Mira mais aussi par le reste de son corps. Nénuphar et Lilas : L39-43 « *Je fais beaucoup de sourires et on ne les voit plus. Mais on le voit dans tes yeux* ». Verveine : L81-83 « *La seule chose en plus qu'ils voient de mon visage se sont mes yeux, alors j'avoue que depuis que l'on porte le masque*

j'ai accentué mon maquillage sur les yeux, je pense aussi que l'on accentue nos émotions avec les yeux ». Quassia : L124-132 « j'ai toujours fait attention à la façon dont je m'apprête pour aller rendre visite aux patients, même au niveau de mon visage, j'aime toujours mettre un peu de rouge à lèvres et c'est d'ailleurs quelque chose qu'ils apprécient mais là c'est fini. [...] notre apparence apporte un message important pour l'autre, c'est un moyen de leur donner de l'importance aussi. Et encore une fois, le sourire a une importance quand on entre chez la personne, lors d'un soin. Avec le sourire, on dit que nous sommes contentes d'être là, on rassure, on partage une émotion ». Nénuphar : 229-232 « une émotion ce n'est pas que le visage c'est aussi le corps. Donc avec le masque chirurgical je leur dis que là on va faire comme avec le masque blanc et que l'on travailler aussi le corps, la gestuelle, de transmettre les émotions différemment. Certains me disent qu'on ne les entend pas parce qu'ils ont le masque, alors je leur dis de parler plus fort ». Ce travail d'artiste est plus ou moins facile selon les soignants. Pâquerette : L74-76 « que ça me demande d'être plus attentive, de communiquer autrement que par la communication non-verbale du bas de mon visage, je travaille plus avec ma posture, mon attitude, mes gestes ». Verveine : L277-281 « j'ai toujours fait ça ! Je suis dans le secteur en plus où il y a le plus de personnes avec des troubles cognitifs, donc j'ai toujours utilisé ça quand les gens ne comprenaient pas. Le mimétisme, la traduction par le mouvement pour que la personne comprenne. J'ai toujours fait ça donc c'est assez naturel chez moi, donc le masque n'a pas vraiment changé les choses à ce niveau-là et ça fonctionne. C'est un moyen comme un autre pour communiquer ». Verveine : L31-36 « Du coup, ça me demande un effort pour bien articuler, ou alors j'essaie de me mettre à distance et je baisse mon masque parce que je me suis aperçue que les gens arrivent à lire sur les lèvres, mais bon pour ceux qui ont des handicaps aussi au niveau de la vue c'est encore plus compliqué, alors chacun a pu trouver ses repères comme il le pouvait par rapport à cette nouvelle situation et ce n'est pas quelque chose d'évident quand même parce qu'ils ont été pas habitué ». C'est alors aussi savoir transformer les contraintes en outil de travail. Être soignant masqué, c'est donc savoir transmettre ses émotions par d'autres vecteurs que les mimiques d'un visage. C'est savoir travailler comme un comédien porteur d'un masque neutre sur la scène du soin. Être soignant c'est savoir s'adapter. C'est donc ce qu'on fait tous ces soignants que nous avons écoutés nous raconter leur quotidien. Nénuphar : L92-94 « On se faisait plus de soucis avant de devoir travailler avec le masque et aujourd'hui on se rend compte qu'on se débrouille et qu'on y arrive quand même ». La créativité des soignants peut se palper également dans toutes les idées qu'ils ont pour pallier les difficultés

liées au masque. Nous pouvons relever l'utilisation de l'écriture notamment pour les personnes malentendantes. Relevons aussi, l'utilisation de masques personnalisés ou encore adaptés aux appareils auditifs de certains patients. Verveine : L48-50 « *parfois j'ai pris du papier, une fois une ardoise pour essayer de communiquer par écrit. En fait je pense qu'au fur et à mesure que l'on s'est adapté aux situations, nous avons trouvé les moyens* ». Quassia : L190-195 « *on a récupéré des masques pour les personnes qui portent des appareils auditifs, ce sont les masques qui s'attachent derrière la tête et non avec les élastiques derrière les oreilles. Ça parce que ça les gênait beaucoup et du coup ils ne mettaient plus les appareils donc le masque et l'absence des appareils c'était l'enfer. Je pense également dans ce que l'on fait depuis le port du masque, que je parle beaucoup plus avec mon attitude, mon corps, mes gestes, mes mains, mes yeux aussi* ». Un de nos sens est également mis en lumière par le port du masque, c'est celui du toucher pour pallier les difficultés de communication. Coquelicot : L193-198 « *je parle beaucoup plus fort en général, encore plus avec les patients sourds qui d'ailleurs avant pouvaient lire sur nos lèvres. Je m'approche plus aussi pour parler. Quand je souhaite faire ressentir des émotions, j'accentue plus mes mimiques comme le sourire. Et j'ajouterai aussi que je fonctionne beaucoup plus avec le toucher pour transmettre mes émotions avec les patients comme les familles pour les rassurer, être avec eux et essayer d'être empathique oui je trouve que le toucher marche bien* ». Soulevons que la vision des patients ne pointe pas vraiment la créativité des soignants voire appuie sur leur propre créativité. L'un des patients ressent plus de créativité et d'implication de sa part que de la part des soignants estimant que les soignants ont l'habitude de cet outil de travail. Pavot : L76-81 « *le masque demande plus d'implication et de créativité mais de la part des patients parce que les soignants ont déjà l'habitude. Mais un peu aussi de la part des soignants parce qu'on voit bien qu'ils fournissent des efforts pour qu'on ait des activités adaptées, ils prennent plus le temps parfois pour nous écouter, nous comprendre, ils nous ont beaucoup rassuré depuis le début de l'épidémie. D'ailleurs, malgré l'épidémie on a quand même un bon accompagnement et des activités intéressantes malgré le port du masque* ». Ce que soulève ce patient confirme totalement notre cadre de référence concernant l'avis des patients sur l'habitude des soignants face à cet outil de travail. Il met donc en évidence le déséquilibre entre soignant et soigné par le port du masque. Cependant il met aussi en valeur l'implication des soignants qui l'accompagnent majorée par le port du masque. Pavot : L93-95 « *qu'elle est peut-être là l'implication dans les soins, dans ce travail, la profondeur dans les soins, dans l'écoute et l'observation de l'autre que ce soit*

pour vous mais aussi pour nous ». En revanche, Tournesol montre un avis complètement différent sur la question et ne voit aucune créativité ou implication supplémentaire de la part des soignants. Tournesol : L121-124 « il est plus une source de difficultés. Au niveau de la créativité, la seule chose que j'ai pu observer ce sont les masques personnalisés pour Noël ou Halloween, donc en soi c'est aussi une implication dans les soins. Mais bon de parler vraiment d'implication et de créativité en plus dans les soins depuis le port du masque non ».

Cependant, les soignants démontrent également une implication supplémentaire liée au masque, notamment par le temps qu'ils consacrent pour être auprès des personnes dans ce besoin, afin de prendre le temps de les écouter, les entendre, les comprendre mais surtout les rassurer. Pâquerette : L82-87 « *plus d'implication puisque je passe plus de temps avec eux, je trouve d'autres idées pour communiquer correctement malgré le masque, je pense être encore plus attentive qu'avant aussi. [...] le masque est plus source d'implication et de créativité parce que ce n'est pas un handicap de travailler avec le masque, seulement parfois ça peut poser un problème dans la communication pour le soignant comme pour le patient, ça nous oblige donc à travailler différemment mais je ne le vois pas comme quelque chose de négatif* ». Coquelicot : L165-173 « *avec le masque je parle plus avec la gestuelle, j'essaie de faire ressentir des choses plus de cette façon-là. Mais je pense que même les patients ont appris à faire autrement. [...] on a eu beaucoup de patients positifs, alors entre la charlotte, le masque FFP2 et la surblouse, on a essayé de faire en sorte qu'ils n'aient pas le sentiment que c'étaient des pestiférés ou des choses comme ça ou encore de se sentir à l'écart. Donc j'essayais même si j'avais le masque de sourire pour qu'ils le voient au niveau des yeux* ». L'implication se ressent auprès des patients mais également auprès de leurs proches. Coquelicot : L193-198 « *je parle beaucoup plus fort en général, encore plus avec les patients sourds qui d'ailleurs avant pouvaient lire sur nos lèvres. Je m'approche plus aussi pour parler. Quand je souhaite faire ressentir des émotions, j'accentue plus mes mimiques comme le sourire. Et j'ajouterai aussi que je fonctionne beaucoup plus avec le toucher pour transmettre mes émotions avec les patients comme les familles pour les rassurer, être avec eux et essayer d'être empathique oui je trouve que le toucher marche bien* ».

Être soignant lorsque nous sommes masqués demandent alors une réflexion encore une fois collective, de l'innovation, un engagement certain et une implication mais encore une créativité digne d'un artiste comédien que les soignants ont du mal à réaliser même si quelques-uns d'entre eux l'expriment à demi-mot. Verveine : L244-257 « *Le masque a été plus une source*

de créativité c'est vrai dans mes soins. [...] Il a fallu trouver des solutions pour ceux pour qui c'était un problème. [...] Le masque a amené beaucoup de difficultés mais ces difficultés ont engendré des réflexions et tous ensemble encore une fois, pour trouver des réponses aux problèmes donc finalement le masque est plus sources d'implication et de créativité je pense. [...] On a appris à travailler autrement avec ce virus, je pense que si cela devait se reproduire avec une autre épidémie de grande ampleur comme celle-ci, on serait moins novice ».

Coquelicot : L208-2011 « au début de la pandémie c'était plus une source de difficultés. Là, au bout de plus de 2 ans, je dirai que c'est plus une source de créativité dans les soins puisqu'on a appris à faire avec. Et j'essaie toujours de faire au mieux pour les patients pour effectuer correctement mon travail donc c'est aussi de l'implication dans ce que je fais ».

Même si le masque tend à l'homogénéisation comme nous l'avait dit Novelli, les soignants ont su faire preuve d'adaptabilité comme nous l'énonçait le même auteur. Cependant, aucune des personnes interrogées ne le perçoit de la même façon que Chœur, c'est à dire tel un objet totalitaire qui réduit clairement sa liberté d'expression individuelle. Il demande en revanche, de revoir nos vecteurs de communication, nos codes de langage, ce qui engendre une implication et une créativité extraordinaire des soignants et rejoint les propos de Mira, même si les patients ne le perçoivent pas vraiment sous cet angle. Les patients sont peut-être trop impactés dans l'essence même du soin, l'organisation aussi de ce dernier, qu'ils ont du mal à voir et admettre ou ressentir cet élan d'innovation dans les soins. Un article concernant une étude exploratoire de la créativité dans les organisations semble intéressant malgré le fait qu'il ne parle pas directement des métiers du soin. Celui-ci confirme que l'implication, l'engagement, la créativité sont des qualités qui restent à souligner chez tous ces soignants car aujourd'hui nous sommes dans cette nouvelle culture du travail. Les deux auteurs de cet article nous expliquent que nous travaillons aujourd'hui dans une culture de la concurrence, du progrès où cette créativité représente un facteur de dynamisme, de croissance et d'image que nous pouvons relier à une structure soin. Nous pouvons retrouver ces capacités dans leur connaissance, leur intelligence, leur expérience, leurs efforts, leur intérêt et leur enthousiasme. C'est donc une flexibilité mêlée à leur originalité et sensibilité qui leur ont permis de trouver des idées pour continuer à soigner de façon masquée. (Mnisri.K-Nagati.H, 2012, p. 37). Mais pour rester au plus près de ce que le terrain nous a offert dans la totalité de ses données, voyons à présent ce que soignants et soignés nous ouvrent comme possibilité de réflexion de façon commune au-delà de la problématique du masque dans les soins.

6.4 Le temps pour prendre soin : un besoin partagé entre soignant et soigné.

Même si le masque impacte indéniablement les soins que nous prodiguons, une autre problématique est soulevée autant par les soignants que par les soignés. Le problème est celui du temps. Mais de quel temps parle-t-on ?

6.4.1 Le temps des soignants

Certains soignants évoquent une majoration du manque de temps depuis la mise en place des mesures barrières au sein des soins depuis l'épidémie du Covid 19. Coquelicot : L173-179 « *Je pense que la Covid a majoré aussi le manque de temps dans les soins. [...] je n'ai pas de temps, alors avec les patients positifs je dois mettre la tenue et la retirer, il y a plus de chose à faire qui font que ça demande encore plus de temps et c'est très compliqué de gérer le temps déjà à la base mais alors là c'est majoré. Du coup il y a des jours où on n'a pas l'impression de faire son travail correctement* ». La question du temps est visiblement importante dans les soins puisqu'elle a un impact sur la qualité des soins. Mais apparemment, la question du temps ne concerne pas seulement les mesures barrières que nous devons mettre en place depuis cette épidémie. Un temps nécessaire et supplémentaire auprès des personnes soignées réduit également le temps dont nous avons besoin pour d'autres soins. Pâquerette : L71 « *L'incidence est sur le temps que l'on prend à faire autrement dans nos interactions avec les résidents. Un temps que nous n'avons pas d'ailleurs* ». Concernant ce temps qu'ils n'ont pas en règle générale, d'autres soignants, peuvent témoigner de leur choix d'orientation professionnelle en fonction du temps. Quassia : L101-114 « *je trouve qu'il est plus facile à domicile de prendre soin que de faire des soins, que dans une structure. [...] J'ai l'avantage de pouvoir orienter mon travail comme je souhaite. Je peux prendre soin d'une personne comme je l'estime qu'il a besoin. Alors que si c'était juste faire un soin, pour moi ce serait de l'abatage. [...] Ce sont vraiment des personnes à part entière, alors qu'en service on voit bien que l'on sait le nom mais pas trop le reste* ». Cela signifie que de prendre le temps pourrait être un choix de la part du soignant. Mais l'infirmière soulève également que le temps peut dépendre de la structure dans laquelle nous choisissons de travailler. Nous soulevons donc l'importance du choix de direction, d'orientation, d'aspiration et donc le sens que le soignant souhaite mettre dans les soins qu'il prodigue, le sens même de sa profession qu'il peut concevoir. Alors comme le dirait notre cher Georges Brassens, quelque part « *le temps ne fait rien à l'affaire* ». C'est la

motivation du soignant qui colore ce qu'il offre aux patients qu'il accompagne. A demi-mot, elle met en lumière les conséquences que peut avoir le manque de temps dans les soins. Elle rejoint l'idée que le temps est nécessaire à la qualité des soins mais soulève également le risque de dérives par le manque de temps des soignants. Effectivement, lorsque nous nous penchons sur le quotidien d'un soignant en EHPAD et sur celui qui travaille en unité de psychiatrie, la notion de temps dans les soins n'est pas tout à fait la même. Le soignant en EHPAD ne paraît pas avoir d'autres choix que d'enchaîner les soins, à un rythme effréné afin de pouvoir offrir des soins à chaque résident. D'ailleurs, cette même soignante exprime également un autre problème vécu durant notamment la première vague, celle de la continuité des soins. Quassia : L211-219 « *le plus gros souci que j'ai eu dans mes prises en charge depuis la pandémie ce n'est pas le port du masque. Nous avons beaucoup de patients atteints de cancers et pour nous il y a eu un gros impact dans leur suivi, avec des reports d'intervention, ou encore des patients avec une hémoglobine trop basse avec un besoin de transfusion qui avec le tri des patients notamment durant la 1ère vague ont été dramatiquement impacté. Alors, le masque a un impact indéniable sur le soin relationnel mais ce tri nous a mis à la limite du risque vital de nos patients, alors on ne les aurait pas perdus du Covid mais bon, je trouve ça tellement absurde. Dans la panique de la pandémie, c'est comme si le bon sens même des choses avait été perdu !* » Si nous prenons du recul face à ses propos, nous pouvons comprendre qu'il est question du temps encore une fois. Nous étions sur un événement nouveau, face à l'inconnu. Le système de soin a donc eu besoin d'un temps d'adaptation. Cependant, nous remarquons que ce temps a été pris au détriment de ces patients. Nous pouvons également soulever qu'il est question étroitement de la notion d'organisation dans les soins. Le système de soin s'est organisé à mettre en priorité les personnes touchées par le Covid au détriment des autres urgences médicales. Nous revenons donc à notre cadre de référence concernant la justice dans les soins. Effectivement, nous prenons soin des patients mais nous ne pouvons pas tout donner à l'un et léser l'autre. L'équilibre serait en parti lorsque la tierce personne apparaît. Mais durant cette première vague, le temps et la place a été donné pratiquement en totalité aux personnes atteintes du Covid en laissant de côté l'urgence vitale d'autres personnes. C'est donc un manque de temps qui peut conduire à l'absurdité de notre organisation et qui peut alors nous faire perdre le sens même de nos actions. C'est pourquoi nous pouvons appuyer sur le fait que le temps est en étroite cohésion avec la qualité des soins que nous prodiguons car le sens de nos actions se retrouve dans l'une des notions les plus importantes abordée dans notre réflexion, celle du

prendre soin. Cependant, malgré le respect que nous portons à Georges Brassens, si nous nous appuyons sur les propos précédents de Verveine nous pouvons imaginer que le temps fait aussi son affaire. Le temps pour un soignant, c'est aussi le temps d'apprendre, de maîtriser, de savoir s'organiser. Nous pouvons alors imaginer que grâce au temps, viendra l'expérience du soignant, qui lui permettra de maîtriser ses actes techniques, son organisation des soins, son travail en équipe et sa collaboration. Le temps pourra donc éventuellement offrir à un soignant la possibilité de pouvoir prendre le temps. Si le temps semble important à la qualité des soins, voyons ce que représente le temps pour un patient.

6.4.2 Le temps des patients

Ce virus semble avoir réduit le temps également dans le ressenti des patients. Tournesol : L50-53 « *Après ce que le masque a changé dans les soins, c'est surtout le temps que les soignants passent avec nous. Il a diminué. Et malheureusement déjà que les infirmières n'ont pas assez de temps pour nous et bien ce temps-là est encore plus restreint depuis l'épidémie* ». Ce manque de temps n'est semble-t-il pas ressenti seulement depuis l'épidémie. Un temps qui est évoqué comme un besoin de leur part. Si l'on s'appuie sur les précédents propos que Tournesol a pu tenir notamment concernant ce qui faisait pour lui la qualité dans les soins, nous pouvons imaginer que c'est un besoin pour les patients pour que l'on puisse prendre soin d'eux, pour échanger, pour se sentir bien, pour leur moral. Un temps qui permet de passer parfois de la solitude à la présence humaine. Le temps peut alors parfois paraître trop long lorsque le patient attend le soignant. Un temps qui va aussi peut-être colorer le reste de la journée de ces personnes. Soulevons, que la qualité des soins passe essentiellement pour ces patients interrogés par le sourire des soignants, leur bonne humeur. Ajoutons que pour des patients comme Pavot, le temps peut permettre également de faire connaissance avec les soignants, de se laisser parfois apprivoiser. Pavot : L34-35 « *Après, avec le temps j'apprends à les connaître autrement mais ce n'est pas pareil. Je préfère ceux que je connaissais avant sans le masque* ». Il existe alors une qualité dans le temps que peuvent donner les soignants, puisque le temps sert également à les rassurer, répondre à leurs questions. Certains patients ont donc besoin de plus de temps que d'autres. Ce besoin dépend visiblement de l'histoire de chacun, de leur personnalité, de leur état de santé actuel, mais aussi du contexte. Un temps finalement pour se sentir considéré, reconnu, respecté voire exister. La qualité du temps que nous donnons dépend alors de ce que l'on met dans notre présence, de notre réelle disponibilité dans ces moments, dans un temps personnalisé pour chacun mais aussi dans l'intérêt, l'attention, la reconnaissance que nous leur

portons. Nous comprenons que le manque de temps peut alors limiter la relation soignant-soigné.

Tournesol met en lumière une autre problématique concernant le temps dans les soins. Il nous fait comprendre que le temps est aussi important pour les patients que pour les soignants. Le manque de temps pour les patients réduirait la qualité des soins. Mais le manque de temps serait aussi pour les soignants une source d'épuisement. Le temps serait donc un moyen de prévenir le burn-out des soignants. Tournesol : L126-130 « *j'aimerais que les soignants arrêtent de prendre le masque ou le COVID comme excuse au manque de temps pour soigner correctement les personnes. [...] Ils en ont besoin autant que nous de temps. De prendre plus le temps limiterait les Burn out aussi je pense. Finalement depuis l'épidémie c'est plus le temps réduit des soins qui m'impacte que le masque je crois* ». Nous comprenons que le manque de temps a un réel impact sur la santé des personnes qu'elles soient soignantes ou patientes. Ce temps peut paraître trop court, parfois trop long pour certains. Mais dans tous les cas, le temps semble être une problématique réelle qui mène à une souffrance commune mais pour des raisons différentes.

6.4.3 Réflexion sur le temps

Grâce aux données que nous offrent les différentes personnes interrogées sur le terrain, il est visiblement important de réfléchir sur la notion du temps dans les soins notamment parce que de celle-ci dépend la qualité de ces derniers. Nous travaillons ensemble dans l'intérêt de chaque patients et Tournesol et Pavot nous ont offert quelques pistes de réflexion pour comprendre le rapport au temps qu'ils peuvent ressentir. Il semble important de souligner que notre rapport au temps est différent entre soignant et soigné. En majorité les soignants manquent de temps et courent après le temps alors que les patients trouvent le temps long en notre absence mais le trouve trop court en notre présence. Nous sommes ici dans une impasse car l'écart entre l'offre et la demande est clairement palpable.

Cependant, si nous allons au-delà des propos de ces personnes, nous pouvons se dire que la notion de temps est propre à chacun. Imaginons la notion de temps d'une personne Alzheimer qui a perdu les repères spatio-temporels et celle d'une personne en fin de vie ou encore un enfant, nous pouvons comprendre que le temps est une affaire personnelle et bien différente pour ces trois personnes. Pourtant, ces patients auront besoin de temps de la part des soignants pour être rassurés, écoutés ou encore être accompagnés. Effectivement si nous n'avons plus la notion du temps, nous avons besoin d'aide pour pouvoir se repérer, mais aussi pour animer le

temps, donner du sens au temps qui passe. Une personne en fin de vie, en soins palliatifs ou encore qui est sur le point d'apprendre une maladie incurable aura besoin de temps pour comprendre, entendre, accepter, réfléchir, s'exprimer ou encore pleurer. Elle aura peut-être besoin aussi de temps pour être seule, ou être en famille ou se poser la question du temps qui lui reste. Le temps est différent également pour chaque soignant. Le temps d'un soignant en psychiatrie et d'un soignant en EHPAD ou encore en service d'oncologie est incomparable. Relevons que l'objectif de soin ne l'est pas non plus. L'infirmier en psychiatrie devra réaliser en général beaucoup moins d'actes techniques qu'un infirmier en service d'oncologie par exemple. C'est une différence qui change le quotidien d'un soignant car l'infirmier pourra en psychiatrie utiliser plus de son temps pour offrir un soin relationnel au patient. Mais se pose ici une question, car si le soin technique et le soin relationnel sont indispensables, nous avons dit plus haut que l'un ne va pas sans l'autre. L'infirmier en oncologie devrait alors pouvoir faire les deux en même temps. Mais notons, que le temps que prend les actes techniques réduit non pas le temps du soin relationnel directement, mais le temps passé avec chacun des patients. Ce qui est comparable au quotidien d'un infirmier en EHPAD, non pas parce que celui-ci aura beaucoup de soins techniques à réaliser, mais parce que le nombre de résidents est largement plus conséquent que dans n'importe quel autre service de soins. Un nombre de résidents qui influence le rythme de travail de ces soignants qui accompagnent pourtant des personnes fragiles et vulnérables qui nécessitent indéniablement de temps. Notons que la question du manque de temps dans les EHPAD est une question des plus actuelle. Face à une population vieillissante, la prise en charge des personnes âgées dans les EHPAD est au cœur des débats malheureusement en lien avec les dérives existantes. Nous pointons du doigt aujourd'hui la maltraitance en EHPAD notamment depuis la sortie du livre de Castanet qui dénonce les pratiques dans les EHPAD et notamment le groupe ORPEA. (Castanet.V, 2022). Nous pouvons soulever ce débat actuel car le manque de temps est en grande partie responsable de l'accélération de la perte d'autonomie des résidents et d'autres dérives. Il semble dans ce même sens intéressant de soulever que dans les unités de soins palliatifs souvent les soignants peuvent se permettre de prendre plus de temps avec chaque patient car le nombre de patient est incontestablement réduit. Mais ce nombre de patients dans ces unités spécifiques correspondent également à une vision, un objectif, une direction, un sens, une philosophie et une éthique de soin partagée par une équipe entière notamment avec les médecins. Les prises en soins en unité de soins palliatifs reposent plus clairement sur la qualité que sur la quantité et pourtant être

soignant en soins palliatifs nécessite des compétences certaines pour la maîtrise de soins techniques mais également sur la formation d'accompagnement en soins palliatifs. Cette formation marque peut-être aussi l'intention de cette spécificité et explique aussi que ces soignants peuvent considérer que prendre soin c'est aussi savoir prendre le temps et que les conditions de travail de ces équipes sont faites de telle sorte qu'ils puissent le faire. En revanche, les personnes soignées ont aussi besoin de temps avant d'approcher la fin de leur vie.

Nous pouvons aussi nous demander ce que les soignants considèrent comme un temps de soin. Est-ce qu'ils considèrent être payé pour réaliser tous les actes techniques à faire et leurs tâches réalisées ? Est-ce que passer du temps auprès de la personne soignée pour l'écouter tout simplement est considéré comme notre part de travail dans une journée ? La priorité pour une institution est-elle d'avoir des soignants qui ont réalisé toutes leurs tâches à la fin de la journée, ou bien des soignants auprès des personnes soignées ? Nous pouvons nous poser toutes ces questions, parce que le cœur du problème du temps est aussi là. Finalement, prendre du temps pour la personne soignée est-il considéré comme du soin par l'institution ? Ce temps-là est-il rentable pour cette dernière ? Soulignons que lorsque la direction voit un soignant assis dans un salon d'un EHPAD discuté avec un résident, elle pose souvent la question de ce que le soignant est en train de faire, ou si celle-ci trouve un soignant dehors à promener dans le jardin avec l'un d'entre eux, ou encore si une équipe de soignants est en train de discuter autour d'un café. Pourtant, cette discussion autour d'un café est peut-être nécessaire soit pour recharger les batteries des soignants pour être encore plus à l'attention des résidents ensuite, ou encore nécessaire pour discuter d'un soin, d'une matinée, d'une organisation, d'une problématique et donc nécessaire à la qualité des soins.

Il y a autre chose dont les personnes interrogées nous ont pas parlé concernant le temps mais que nous pouvons tout à fait vivre au quotidien sur le terrain. Les infirmiers ont une grande part administrative aujourd'hui à réaliser. Nous pouvons penser aux temps que nous prend de faire toutes nos transmissions écrites, les commandes que nous réalisons pour la pharmacie, toute la part administrative à chaque admission de patient, ou encore les démarches concernant les dotations, les protocoles etc... Toute une part administrative du travail infirmier liée aux procédures pourtant, concernant la qualité des soins du système de santé dans l'intérêt du patient et de sa prise en charge mais qui réduit le temps passer auprès du patient lui-même. C'est une part du travail qui prend parfois tellement de temps et de place, qu'il est à se demander si c'est la logistique qui dépend du soin ou si c'est le soin qui répond à la logistique sous prétexte de

répondre aux critères de qualité. Les soignants manquent de temps et les patients en ont besoin, c'est un constat. D'ailleurs j'ai bien souvent remercié les personnes interrogées pour le temps qu'ils m'ont accordé pour réaliser ces entretiens, soit parce que cela avait pris du temps, soit parce qu'ils n'avaient le temps et parce que ce temps qu'ils m'ont offert était en plus de leur temps de travail. Mais le temps que nous n'accordons pas aux personnes soignées aujourd'hui, l'auront-ils encore demain ? Car le problème du temps fait partie de notre condition humaine, mais l'est d'autant plus légitime pour certains des patients que nous sommes amenés à accompagner sans savoir comme nous le chante la voix de Serge Reggiani « *le temps qui reste* » dont je vous laisse le soin d'écouter grâce à la référence mise en bibliographie. (Reggiani.S, 2008). Alors, savoir gérer son temps est peut-être une affaire d'expérience dans le soin et demandera peut-être du temps pour savoir prendre le temps et en faire de multiples moments de qualité dans nos journées. Un temps que nous devons moduler, personnaliser et adapter pour chacune des personnes soignées. Un temps nécessaire à chacun, soignant et soigné, pour différentes raisons mais dont la fin se rejoint, celle de la qualité des soins. Nous allons pouvoir à présent, mettre en lumière la confrontation de notre cadre de référence aux ressentis du terrain.

7 Problématisation et question centrale de recherche

7.1 Questionnements et confrontation

Au travers de l'analyse des entretiens réalisés, nous avons effectué une interprétation des données et déjà engagé la discussion en vue de notre problématisation afin de pouvoir donner du sens à l'ensemble de notre travail. Notre intérêt dans cette partie est d'entrer dans un processus qui nous permettra de passer de notre question de départ à une hypothèse de recherche ou une question de recherche. Par différentes étapes nous allons donc entrer dans l'exploration des possibles et des choix qui s'offrent à nous.

Nous pouvons d'ores et déjà noter que le ressenti autant des soignants que des soignés sur le terrain s'accorde avec nos lectures concernant le masque et la relation soignant-soigné. Effectivement, cette dernière est touchée de plein fouet par le port du masque car communiquer de façon masquée s'avère très compliqué. Mais cette relation nécessitant d'autres vecteurs pour fonctionner, comme celui du paralangage qui la complète et l'enrichi sont également impactés. Car le terrain souligne nos lectures en nous faisant comprendre que cette relation et les

difficultés liées au masque sont aussi en lien avec le contexte qui l'accompagne et à la singularité de chacune des personnes soignées. Les conséquences se font alors davantage ressentir de façon catastrophique chez les personnes les plus fragiles et vulnérables. Le masque engendre des difficultés de communication verbale et non verbale, il majore les difficultés chez les personnes qui nécessitent particulièrement de relation d'aide, de confiance et d'alliance thérapeutique liées à leur pathologie mais aussi leur personnalité et leur histoire singulière. Si les patients nous expliquent ressentir une asymétrie dans la relation soignant-soigné déjà sans le port du masque, les soignants eux confirment les écrits que nous avons pu lire concernant la majoration de celle-ci par ce dernier. Tous enrichissent notre réflexion en nous faisant remarquer que le masque n'est pas le seul vecteur possible, mais que le reste d'une tenue de soignant peut majorer cette asymétrie. En effet, la blouse blanche à elle seule est hautement symbolique et peut créer cette asymétrie dans le soin. C'est alors un élément comme nous avons pu le voir qui peut être réfléchi et travaillé ensemble et mener à la décision de quitter la blouse soit pour travailler en soins à domicile soit pour travailler en psychiatrie afin de travailler en civile. Mais nous pouvons également penser à réfléchir à travailler autrement, pour que la blouse ne soit pas un obstacle à la relation comme les soignants le font aujourd'hui avec le masque. Notons qu'il ressort dans cette partie une divergence entre soignants concernant la vulnérabilité. Zielinski nous faisait entendre que la vulnérabilité pouvait être un atout dans la relation et offrir une certaine égalité à l'intérieur de celle-ci. Cependant, lorsque nous croisons les données nous remarquons que les deux infirmières de l'EHPAD ne sont pas d'accord avec cette idée. La vulnérabilité commune aurait pu être le masque, mais ici, notons que les deux soignantes travaillent auprès de personnes âgées et c'est ce qui les différencie des autres soignants interrogés. Alors nous pouvons nous questionner sur la nature de la vulnérabilité de la personne âgée ou encore sur la nature de la relation même que les soignants ont en EHPAD avec les résidents. Est-ce que la différence est là ? Est-ce la différence d'âge entre soignant et soigné qui provoque cet écart ou bien la nature des soins ou encore l'objectif des soins en EHPAD qui mènent à ce déséquilibre ?

Mais si la relation soignant-soigné est impactée par le port du masque c'est par conséquent une qualité des soins qui est touchée. Les soignants font effectivement la distinction entre faire des soins et prendre soin. Ils s'accordent à dire que ces deux qualités sont indispensables à la qualité des soins. Notre cadre de référence est alors en accord avec l'expérience du terrain. C'est un équilibre entre deux qualités des soins indispensable à la santé et au bien-être des patients

qu'eux même confirment, voire choisissent l'un plus que l'autre. En effet, le prendre soin semble plus important que tout dans le quotidien des personnes soignées et davantage depuis la pandémie. Si de leur état dépend parfois les actes techniques, il semble beaucoup efficace ne serait-ce qu'un sourire, un mot, une attitude, un geste, un moment de partage, d'attention et d'écoute. La qualité et l'efficacité des soins semblent alors avoir été impactées par le masque car le temps des soins techniques a pris le dessus sur le temps auprès des patients depuis la Covid 19. Elles sont touchées aussi indirectement parce que le masque touche également à la communication en équipe. Un travail d'équipe qui est censé offrir les meilleurs résultats possibles de prise en soins, mais le virus touche également à l'organisation des soins et la continuité de ces derniers et conduit même parfois à l'absurdité dans les choix qui sont faits. Pourtant les soignants ne le reconnaissent qu'à demi-mot. La qualité et l'efficacité des soins prodigués sont peut-être le reflet du soignant que l'on est ou que l'on a à cœur d'être. Cette baisse de la qualité liée au masque semble alors être une souffrance commune entre soignants et soignés. Les patients le perçoivent d'ailleurs comme si nous leur avions retiré l'essentiel du soin, le sourire des soignants, la chaleur du soin, voire l'humanité, parfois même comme si nous avions retiré le respect et la dignité dans nos soins. Le masque aurait alors effacé le sens de nos actions.

Et pourtant, être soignant avec un masque semble être un exercice artistique. Ces différents infirmiers ont dû faire preuve d'engagement, d'implication et de créativité pour savoir soigner avec un masque. Ce sont aujourd'hui de vrais artistes du soin qui comme un comédien caché par un masque neutre, savent communiquer grâce à leur ton de voix modifié, adapté, plus marqué parfois. Ce sont des soignants qui aujourd'hui transmettent des émotions par les yeux, les mains voire leur corps entier. Ce sont également des traits de maquillage supplémentaires que les infirmières ont dessinés sur leurs yeux pour apporter de la chaleur, de la gaieté et leur personnalité. Ce sont aussi des soignants qui s'engagent en restant plus longtemps pour entendre, écouter et comprendre les personnes. Ils démontrent également une implication remarquable afin d'adapter les journées, les ateliers. Car soigner avec un masque c'est parfois semble-t-il savoir le retirer au bon moment, ou bien de soigner en extérieur, ou encore de soigner en écrivant. C'est aussi parfois le transformer en outil de travail. Soigner avec un masque c'est aussi faire attention au masque des patients, remarquer s'il est propre, sale, adapté. C'est aussi acheter des masques personnalisés, colorés ou encore transformés pour égayer les journées particulières. Ce masque semble intolérant au soin, mais cette vague artistique nous

fait comprendre qu'il est possible de faire avec, à condition de faire preuve de motivation, d'engagement, d'implication et de créativité. Effectivement comme nous l'avons remarqué dans nos articles, les soignants ont dû s'adapter, ils ont donc fait preuve de flexibilité avec chacun leur propre sensibilité et c'est une qualité recherchée aujourd'hui dans la plupart des entreprises.

En croisant nos données, nous avons pu enrichir et étayer notre analyse. Notons que les concepts abordés dans notre cadre de référence semblent pertinents en-vue des réponses que nous ont offerts les soignants et les patients. La méthode des entretiens a porté ses fruits ce qui nous mène à penser qu'elle s'est montrée adaptée à notre recherche.

7.2 Cheminement vers la question centrale de recherche

Nous pouvons remarquer que notre échantillon de personnes écoutées est restreint mais reste intéressant car il nous a permis grâce à sa richesse, une confrontation au cadre de référence mais aussi tout un questionnement qui va nous permettre à présent de faire évoluer notre question de départ. Celle que nous avons choisi était : « **Comment l'engagement et l'art du soin des soignants permettent-ils aux professionnels de mener une démarche de prendre soin efficiente lorsqu'ils portent un masque de soins ?** »

Le terrain nous offre un panel d'avis sur la question et nous a permis d'enrichir nos connaissances concernant le sujet du masque dans les soins, mais aussi tout le travail de recherche réalisé jusque-là.

Finalement, ce n'est pas une réponse à notre question que les personnes nous ont donné mais plutôt une compréhension du phénomène. Car l'engagement, l'implication et la créativité des soignants ne semblent pas atteindre les résultats attendus si l'on s'appuie sur les dires des patients interrogés. Ces personnes soignées semblent percevoir plus d'efforts de leur côté que de celui des soignants ou encore considèrent l'implication et la créativité des soignants comme encore à faire. Nous sommes donc face à des soignants engagés, impliqués et créatifs mais dont l'efficience de leur démarche de prendre soin ne semble pas avoir atteint les résultats souhaités malgré les ressources utilisées. Se pose une question qui rejoint une idée d'ouverture que le terrain nous offre, les soignants vont-ils s'épuiser si leur démarche ne se montre pas efficiente ? Tous s'accordent à dire « vivement que l'on retire ce masque ! », mais pourquoi ? Parce qu'ils ne se reconnaissent pas ? Parce que le visage est trop important pour le monde du soin ? Parce

que nous avons perdu l'humanité dans les soins ? Les soignants commencent-ils à baisser les bras et derrière ce masque qui peut cacher leur épuisement ?

Allons plus loin dans notre réflexion, le terrain confirme que le masque impact davantage les personnes les plus fragiles et vulnérables et autant les soignants que les patients s'accordent à dire que le temps est aussi une problématique dans les soins. Les soignants s'épuisent-ils plus rapidement lorsqu'ils travaillent en EHPAD ? Nous remarquons encore une fois, que ce sont les personnes les plus fragiles et vulnérables comme les patients atteints de pathologies chroniques, en soins palliatifs, en fin de vie ou encore les personnes âgées et démentes qui ont besoin davantage de temps. Ainsi, si nous en revenons à la mise en évidence des propos de Pâquerette et Verveine et de notre analyse croisée qui en découle, la vulnérabilité commune et considérée comme atout à la relation est notamment contredit par les soignantes en EHPAD. Si nous laissons le masque de côté, cette vulnérabilité est alors peut-être différente chez la personne âgée. Si l'écart d'âge est en lien avec cette impossibilité de faire de la vulnérabilité un atout à la relation, c'est peut-être finalement une question de représentation de la vieillesse. Car si l'écart d'âge entre les soignants et les soignés en EHPAD est remarquable, nous pouvons souligner que les soignants peuvent avoir du mal à imaginer ce que les résidents ressentent à cette étape de la vie. Notons, que bien souvent les soignants en EHPAD sont relativement jeunes. Alors sont-ils assez armés de l'expérience de la vie pour pouvoir reconnaître la détresse d'une personne âgée ? Dans cet écart des générations, est-il possible alors pour les soignants de donner du sens à ce qu'ils font ? Remarquons également, que si le manque de temps semble être le point commun de tous les soignants et des patients, le nombre de résidents, les objectifs de soin et le rythme de travail pour les infirmières en EHPAD n'est pas comparable à celui des autres soignants interrogés. Pourtant, le masque majore le besoin de temps des personnes âgées dans les soins mais c'est un problème tout à fait présent sans le port du masque où les conséquences se voient mis à la une des journaux aujourd'hui. Une notion du temps qui semble tellement importante pour la personne âgée. Les seuls repères du temps qui restent dans la journée de ces personnes seront les repas, ou encore les moments des temps considérés comme « sieste », ou les moments de « toilette » ou de « change » ou les animations. Ces différents temps comprennent différentes ambiances et les soignants jouent un rôle clé dans cette ambiance, car l'altérité est dite comme un facteur clé de l'ambiance. Le soignant va susciter dans ces moments des ressentis aux différents résidents, ce qui d'ailleurs va être vécu comme stimulant ou contraignant par la personne âgée. Maisondieu relève dans son interview qu'en

tendant de les stimuler nous risquons de les persécuter. Nous pourrions même les « *enfoncer* » encore plus vite. (Chevalier.G, 2003, p. 31). Il semblerait que le prendre soin soit quelque peu inaccessible en maison de retraite. Nous sommes face à des personnes qui vivent un véritable changement de statut dans la société, une perte d'identité sociale et qui n'ont pas forcément les ressources pour s'adapter à un autre changement de situation, ou bien à qui nous ne donnons pas les moyens d'avoir les ressources pour pouvoir s'adapter. Il est à noter d'ailleurs, que certaines de ces personnes sont à la retraite sans retraite acceptable. D'autre part, ces personnes se sentent inutiles parce que considérées par notre société comme telles. C'est peut-être notre représentation de la vieillesse qui mène à cette approche organique. D'ailleurs, cette conception pathologique de la vieillesse mène à une prise en charge protocolarisée de nos aînés. Nous avons fait des EHPAD, un sous hôpital où l'on généralise tout, où l'on protocolise tout, tout y est presque standardisé. Nous manquons ici peut-être à notre réflexion dans l'oubli de la singularité de chacun au moment de l'un des virages essentiels de la vie de l'Homme. La personne disparaît ainsi derrière ses symptômes. Dans les institutions, il faut reconnaître un manque de personnel et des conditions de travail regrettables. Il est soulevé dans les articles des dossiers du psychologue les rigidités organisationnelles de celles-ci, le jeune âge des soignants dans cette confrontation au grand âge, à la dépendance, à la démence et à la mort qui engendrent des pratiques menant souvent à l'infantilisation de la personne âgée que l'on peut mettre sur la méconnaissance des soignants ou bien sur leurs mécanismes de défense pour contrer l'angoisse ou la souffrance. (Pellissier, 2003). Cependant, la vulnérabilité est universelle, nous sommes tous vulnérables et celle-ci est potentielle, singulière et réversible. En outre, elle n'est pas forcément réversible pour la personne âgée, celle-ci n'a peut-être pas les ressources nécessaires à la réversibilité de la vulnérabilité. Effectivement, la personne âgée subit une fragilité et une dépendance, Brodiez-Dolino le décrit dans son article comme une « *vulnérabilité complexe* » qui provient du champ du handicap. Mais si le terme vulnérabilité contient la notion de fêlure, l'auteure réfléchit sur l'idée de prévention de la vulnérabilité. (Brodiez-Dolino.A, 2016, p. 1). Parce que si la vulnérabilité implique la notion de ressources, elle peut être source de culpabilité pour celui qui ne les a pas. Ainsi, nous pouvons nous demander si ce n'est pas la société ou l'institution même, qui crée la vulnérabilité voire la fragilité jusqu'à la dépendance des personnes âgées sans penser à la prévenir. (Brodiez-Dolino.A, 2016, p. 7). Ainsi, malgré une image publicitaire qui fait parfois rêver se cache derrière cette devanture une réalité parfois

poignante. Mais nous pouvons se demander, en-vue des conditions de travail des soignants en maison de retraite, s'il est possible de prendre soin.

Posons-nous peut-être la question de ce qui se cache non pas derrière le masque mais derrière les murs de ces institutions. Les élections présidentielles aujourd'hui réalisées, le sujet du financement pour les personnes âgées et le système des EHPAD doit être au cœur du débat au vue de l'espérance de vie qui a doublé. Certes, il paraît indispensable que les contrôles nécessitent d'être plus nombreux et permanents car aujourd'hui ils sont trop rares et préparés. Face au doigt pointé sur des groupes comme ORPEA, des familles et des soignants parlent, nous oublions encore une fois la parole du principal intéressé, la personne âgée. (Castanet.V, 2022). Cela nous amène à la question de nos représentations de la vieillesse dans les soins. Le risque étant d'être incapable de s'identifier à eux, à les considérées comme des personnes défectueuses ce qui tend vers un eugénisme dans une société quelque peu capitaliste. Une représentation qui tend vers la culpabilité des personnes âgées d'être en trop et qui aujourd'hui subissent une restriction des soins, une restriction budgétaire alors que l'on peut atténuer cette souffrance psychologique en leur témoignant leur importance avec une restauration de leur sentiment de valeur. Il nous faut donc trouver les leviers affectifs, ce qui signifie trouver un petit lien authentique.

Une balade en forêt qui nous mène après toutes ces étapes, à nous poser la question centrale de recherche suivante : « **En quoi le phénomène du refus de vieillissement par notre société participe-t-il à la vulnérabilité de la personne âgée ?** ».

Conclusion

Nous arrivons au terme de cette balade en forêt. C'est un cheminement qui a démarré à partir d'une situation d'appel dans laquelle Mr P. a fait une demande, celle de baisser mon masque. Nous avons donc fait tomber ce dernier pour aller rechercher au travers de lectures en quoi le masque fait-il obstacle à la communication et quelles en sont les répercussions sur la relation soignant-soigné ? Une question provisoire qui nous a porté vers l'approfondissement de notre réflexion concernant la communication, la relation soignant-soigné et ses enjeux mais aussi le masque notamment celui que nous portons aujourd'hui lors des soins. Les auteurs nous ont guidé vers une question définitive avant que l'on puisse partir explorer notre recherche sur le terrain qui est celle de savoir comment l'engagement et l'art du soin des soignants permettent-ils aux professionnels de mener une démarche de prendre soin efficiente lorsqu'ils portent un masque de soins ? Les soignants et les patients ont alors davantage enrichi notre travail de recherche grâce à leurs ressentis, leurs vérités et la réalité du terrain qu'ils nous ont fait partager. Toutes ces personnes interrogées nous ont offert la possibilité de mettre en lumière les raisons pour lesquelles le masque touche à la relation soignant-soigné ainsi qu'à la qualité et l'efficacité des soins tout en soulignant notre cadre conceptuel. Mais le terrain nous dévoile également avec authenticité ce que le masque appelle en plus chez ces soignants : la capacité individuelle de flexibilité et la sensibilité de chacun d'entre eux. Une ouverture à nos lectures qui offre une vision positive malgré les conséquences du masque notamment sur le concept du prendre soin, car ce sont des soignants qui ont dû apprendre à devenir de véritables artistes du soin et créer chacun son intelligence soignante singulière. Le terrain nous laisse penser que le masque pourrait améliorer nos pratiques aujourd'hui mais également les améliorer davantage demain.

Notre phase exploratoire a ouvert également notre réflexion à d'autres problématiques que vivent les soignants et les patients telles que le manque de temps. Une notion qui semble encore une fois singulière à chacun, à chaque contexte et à chaque histoire. Notre réflexion sur le temps nous a projeté vers une ouverture qui fait la une de l'actualité et que Castanet pointe du doigt en dénonçant la dérive des pratiques de certains soignants travaillant pour des groupes comme ORPEA. (Castanet.V, 2022). Cette actualité touche de plein fouet la vérité des conditions de vie de la personne âgée notamment dans le contexte particulier de l'institutionnalisation. Nous élargissons alors notre sujet à celui de la représentation de la vieillesse que Simone de Beauvoir

a déjà réfléchi dans son ouvrage qui décrit cette dernière comme une condamnation à la misère, aux taudis, aux infirmités, à la solitude et au désespoir. (De-Beauvoir.S, 1970). Une ouverture qui nous mène jusqu'à se demander en quoi notre représentation de la vieillesse influence la vulnérabilité de la personne âgée.

Cependant, si la personne âgée est en souffrance, les soignants qui l'accompagne semblent l'être également. Ainsi, si nous avons compris que le prendre soin a toute son importance, il est peut-être tout aussi important de prendre soin de soi pour aller vers l'autre. Deux infirmières, Poletti et Dobbs, nous tendent alors la main en nous proposant de cheminer vers la voie du coquelicot afin que cela ne soit ni un devoir, ni une charge, ni une obligation morale, ni une profession mais une joie, une occasion de partager, de recevoir et de donner. (Poletti.R, 2010, p. 64). Prendre soin de soi serait s'écouter, écouter ce qui vit au fond de nous-même et découvrir la flamme qui a besoin d'être nourrie, entretenue par la beauté, la créativité, le partage, la nature, la musique, la lecture, le silence ou encore l'amour.

Voici donc la dernière fleur que je cueille pour vous à cette étape de notre cheminement : Le Coquelicot.

« Pourquoi le coquelicot ? Parce que cette fleur est frêle et vulnérable et pourtant, elle se tient droite, dressée vers le ciel. Elle est d'une couleur intense, elle est pleinement elle-même. Elle fleurit partout où ses graines se posent, du champ de blé au perrier, des bords de la route à la profondeur des grandes prairies. Elle est capable de trouver ce qui lui faut dans la terre où elle s'enracine, elle n'a pas besoin d'arrosage ni d'engrais, elle accueille les pluies du ciel. Elle ne craint pas le soleil ni l'aridité. Elle embellit n'importe quel lieu où elle fleurit. Elle sait s'effacer lorsqu'elle a donné ce qu'elle était appelée à donner. C'est pourquoi nous vous invitons à considérer cette 'voie du coquelicot', apte à prendre soin de vous et à prendre soin des autres ». (Poletti.R, 2010, p. 17).

Bibliographie

- ARC, F. (2021, Janvier). Les soins palliatifs en cancérologie. 34. (S. p. Fin de vie, Éd.) Villejuif, France/ île de France: Centr'imprim.
- Benchelah.A-C. (2016, Septembre 16). *Visages de Levinas*. Récupéré sur Memento par dyptique Paris: <http://www.diptiqueparis-memento.com/fr/visages-levinas/>
- Bioy.A, B. N. (2013). *Communication soignant-soigné: Repère et pratiques*. Saint Germain du Puy: Bréal.
- Bourdieu.P. (1982). *Ce que parler veut dire: l'économie des échanges linguistiques*. Paris : Fayard.
- Brodiez-Dolino.A. (2016, février 11). Le concept de vulnérabilité. *La vie des idées*, p. 8. Récupéré sur <https://laviedesidees.fr/Le-concept-de-vulnerabilite.html>
- Calvignac.C. (2020, Décembre 12). Que change le port du masque dans la relation soignant-soigné? *Sciences Humaines*.
- Camus.A. (1972). *La peste*. Gallimard.
- Castanet.V. (2022). *Les fossoyeurs*. Fayard.
- Chalon-A. (2001). *L'équilibration*. Consulté le Avril 03, 2022, sur http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2001.allier_a&part=35861
- Chevalier.G, M. (2003, janvier). Le ressort secret de la démence. *La recherche*, pp. 30-33.
- Choeur.A. (2020, Juillet 31). *Le symbolisme du masque*. Récupéré sur JePense.org: <https://www.jepense.org/symbolisme-du-masque/>
- De-Beauvoir.S. (1970). *La vieillesse*. Gallimard.
- Forcioli.P. (2020, Novembre). *En quoi le "port du masque" a-t-il modifié les rapports humains dans les soins à l'hôpital?* Récupéré sur Managersanté.com: <https://managersante.com/2020/11/02/en-quoi-le-port-du-masque-a-t-il-modifie-les-rapports-humains-dans-les-soins-a-lhopital-pascal-forcioli-apporte-son-retour-dexperience-a-lepsm>

- Fournier, M. (2011, 01 18). Durkheim, Mauss et Bourdieu : une filiation ? *Revue du Mauss*, 2(36), pp. 473-482. Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-du-mauss-2010-2-page-473.htm>
- Furstenberg.C. (2011, Décembre). La clé des soins relationnels: la sollicitude en chemin du domicile. *Recherche en soins infirmiers*, 4(107), p. 76 à 82.
- Hesbeen.W. (2002). *Prendre soin à l'hôpital, Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris: Masson.
- Hesbeen.W. (2012, octobre 16). Les soignants. L'écriture, la recherche, la formation. *Le soignant, les soins et le soin*, 176. Seli Arslan.
- Hochmann-J. (2012, octobre 29). Quartiers livres avec Jacques Hochmann. (R. D, Intervieweur) Quartiers livres. Lyon.
- Khammar.L-Hadjadj.EP. (2018/2019). Cours 3: Relation soignant/soigné. *1 ère année de médecine*. (F. d. 3, Éd.) Algérie. Consulté le février 25, 2022
- Lacan.J. (1953). *Le symbolique, l'imaginaire et le réel*. Bulletin interne de l'Association française de psychanalyse.
- Lévinas.E. (1990). *Totalité et infini*. Paris: Livre de poche.
- Mazaux.J-M, D.-B. P.-D. (2018). *Communiquer malgré l'aphasie*. Montpellier: Sauramps Medical.
- Menaut-H. (2009, Janvier). Les soins relationnels existent-ils? *VST- Vie sociale et traitements*(101), pp. 78-83.
- Mira.L. (2021, janvier-février). Au-dessus du masque, des yeux qui parlent. (E. Masson, Éd.) *Soins aides-soignantes*(98), pp. 22-23.
- Mnisri.K-Nagati.H. (2012, février). Une étude exploratoire de la créativité dans les organisations. *Questions de management*(1), pp. 37-57. Récupéré sur <https://doi.org/10.3917/qdm.122.0037>
- Novelli.E. (2020, Mai 27). *Le masque : entre le soin et la tentation autoritaire*. Récupéré sur La pause philo, des réflexion en action: <http://lapausephilo.fr/2020/05/27/le-masque-soin-tentation-autoritaire-visage-foucault/>

- Pellissier, J. (2003). *La nuit, tous les vieux sont gris*. Bibliophane/Daniel Radford.
- Phaneuf.M. (2011). *La relation soignant-soigné: L'accompagnement thérapeutique*. Montréal: Chenelière Éducation.
- Phaneuf.M. (2016, Mars). L'alliance thérapeutique comme instrument de soins. (Prendresoin.org). Récupéré sur <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2016/03/Lalliance-therapeutique-comme-instrument-de-soins.pdf>
- Phillipart.J-S. (2020, Mai 29). Le masque défigure t-il réellement nos rapports à autrui? *Libération*.
- Piveteau-D. (2009, Février). Soigner ou prendre soin? La place éthique et politique d'un nouveau champs de protection sociale. *Laennec*, 57, pp. 19-30.
- Poletti.R, D. (2010). *Philosophie du coquelicot, Prendre soin de soi pour prendre soin de l'autre*. Saint-Julien-en-Genevois: Jouvence.
- Reggiani.S (2008). Le temps qui reste [Enregistré par Reggiani.S]. Récupéré sur <https://youtu.be/6jFWeri2uHU>
- Salomé.J. (1999). *Apprivoiser la tendresse*. J'ai lu.
- Schaller.R. (1989). Ecouter et accompagner. (pp. 12-22). Lyon: L'association JALMALV.
- Strauss.L. (1950). *Introduction par Claude Lévi-Strauss de Marcel Mauss, Sociologie et anthropologie*. PUF.
- Svandra.P. (2011, décembre). Le soin sous tension? *Recherche en soins infirmiers*(107), pp. 23-37.
- Svandra.P. (2016, Mars). Repenser l'éthique avec Paul Ricoeur. Le soin: entre responsabilité, sollicitude et justice. *Recherche en soins infirmiers*, 1(124), pp. 19-27.
- Svandra.P. (2018, Avril 26). Introduction à la pensée d'E.Lévinas. Le soin ou l'irréductible inquiétude d'une responsabilité infinie. *Recherche en soins infirmiers*, 1(132), pp. 91-98.
- Sznicer.K. (2022). Ce que parler veut dire de Pierre Bourdieu. *Résumer sur Digest*. (U. P. Laval, Éd.) Québec.

- Van-Reeth.A. (2015, Mai 26). *Bac Philo 2015, 2ème session (2/4) : Explication : Emmanuel Levinas, "Ethique et infini"*. Récupéré sur France Culture: <https://www.franceculture.fr/emissions/les-nouveaux-chemins-de-la-connaissance/bac-philo-2015-2eme-session-24-explication>
- Verdon.C. (2012). La nature, les conditions et les limites de la relation infirmière/soigné selon la notion d'intersubjectivité chez Gabriel Marcel. Québec: Université Laval.
- Verdon.C, L. B. (2013, Septembre). Relation et communication: une différence conceptuelle pouvant influencer l'exercice infirmier par le lien infirmière/soigné. *Recherche en soins infirmiers*, 3(144), p. 92.
- Zielinski.A. (2011, février). La vulnérabilité dans la relation de soin "Fonds commun d'humanité". *Cahiers philosophiques*(125), pp. 89-106.

Table des matières des annexes

Annexe 1 : Matrices des grilles d'entretiens	I
<i><u>Matrice de la grille d'entretien des soignant</u></i>	<i><u>I</u></i>
<i><u>Matrice de la grille d'entretien des patients</u></i>	<i><u>II</u></i>
Annexe 2 : Autorisations des établissements.....	IV
Annexe 3 : Retranscriptions des entretiens.....	VIII
<i><u>Entretien avec les infirmiers.....</u></i>	<i><u>VIII</u></i>
<i>Entretien avec Lilas et Nénuphar</i>	<i>VIII</i>
<i>Entretien avec Pâquerette</i>	<i>XV</i>
<i>Entretien avec Verveine</i>	<i>XVIII</i>
<i>Entretien avec Quassia</i>	<i>XXV</i>
<i>Entretien avec Coquelicot</i>	<i>XXXI</i>
<i><u>Entretiens avec les patients</u></i>	<i><u>XXXVII</u></i>
<i>Entretien avec Pavot</i>	<i>XXXVII</i>
<i>Entretien avec Tournesol</i>	<i>XL</i>
Annexe 4 : Tableaux d'analyse verticale des entretiens.....	XLIV
<i><u>Analyse verticale des entretiens avec les soignants.....</u></i>	<i><u>XLIV</u></i>
<i><u>Analyse verticale des entretiens avec les patients</u></i>	<i><u>LXIII</u></i>
Annexe 5 : Tableaux d'analyse horizontale des entretiens	LXX
<i><u>Analyse horizontale des entretiens avec les soignants.....</u></i>	<i><u>LXX</u></i>
<i><u>Analyse horizontale des entretiens avec les patients</u></i>	<i><u>LXXIV</u></i>
Annexe 6 : Tableau d'analyse croisée des entretiens avec les soignants et les patients	LXXVII
Annexe 7 : Illustration de la balade.....	LXXX
Annexe 8 : Autorisation de diffusion.....	LXXX

Annexe 1 : Matrices des grilles d'entretiens

Matrice de la grille d'entretien des soignants

Thèmes	Ce que je veux savoir	Questions	Questions de relance
Présentation	Établir un bon climat Recueillir les informations sur le soignant nécessaires à l'analyse (Novice/expert)	Pouvez-vous vous présenter ? (Prénom, année de diplôme, parcours professionnel, ancienneté dans le service)	
Masque et relation soignant-soigné	La perception personnelle du soignant de l'incidence éventuelle du masque sur la relation soignant-soigné	Le masque est-il source de difficultés pour vous dans les soins ? Si oui, quelles sont-elles ? Qu'en est-il pour les patients d'après vous ? Le masque a-t-il des répercussions sur la communication ? Sur la compréhension ? Avez-vous plus de difficultés à entrer en relation avec les patients avec le masque ? Le masque engendre-t-il pour vous des conséquences sur la relation de confiance avec les patients ? Le masque a-t-il une répercussion sur l'asymétrie de la relation soignant-soigné ?	Pensez-vous que le masque a une incidence sur la relation soignant-soigné que vous avez avec les patients ?
Faire des soins et prendre soin	Si le prendre soin est indispensable à la qualité et l'efficacité du soin.	Y a-t-il une différence entre faire du soin et prendre soin pour vous ? Qu'estimez-vous faire au quotidien et pourquoi ? Qu'est-ce que change le prendre soin dans la prise en charge pour vous ? Le masque a-t-il une incidence dans vos démarches de soins ? Est-ce que pour vous, le prendre soin nécessite un travail d'équipe ?	Pensez-vous que le masque a une incidence sur l'efficacité de vos prises en soin ?

		Le masque change-t-il votre travail en équipe ? Estimez-vous avoir préservé une qualité des soins avec le port du masque ?	
Masque et soins	Si le masque est majoritairement une source de difficultés ou d'implication et de créativité supplémentaire	Quelles sont les choses qui ont changé depuis le port du masque dans les soins pour vous ? Comment prenez-vous soin avec un masque ? Quelles sont vos difficultés et celles des patients ? Le port du masque vous demande-t-il plus d'efforts, d'idées ou de nouvelles mises en place dans vos soins ?	Le masque vous demande-t-il plus d'implication ou de créativité dans les soins ?
Ouverture	Savoir si le soignant aurait autre chose à exprimer concernant le port du masque dans les soins à laquelle je n'aurai pas pensé.	Avez-vous envie d'ajouter autre chose à cet entretien concernant le masque dans les soins ?	

Matrice de la grille d'entretien des patients

Thème	Ce que je veux savoir	Questions	Questions de relance
Présentation	Établir un bon climat Recueillir les informations sur le soignant nécessaires à l'analyse (Novice/expert).	Pouvez-vous vous présenter ? (Prénom, structure de soins dans laquelle il est pris en charge, motif de cette prise en soin, depuis combien de temps ?)	
Masque et relation soignant-soigné	La perception personnelle du patient de l'incidence éventuelle du masque sur la relation soignant-soigné.	Le masque est-il source de difficulté pour vous dans les soins ? Quand est-il pour les soignants d'après-vous ? Le masque a-t-il des répercussions sur la communication entre vous et les soignants ? En a-t-il sur votre compréhension dans les soins ?	Pensez-vous que le port du masque a une incidence sur la relation que vous avez avec les soignants ?

		Pensez-vous avoir plus de difficultés dans la relation avec les soignants depuis le port du masque ? Le masque engendre-t-il des répercussions sur la confiance que vous pouvez accorder aux soignants ? Ressentez-vous une asymétrie dans vos relation soignant-soigné ? si oui, est-elle plus importante depuis le port du masque ?	
Faire des soins et prendre soin	La perception que le patient a de la qualité des soins avec le port du masque	Pour vous, qu'est-ce qui fait des soins de qualité ? Ressentez-vous que le port du masque se répercute sur la qualité des soins ?	Estimez-vous que le masque ait une incidence sur l'efficacité de votre prise en soin ?
Masque et soins	Si le patient perçoit des changements dans la prise en soin avec le port du masque.	Le port du masque vous demande-t-il de faire les choses différemment dans les soins ? Est-il source de difficultés pour vous ? Qu'est-ce qui vous aide ou vous aiderait selon vous pour pallier les difficultés liées au masque dans les soins ?	D'après-vous, le masque est -il d'avantage source de difficultés ou d'implication et de créativité dans les soins ?
Ouverture	Savoir si le patient a autre chose à exprimer concernant le port du masque dans les soins à laquelle je n'aurai pas pensé.	Avez-vous envie d'ajouter quelque chose à cet entretien concernant le masque dans les soins ?	

Annexe 2 : Autorisations des établissements



Groupement d'Intérêt Public des
Établissements de Santé d'Avignon
& du Pays de Vaucluse



RÉGION
SUD
PROVENCE
ALPES
CÔTE D'AZUR

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Me CORTES Élodie
Étudiante en soins infirmiers

À la Direction des Soins



Avignon, le 23 janvier 2022

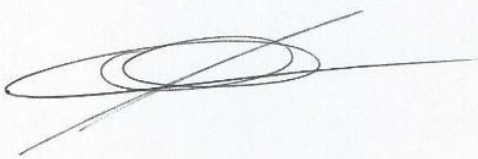
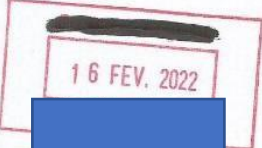
Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser un entretien dans votre établissement auprès d'un(e) infirmier(e) dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est : le masque dans les soins.

Ma question inaugurale est :
Qu'est-ce que le masque a changé dans votre prise en soins avec les patients ?

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.



*favorable
à l'entretien*

Etablissement Régional de Formation des Professions Paramédicales - GIPES d'Avignon et du Pays de Vaucluse

Mme [REDACTED]

Avignon le 4/02/2022

Cadre de sante [REDACTED]

Mademoiselle

En tant que cadre de santé au CHM, je suis particulièrement intéressée par la thématique de votre travail de recherche.

Je vous propose un entretien avec un de nos patients qui pourra au mieux répondre à votre questionnaire « sur la relation soignant /soigné » en terme de communication altérée ou non depuis le port du masque rendu obligatoire.

Son ressenti, sachant que ce patient participe aussi aux activités théâtrales de « l'autre scène » du CHM, ne pourra qu'enrichir votre réflexion et peut être vous apporter un regard au plus près de la communication, du soin malgré ce qui n'est pas une évidence, une nouvelle barrière lié à la situation sanitaire.

Cordialement

[REDACTED] 

Assigné 8/21 22

Je soussigné DR [REDACTED],
autorise Mlle ELODIE CORTES a
rencontrer l'équipe de "[REDACTED]"
dans le cadre de son travail
de recherche.



A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'C' followed by a vertical line.

15/02/2022

[REDACTED]
[REDACTED]
DIRECTION DES SOINS

[REDACTED]
Générale des Soins

à

Madame CORTES Élodie
[REDACTED]

Nos Réf : **KR/CF/2022**
Vos Réf : **votre courrier du 10 février 2022**

Avignon,
le 3 mars 2022

Objet : **TFE**

Madame,

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

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

Je vous demanderai de bien vouloir prendre contact avec :

- [REDACTED], Cadre de Santé de Neurologie au [REDACTED]

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

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes sincères salutations.

La Directrice Coordinatrice Générale des Soins

[REDACTED]

[REDACTED]

Annexe 3 : Retranscriptions des entretiens

Entretien avec les infirmiers

Entretien avec Lilas et Nénuphar

- 1 Élodie : Je vous laisse vous présenter.
- 2 Lilas : Et bien moi je suis Lilas, je suis infirmière, je suis arrivée dans cette unité il y a 5 mois
3 et je suis là une fois par semaine.
- 4 E : d'accord. Du coup, vous êtes diplômée depuis combien de temps ?
- 5 L : depuis 2008.
- 6 Nénuphar : Moi je suis Nénuphar, je suis infirmier depuis 13 ans dans cette unité mais ça fait
7 15 ans que je suis diplômé.
- 8 E : ok. Nous allons pouvoir commencer les questions. La 1^{ère} question que je vais vous poser
9 c'est si le masque est source de difficultés pour vous dans les soins.
- 10 N : heu C'est assez subtil, parce que j'aurai tendance à dire que pas vraiment, ce n'est pas
11 vraiment une source de complication dans le soin, mais un peu quand même. Waou super
12 réponse ! (Rires).
- 13 E : Alors qu'elles sont les difficultés ?
- 14 N : En fait, (...) déjà il y a un truc spécifique au théâtre, nous on s'est demandé comment on
15 allait faire, parce qu'on travaille avec le visage, les émotions, avec la voix en fait on travaille
16 avec tout ça et là on a la moitié du visage qui est caché quoi. Et bon de toute façon on n'a pas
17 le choix on va faire avec. (...) il faut savoir qu'au théâtre parfois on travaille avec de vrais
18 masques qui prennent tout le visage et il faut arriver à transmettre une émotion avec les
19 masques. Mais c'est un exercice et là on s'est dit c'est un exercice que l'on va avoir un moment
20 avec le masque chirurgical. Mais en fait ça force presque dans le jeu à accentuer les émotions
21 pour que cela passe à travers les yeux. Donc en fait, on s'en est servi, ou plutôt on s'est
22 débrouillé. Mais en termes de théâtre pur ici, ça été une contrainte au début mais on s'y est fait
23 et on travaille quand même les émotions et en fait du coup ça force à transmettre beaucoup plus
24 d'émotions par le haut du visage. Après il nous manque quand même le bas (rires). Mais ça, je
25 pense que c'est avec la spécificité de chez nous. Après, avec les patients, moi ce que j'ai pu
26 remarquer, c'est que (...), il y a beaucoup de patients qui nous font confiance, qui acceptent les
27 règles ici. Nous n'avons personne sous contrainte et qui remet en cause tout ça, donc en général
28 tout le monde respecte le port du masque. Après c'est que dans le lot on a quand même ceux
29 qui sont dans la défiance, qui veulent toujours l'enlever et on leur dit qu'il faut le garder que
30 nous aussi ça nous embête. C'est donc aussi une manière de ramener, du collectif dans le soin.
31 C'est-à-dire que le masque, c'est pour protéger l'autre surtout, donc nous on joue là-dessus, on
32 explique aux patients que c'est aussi pour protéger le reste du groupe, parce qu'ils sont en
33 général en 6 et 8 par atelier. Le travail de relation en psychiatrie est essentiel. Le rapport à
34 l'autre, penser à l'autre. Chose qui pour un psychotique par exemple n'est pas évident. Donc le
35 masque a presque été un outil à des moments.
- 36 E : Donc finalement vous vous êtes servis de ce masque comme outil de travail ? C'est super.

37 N : Oui, à certains moments, mais ça reste une contrainte, mais on se débrouille avec.

38 E : Et vous, que pensez-vous de tout ça, comment vivez-vous ce port du masque dans les soins ?

39 L : Ah moi ma grande difficulté, c'est que moi je fais beaucoup de sourires et on ne les voit
40 plus. Et pour moi, c'est un gros problème.

41 N : mais on le voit dans tes yeux !

42 L : oui mais bon ce n'est pas pareil. (Rires) peut-être que pour les soignants qui font « la
43 gueule » c'est bien de porter le masque (rires).

44 E : du coup, ce que vous relevez des difficultés des patients, c'est parfois pour certains de devoir
45 garder le masque ? Y a-t-il d'autres difficultés pour les patients que vous avez pu observer ?
46 Est-ce que le port du masque majore certaines difficultés pour les patients ?

47 N : les patients s'expriment toujours de la même façon, masque ou pas masque. Je n'ai pas cette
48 sensation de muselière. Mais il y en a qui peuvent se cacher derrière le masque. Je pense à une
49 de nos patientes, elle est très timide avec un versant un peu dépressif, alors forcément (...) ça
50 fait comme s'il y avait un filtre en plus. Il y en a qui se « planquent » derrière et du coup il y en
51 a pour qui c'est bien d'avoir un masque, c'est comme si certains préfèrent porter le masque.
52 Comme pour le confinement, il y a certains patients qui ont du mal à sortir de chez eux et donc
53 certains patients pour le confinement c'était super. Alors ce n'est pas bien en termes de soin
54 parce que ça ne les stimule pas mais il y en a, ça les a arrangés.

55 E : ok, vous souhaitez ajouter quelque chose Lilas au niveau des difficultés que vous avez pu
56 observer chez les patients ?

57 L : non, pour moi le port du masque n'empêche pas les patients de communiquer.

58 E : D'accord, et dans la compréhension des patients, de ce que vous souhaitez transmettre,
59 échanger, partager, ça ne vous a pas posé plus de difficultés de porter le masque ?

60 (...)

61 L : Pour moi, ne pas voir le visage de la personne à qui je parle et que la personne ne voit pas
62 mon visage en entier (soupir), ça n'empêche pas la communication on n'est bien d'accord, mais
63 quand même je trouve que ça met une barrière.

64 N : Oui et puis en termes de surveillances et de diagnostic, (...), une bouche pincée, ça peut
65 être des signes d'angoisse, quelqu'un qui se mordille les lèvres, forcément ça cache un petit peu
66 les symptômes. Il y a aussi un peu de ça je trouve. Parce qu'au-delà de la communication, ici
67 on a quand même un rôle de surveillance, car les patients ici sont stabilisés mais ça ne veut pas
68 dire qu'ils ne peuvent pas, je ne sais pas moi, avoir des effets secondaires d'un traitement
69 comme une sécheresse buccale. Il y a des choses que l'on peut moins observer derrière le
70 masque alors qu'ici on a un gros travail de surveillance et d'observation. Mais bon ce n'est pas
71 impossible non plus et il se passe beaucoup de choses dans les yeux.

72 L : moi je dis quand on va enlever les masques, on aura encore plus de subtilité dans notre
73 observation.

74 (Rires)

75 E : J'aurai souhaité savoir également, pour les nouveaux patients qui ne vous ont jamais vus
76 sans masque est-ce qu'il est plus difficile d'entrer en relation ?

77 N : Effectivement, le mercredi après-midi on a beaucoup de nouveaux patients, et donc on a
78 beaucoup de personnes dont on ne connaît pas le visage et vice et versa. D'ailleurs nous avons
79 une patiente qui nous a demandé plusieurs fois de baisser nos masques pour voir nos visages.

80 E : c'est quelque chose qu'on vous demande souvent de baisser le masque ?

81 N : pas souvent mais quand on nous le demande c'est important. Ces quelques patients, l'ont
82 demandé à l'étudiante, à nous, aux autres participants parce qu'ils ont besoin de voir la personne
83 dans sa globalité. C'est normal, je pense que quand une personne en face porte un masque on
84 projette tellement le reste du visage, on construit avec ce que l'on peut voir ici, et parfois on est
85 surpris lorsque l'on découvre cette partie que l'on n'a jamais vue.

86 L : Moi j'essaie de montrer mon visage quand c'est la 1^{ère} fois qu'un patient me rencontre. Et
87 puis, moi j'ai un avantage, c'est que je suis fumeuse. Du coup, le masque étant baissé à ce
88 moment-là me permet de connaître le visage de tous les fumeurs. Et d'ailleurs la pause cigarette
89 et souvent la meilleure façon de mener des entretiens en psychiatrie.

90 E : très bien. Pour clôturer cette 1^{ère} série de questions, je vous pose la question de savoir si
91 pour vous le masque a une incidence sur votre relation soignant-soigné.

92 N : Il a eu une incidence oui, mais c'est moins catastrophique qu'au début. En fait on se faisait
93 plus de soucis avant de devoir travailler avec le masque et aujourd'hui on se rend compte qu'on
94 se débrouille et qu'on y arrive quand même.

95 E : Super. Je vais ajouter une question car nous sommes sur une partie spécifique à la relation
96 soignant-soigné. Nous parlons souvent d'asymétrie dans la relation de soin, est-ce que pour
97 vous le masque a des répercussions sur celle-ci ?

98 N : aie aie aie ! tu veux parler du côté toute puissance du soignant ! Eh bien là, nous rentrons
99 dans quelque chose d'essentiel qui se fait ici, déjà nous n'avons pas de blouse, on travaille en
100 civil, comme les patients. Ensuite, nous ici on les appelle les participants, pas les patients. Et
101 en plus, on joue avec eux sur scène que ce soit aux ateliers ou pour les projets festival. Et le fait
102 de jouer avec eux, fait qu'on est tous comédiens. On est tous d'égal à égal sur la scène, soumis
103 aux mêmes règles de mise en scène, quand les metteurs en scène nous dirigent, ils dirigent de
104 la même manière un patient qu'un soignant. Le but chez nous, c'est qu'il n'y ait pas cette
105 asymétrie, parce que sur scène on est tous dans la même galère. Ça montre aussi qu'on est tous
106 humain, qu'il y a des choses qu'on n'arrive pas à faire, il y a des jours où on est moins bien, on
107 a nos humeurs, on n'arrive pas à se concentrer parfois. Moi, il y des textes que je galère parfois
108 à apprendre et quand eux me voit galérer, ils se disent : « ah mais en fait c'est normal, ça
109 demande un effort, c'est difficile en fait ». Du coup ça « dédiabolise » le fait de ne pas y arriver,
110 ils se disent qu'en fait c'est normal de ne pas y arriver tout de suite, qu'en fait ça demande du
111 temps et du travail et arrive à surmonter cet effort qu'il faut fournir et se rendent compte que
112 c'est normal et que c'est humain. C'est pour ça qu'on essaie d'être d'égal à égal avec les
113 patients. Après ça reste un lieu de psychothérapie, ils nous ont repérés, ils demandent des
114 entretiens. Donc nous sommes repérés comme équipe soignante, mais on ne se met pas au-
115 dessus d'eux.

116 E : l'asymétrie est donc quelque chose de très travaillée chez vous, et le masque n'a rien changé
117 alors à ce niveau ?

118 N : non pour moi, le masque ne change pas grand-chose là-dedans et en plus ici nous portons
 119 tous le masque. Au contraire, on est tous dans cette même galère. Du coup c'est « chiant » pour
 120 tout le monde. Pour moi ce qui se joue plus, c'est le rapport aux règles. On doit répéter de mettre
 121 le masque correctement à certaines personnes, mais ce sont des personnes avec qui ça pourrait
 122 être le masque ou autre chose, on est ici dans la défiance des règles.

123 E : vous voulez ajouter quelque chose Lilas ?

124 L : Oui moi c'est exactement pour ça que je suis là, pour le travail d'égal à égal.

125 E : Bien, on relève alors des difficultés autant pour les soignants que pour les participants dans
 126 la relation avec le port du masque, mais finalement vous avez trouvé des choses pour pallier
 127 ces difficultés si je reformule, pour pouvoir préserver votre communication, vos échanges et
 128 votre travail en commun.

129 N : tout à fait, c'est ça.

130 E : Maintenant nous allons passer à une autre partie de mes questions, où je souhaiterai savoir
 131 si pour vous il y a une différence entre faire des soins et prendre soin.

132 (...)

133 N : tu veux commencer ?

134 L : j'essaie de me définir ce qu'est faire du soin déjà.

135 N : oui, le faire du soin me fait bizarre, on n'est pas dans une fabrique à fabriquer quelque
 136 chose. Faire du soin ? (...) Prendre soin oui, heu..., faire du soin c'est quoi ? Faire pour faire ?
 137 ...

138 E : N'avez-vous jamais entendu une infirmière en dehors d'une unité comme la vôtre prendre
 139 son chariot de soins et dire : « je vais aller faire mes soins » ?

140 N : ah oui ! ça y est j'ai compris.

141 E : ok alors, où est pour vous la différence et faites-vous une différence entre les deux ?

142 L : Je n'ai pas envie de faire la différence moi. Parce que quand on parle de soins, prendre soin,
 143 faire du soin, fabriquer du soin, on est là tous pour faire la même chose finalement. Donc moi,
 144 je ne fais pas de différence entre les deux.

145 E : ok.

146 N : non pour moi ça met une composante, comme s'il y avait l'acte et la rencontre. Moi ça
 147 m'évoque ça. Parce qu'on peut par exemple faire le tour des chambres sans prendre soin et on
 148 peut faire des soins si par exemple on a un Lovenox® à faire, ou changer une perfusion ou faire
 149 une prise de sang, on peut le faire mécaniquement, faire le geste sans forcément prendre soin
 150 de la personne. Dans le prendre soin il y a une dimension de rencontre, de respect, de la
 151 singularité d'autrui, c'est la rencontre avec l'individu. Dans le prendre soin, la notion
 152 d'empathie entre, on est touché par la personne et on va vers elle, donc on va prendre soin
 153 d'elle. Faire du soin, on peut faire sa prise de sang, ne pas lui parler et partir. Nous ici, on est
 154 en psychiatrie et on travaille avec le relationnel, je pense que c'est pour cela qu'on se retrouve
 155 en, difficulté avec cette question.

156 E : cela signifie que vous estimez faire ici, plus du prendre soin ?

157 N : et bien on a une dimension technique, parce qu' on prépare les ateliers, on va les penser, on
158 se demande ce qu'il va se jouer pour le patient, donc il y a quelque chose de technique puisque
159 l'on pense les ateliers, on recherche aussi les textes en fonction des patients etc... heu... c'est
160 dur... mais tout ça avec bienveillance, avec empathie, faire en sorte de ne pas le mettre en
161 difficulté, trouver le juste milieu entre l'effort que ça va lui demander et sans le mettre en échec
162 et donc on est obligé de prendre compte la personne en tant qu'individu, donc pour moi là on
163 rentre dans le prendre soin. Mais en psychiatrie on est obligé de prendre en compte l'individu,
164 on ne peut pas faire un geste technique sans prendre en compte l'individu. Ne serait-ce que dans
165 le toucher, je ne sais pas moi, une personne psychotique et une personne névrosée on ne va pas
166 agir de la même manière. Cela veut dire qu'il faut comprendre comment entrer en relation avec
167 la personne parce que ça ne sera pas la même approche si elle est psychotique, névrosée ou état
168 limite. Je me perds un peu là (Rires)

169 L : pour moi on ne peut pas prendre soin sans faire des soins mais on peut faire des soins sans
170 prendre soin. Mais du coup pour répondre à votre question pour moi ici on prend soin et on fait
171 des soins parce que l'on prend soin des personnes.

172 E : ok, et pour vous qu'est-ce que change le prendre soin dans vos prises en charge ?

173 N : pour nous ça ne change rien. C'est notre façon de travailler. Mais pour moi, le prendre soin
174 sert à ce que le patient se sente considéré. Chez une personne narcissique par exemple, se sentir
175 considéré fait partie du soin. Mais c'est difficile parce que je n'ai pas de point de comparaison.

176 E : je ne sais pas imaginez-vous en psychiatrie, vous avez une prescription d'une IM pour un
177 patient, que faites-vous ? un soin ? du prendre soin ? les deux ?

178 N : et bien il faut faire les 2, je fais le soin, mais en étant en contact avec la personne, il faut lui
179 parler, il faut le rassurer, lui demander s'il a des questions, s'il est anxieux... on est obligé de
180 faire les soins en prenant soin de la personne et donc en considérant la personne. D'ailleurs, ça
181 me rappelle une situation quand je travaillais en intra-hospitalier, il y avait un patient très stressé
182 pour ses injections et ses prises de sang et il y avait que moi qui lui faisais en fait et c'était vu
183 avec l'équipe, si j'étais là, c'est moi qui le faisais. Le soin était donc pensé de la manière le
184 moins anxiogène pour le patient. La demande avait été verbalisée par le patient et c'est une
185 manière d'adapter et de prendre en compte la parole du patient et là on est plutôt dans le prendre
186 soin mais on fait le soin quand même.

187 E : ok, super. Et dans vos préparations d'ateliers, votre travail avec les participants ici, est-ce
188 que le masque change votre démarche soin, votre réflexion, vos choix ?

189 N : J'ai envie de dire que non. Mais je n'en suis pas si sûre de ça. On a plus eu besoin de
190 réadapter ce qu'on leur proposait quand on nous a limité dans le nombre de personnes par
191 groupe, on nous a même imposé de faire des séances de théâtre en individuel et dans ce cas on
192 a vite fait le tour. Le théâtre c'est un travail groupal. Ça nous a donc plus demandé de se
193 réinventer par rapport à ça que par rapport au masque. Je ne me suis pas dit « ah ils ont le
194 masque je ne peux pas faire cet exercice », je me suis dit : « on le fait quand même ». Donc
195 perso, pour moi ça n'a pas changé nos démarches. Et le masque leur demande de pousser la
196 voix et bien ils le feront, s'il leur impose d'être plus expressifs et bien ils devront l'être, et puis
197 on voit leurs yeux qui se plissent. Il y a quand même quelque chose qui passe. Donc dans les
198 exercices et ce qui leur est demandé en séance, j'aurai tendance à dire que c'est la même chose
199 que s'ils n'avaient pas de masque. Donc pour nous c'est plus la question du nombre de
200 personnes qui nous force à réadapter ce que l'on propose que le masque.

201 E : d'accord. On reste sur la partie du prendre soin et faire des soins. Est-ce que pour vous le
202 travail en équipe est nécessaire pour prendre soin ?

203 N : oui bien sûr. Ne serait-ce que lorsqu'on est en difficulté. Je pense à une patiente... moi avec
204 elle je ne peux pas. Il y a un transfert avec elle qui se fait. Alors il faut l'identifier et si une
205 collègue me dit moi non ça va avec ce patient et bien elle prend le relai. Parce que c'est ça
206 prendre soin de la personne. Parce que quand on nous apprend à l'école qui faut s'occuper des
207 personnes sans discrimination, c'est une bêtise, parce que ce n'est pas prendre en compte sa
208 subjectivité de transfert et il faut identifier quand quelqu'un ne te rend pas bien, te renvoie des
209 choses qui te sont désagréables parce que tu ne peux pas t'occuper de la personne comme il le
210 faut, tu ne peux pas en prendre soin car ça se ressent. C'est donc pour ça qu'il faut être en
211 équipe. Il faut savoir déléguer pour pouvoir prendre soin de la personne. Si on se force à prendre
212 soin ce n'est pas sincère et ça se sent et ça renvoie des choses négatives sinon.

213 L : un petit truc en plus, c'est qu'on n'observe pas les mêmes choses. On se complète.

214 E : Alors justement, est-ce que le masque a changé votre travail d'équipe ?

215 N : j'ai envie de dire que non.

216 L : c'est vrai, pas tant que ça non.

217 E : D'accord. Alors, est-ce que vous estimez avoir préservé une qualité des soins avec le port
218 du masque ?

219 N : je pense que oui.

220 L : J'espère quand même !

221 E : On va pouvoir passer à la dernière série de questions dans ce cas, j'aurai aimé savoir si les
222 choses ont changé dans les soins pour vous ? Je pense à éventuellement des idées, de
223 l'implication, de la créativité supplémentaire dans les soins que vous réalisées ?

224 N : Moi le 1^{er} truc qui me vient c'est le masque blanc, parfois on fait des ateliers avec ce
225 masque...

226 E : Le masque blanc, c'est le masque neutre de théâtre ?

227 N : oui c'est un masque tout blanc avec des trous pour les yeux et un pour la bouche qui est tout
228 neutre et on travaille avec pour travailler les émotions qu'il faut arriver à transmettre malgré le
229 masque. Parce qu'une émotion ce n'est pas que le visage c'est aussi le corps. Donc avec le
230 masque chirurgical je leur dis que là on va faire comme avec le masque blanc et que l'on
231 travaille aussi le corps, la gestuelle, de transmettre les émotions différemment. Certains me
232 disent qu'on ne les entend pas parce qu'ils ont le masque, alors je leur dis de parler plus fort.

233 E : et pour vous aussi le masque vous demande des choses supplémentaires pour travailler et
234 communiquer avec eux ?

235 N : moi je n'ai pas l'impression d'utiliser plus mon corps.

236 L : Moi je l'utilisais déjà.

237 N : Encore une fois moi, c'est plus la question du nombre de participants qui me demande plus
238 d'implication et de créativité pas tant le masque. Le masque fait partie de la norme aujourd'hui
239 en fait. Avec le masque, on se parle quand même, ils apprennent leur texte quand même, s'ils

240 ne sont pas bien, on les voit en entretien quand même. On serait avec des enfants peut-être que
241 ça serait différent mais ici, d'adulte à adulte je n'ai pas l'impression que cela nous handicape
242 plus que ça. Finalement, ça nous demande plus d'effort pour cadrer ceux qu'ils ne veulent pas
243 le mettre, avec encore une fois un rappel aux règles mais qu'on aurait dû faire avec d'autres
244 supports pour ces mêmes personnes je pense. D'ailleurs c'est un truc que j'aime pas du tout, on
245 se croirait en « éduc », « remontez votre masque », voilà moi je ne suis pas là pour éduquer les
246 gens.

247 L : oui cependant, accueillir les gens en leur disant « mettez un masque », je trouve que l'accueil
248 déjà il n'est pas terrible. Il y a une grande différence avec un « bonjour comment vous allez ? » !

249 E : C'est sûr ! Alors je vous laisse la possibilité de rajouter quelque chose sur le port du masque
250 dans les soins dont on n'a pas parlé, à laquelle je n'aurai pas pensé peut-être ?

251 L : je trouve qu'on a déjà dit pas mal de choses !

252 N : oui ! on languit quand même de l'enlever ! (Rires) Si je pense à quelque chose de très
253 spécifique à notre unité, nous sommes au théâtre, on est censé jouer pour un public, on joue au
254 festival, on joue dans des salles... Je ne sais pas si c'est pertinent, mais ce qui me vient c'est le
255 décalage qu'il y a entre le monde du spectacle et le monde institutionnel du soin. Quand ta
256 hiérarchie te dit que tu peux jouer au festival avec un masque, ils ne se rendent pas compte de
257 l'absurdité de ce qu'ils disent. Parce que pour le public, aller voir un spectacle où les comédiens
258 sont masqués, ça les ramène au réel alors qu'on est censé les amener dans de la fiction, dans de
259 l'imaginaire, qu'ils puissent s'évader. Le théâtre c'est généreux, on joue pour un public, on joue
260 pour les divertir, pour les faire penser, les faire réfléchir, les faire pleurer, leur donner de
261 l'émotion en fait. Avec le masque on enlève déjà la moitié de tout ce que l'on transmet, parce
262 qu'ici on travaille en atelier, mais le moment de la représentation, ce n'est pas pareil, c'est un
263 moment où on aurait besoin d'enlever le masque. En plus, avec la population fragile avec
264 laquelle on travaille, ils ont quand même pas mal de comorbidités, nous avons dû annuler nos
265 représentations l'année dernière car beaucoup de personnes dans ce milieu artistique étaient
266 dans une démarche de revendication contre le port du masque et plus dans un état d'esprit de
267 liberté, mais nous ne pouvions pas penser comme ça. Nous avons quand même des patients qui
268 rencontrent déjà des difficultés respiratoires, certains en état d'obésité, on a aussi des personnes
269 diabétiques, s'ils attrapent le COVID en coulisse, on est responsables d'eux quand même. Donc
270 on a pris la décision d'annuler le festival surtout pour ça. C'est une prise de risque qu'on ne
271 pouvait pas prendre. Mais n'empêche que sur scène jouer avec des masques c'est absurde. Pour
272 le public au fond de la salle, c'est déjà difficile de voir les émotions alors si les comédiens
273 portent un masque...

274 E : OK. Vous souhaitez ajouter quelque chose d'autre ?

275 N : non

276 L : moi non plus.

277 E : très bien, je vous remercie.

Entretien avec Pâquerette

- 1 Élodie : Je vous laisse vous présenter.
- 2 Pâquerette : Je m'appelle Pâquerette, je suis infirmière depuis 2008 et je travaille à la [...] depuis 2012.
- 3
- 4 E : Ok. Alors, dans un 1^{er} temps j'aimerais savoir si pour vous le masque est source de difficultés
- 5 dans vos soins ?
- 6 P : Oui, ça peut l'être avec certains types de patients.
- 7 E : d'accord, à quels genres de difficultés avez-vous été confrontée ?
- 8 P : Eh bien, tout simplement, qu'ils n'ont pas notre expression de visage, ils ne nous
- 9 reconnaissent pas, ils ne sentent pas ce que l'on ressent émotionnellement parlant. Mais c'est
- 10 surtout sur les personnes démentes, mais sur l'individu mentalement stable ça passe encore.
- 11 Mais chez des gens avec qui on a besoin d'échanges visuels, forcément c'est une barrière. Ou
- 12 alors des personnes handicapées comme quelqu'un de sourd, si on n'a pas les mimiques en face
- 13 c'est compliqué.
- 14 E : ok. D'après vous s'est compliqué pour les patients, mais est-ce compliqué pour les soignants
- 15 également ?
- 16 P : Oui, c'est aussi compliqué pour moi en termes de communication, au niveau visuel pour
- 17 pouvoir échanger.
- 18 E : Du coup les répercussions sur cette communication sont lesquelles avec le masque ?
- 19 P : Des difficultés en plus avec certaines personnes. Après il faut savoir, qu'ici les patients n'ont
- 20 pas de masque, le porteur du masque c'est moi ! Donc la difficulté est celle de me faire
- 21 comprendre pas forcément les comprendre eux. La répercussion est ici.
- 22 E : J'aimerais savoir aussi, lorsque vous faites de nouvelles admissions avec des personnes qui
- 23 n'ont jamais vu votre visage puisque vous êtes masquée, est-ce que c'est plus compliqué
- 24 d'entrer en relation avec eux ?
- 25 P : Tout dépend de la pathologie en face. Je reviens à ce que je disais tout à l'heure, si j'ai
- 26 quelqu'un en face de moi qui a toutes ses facultés mentales, ça ne pose pas réellement problème.
- 27 Après ça peut poser soucis quand on a des gens en face qui sont soit déments soit psychotiques
- 28 qui ont besoin en fait d'avoir une image en face. Mais effectivement, le masque peut entraîner
- 29 des répercussions sur la communication, et donc sur l'entrée en relation mais aussi la relation
- 30 de confiance que je souhaiterais établir avec eux parce que c'est un tout.
- 31 E : Vous savez on parle souvent de cette asymétrie existante dans la relation soignant-soigné,
- 32 est-ce que pour vous le masque a des répercussions sur cette asymétrie ?
- 33 P : Oui je pense. Je pense que c'est encore un facteur de plus, comme la blouse blanche, comme
- 34 le savoir du patient qui peut passer tel un pouvoir sur eux. Mais ce n'est ni plus ni moins qu'un
- 35 facteur supplémentaire. La vraie problématique c'est quand les personnes ont besoin de capter
- 36 vraiment qui est en face d'eux pour pouvoir avoir une référence. D'ailleurs il m'est arrivé plus
- 37 d'une fois de devoir baisser mon masque avec certains patients.

38 E : Très bien, maintenant je vous demande si pour vous il y a une différence entre faire des
39 soins et prendre soin ?

40 P : Eh bien posé comme ça oui ! Dans le sens où faire un soin c'est acte, prendre soin c'est une
41 globalité qui peut inclure l'acte d'ailleurs.

42 E : D'accord, alors qu'estimez-vous faire le plus au quotidien ?

43 P : Les deux, franchement il n'y a pas plus ou moins parce que l'un ne va pas sans l'autre.

44 E : Ok, j'aimerais savoir alors, si le port du masque change quelque chose dans le prendre soin ?

45 P : Pas toujours, tout dépend du besoin relationnel de la personne que l'on a en face. Par
46 exemple on a un résident qui est sourd, ça crée avec lui beaucoup plus de difficultés parce qu'il
47 ne peut pas lire nos expressions sur nos visages, il ne peut pas lire sur nos lèvres et du coup il y
48 a des petites choses qui pourraient être réglées en 2 min et là cela va nous demander beaucoup
49 plus de temps, on va devoir écrire, du coup je pense qu'on est un peu moins efficace ou peut-
50 être pas un problème d'efficacité mais disons que c'est différent. Oui voilà, c'est ça, ça me
51 demande plus, de temps, de faire différemment, de réfléchir autrement.

52 E : Ok. Et finalement pour vous le prendre soin apporte quoi dans une prise en charge ?

53 P : Et bien pour moi, le prendre soin c'est la base du soin. Ça fait partie de la relation que j'ai
54 avec chacun d'entre eux.

55 E : D'accord, alors est-ce que pour prendre soin nous avons besoin de travailler en équipe
56 d'après-vous ?

57 P : Tout à fait ! C'est la 1^{ère} des choses. Le travail en équipe m'apporte une vision collective
58 pour prendre soin et donc une prise en charge collective. De cette façon nous ne sommes pas
59 seuls au monde contre tout. Par exemple pour certains résidents où le masque posait un
60 problème nous en avons parlé en équipe et les solutions se sont trouvées en équipe.

61 E : Et le masque a changé votre travail en équipe ?

62 P : Non pas du tout.

63 E : J'aimerais savoir si vous pensez avoir préservé une qualité des soins avec le port du masque ?

64 P : Non je ne dirai pas que ça a fait baisser la qualité des soins. C'est différent mais on ne peut
65 pas dire non plus qu'on a perdu en qualité parce qu'on se débrouille autrement et de toute façon
66 on n'a pas le choix.

67 E : Et est-ce que le masque aurait une incidence sur l'efficacité des soins ?

68 P : Non plus. Parfois avec certains résidents mais concrètement non. Ça a une incidence sur le
69 relationnel mais pas l'efficacité parce qu'on trouve toujours des solutions quand ça ne
70 fonctionne pas. L'incidence est sur le temps que l'on prend à faire autrement dans nos
71 interactions avec les résidents. Un temps que nous n'avons pas d'ailleurs.

72 E : D'accord, et finalement dans les soins qu'avez-vous changé concrètement depuis que vous
73 portez le masque ?

74 P : Je pense que ça me demande d'être plus attentive, de communiquer autrement que par la
75 communication non-verbale du bas de mon visage, je travaille plus avec ma posture, mon
76 attitude, mes gestes.

77 E : Ok. Et donc les difficultés que vous reprenez pour les patients qui chez vous ne portent pas
78 le masque c'est essentiellement de vous comprendre vous les soignants ?

79 P : Oui, tout à fait. Et certainement de ne pas avoir vu notre visage pour certains.

80 E : Pour terminer, j'aimerais savoir si pour vous le masque demande plus d'implication et de
81 créativité dans les soins ?

82 P : Oui, plus d'implication puisque je passe plus de temps avec eux, je trouve d'autres idées
83 pour communiquer correctement malgré le masque, je pense être encore plus attentive qu'avant
84 aussi. Donc je pense que le masque est plus source d'implication et de créativité parce que ce
85 n'est pas un handicap de travailler avec le masque, seulement parfois ça peut poser problème
86 dans la communication pour le soignant comme pour le patient, ça nous oblige donc à travailler
87 différemment mais je ne le vois pas comme quelque chose de négatif.

88 E : est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose à cet entretien ?

89 P : Non.

90 E : Je vous remercie alors de m'avoir accordé ce temps pour participer à mon travail de
91 recherche.

Entretien avec Verveine

- 1 Élodie : Je vous laisse vous présenter.
- 2 Verveine : Alors je m'appelle Verveine, je suis infirmière en fin de carrière parce que diplômée
3 en 1984. J'en suis donc à 38 ans de mon DE. Dans toute ma carrière j'ai pu m'exercer à
4 plusieurs postes, surtout en chirurgie, j'ai fait de la réanimation, de la dialyse, j'ai aussi enseigné
5 parallèlement, j'ai aussi fait de la coordination pendant 8 ans dans un EHPAD, aujourd'hui je
6 suis infirmière en EHPAD depuis 10 ans.
- 7 E : Vous avez demandé à participer aux entretiens que je réalise en ce moment dans le cadre de
8 mon mémoire. Pourquoi ?
- 9 V : J'aime beaucoup encadrer les élèves déjà ici et je vais à l'IFSI un fois par an pour valider
10 des mémoires infirmiers et je me régale parce que j'adore l'encadrement infirmier. D'ailleurs
11 je crois que j'aurai aimé être formatrice à l'IFSI. J'ai fait beaucoup de formations mais non
12 diplômantes, mais je ne regrette pas ça m'a permis de toucher à beaucoup de choses dans mon
13 métier. Voilà, en tout cas votre sujet de mémoire me plaît donc j'ai demandé à participer aussi.
- 14 E : Super, ça me fait plaisir de voir que certaines personnes se sont portées volontaires par envie
15 réelle de participer à tout ce questionnement et cette recherche.
- 16 V : Oui, c'est clair, ensuite vous avez choisi un thème en plein dans l'actualité donc ça ne peut
17 que susciter de l'intérêt chez les soignants.
- 18 E : Bien nous allons démarrer les questions, alors est-ce que le masque est source de difficultés
19 pour vous dans les soins ?
- 20 V : Oui, surtout au départ, parce qu'il a fallu une adaptation à ce port de masque. Nous avons
21 quand même ici une population qui est fragilisée, déjà par la pathologie et en plus par l'épidémie
22 où nous fermons tout, on empêche les gens d'être en contact avec les autres, on les isole donc
23 ça été très difficile et pour nous aussi. Pour nous aussi, parce qu'il y a le problème d'adaptation,
24 un problème de respiration, on est en face d'une population qui n'entend pas, qui ne voit pas
25 très clair, donc les repères (...) c'était compliqué !
- 26 E : Donc pour vous les difficultés du masque sont dans la respiration et le fait que les résidents
27 ont déjà une altération de la communication par leur surdité et leurs problèmes de vue ce qui
28 complique les choses ?
- 29 V : Oui, la respiration dans un 1^{er} temps, le temps aussi qu'on s'adapte tous et puis la
30 communication parce qu'on n'est pas aussi audible avec le masque et là avec les personnes mal
31 entendantes et bien ils essaient de capter ce qu'ils peuvent ! Du coup, ça me demande un effort
32 pour bien articuler, ou alors j'essaie de me mettre à distance et je baisse mon masque parce que
33 je me suis aperçue que les gens arrivent à lire sur les lèvres, mais bon pour ceux qui ont des
34 handicaps aussi au niveau de la vue c'est encore plus compliqué, alors chacun a pu trouver ses
35 repères comme il le pouvait par rapport à cette nouvelle situation et ce n'est pas quelque chose
36 d'évident quand même parce qu'on n'était pas habitué. Maintenant, je pense que pour certains
37 ce masque les arrange parce qu'il y a des choses qu'ils n'ont peut-être pas envie de montrer et
38 peut-être que ça les a rassurés et ça leur a permis d'être différents.
- 39 E : Vous voulez dire comme une personne timide qui se cacherait derrière son masque ?
- 40 V : Oui tout à fait.

41 E : Donc les répercussions du masque dans les soins vous les voyez dans la communication que
 42 vous avez avec les résidents mais vous les percevez également dans la compréhension ?

43 V : Ah oui ! On est obligé de répéter 10 fois la même chose. Mais je voudrai ajouter quelque
 44 chose parce que vous parlez de communication mais nous avons eu de la chance parce que les
 45 familles nous appelaient souvent ce qui était une source de communication et d'énergie à
 46 dépenser mais malgré tout ça permettait de faire le lien et pour eux de mieux comprendre ce
 47 qu'il se passait au niveau du service et au niveau du résident. Maintenant, je suis là pour les
 48 protéger, alors je fais de mon mieux mais ce n'est pas toujours évident. Alors parfois j'ai pris
 49 du papier, une fois une ardoise pour essayer de communiquer par écrit. En fait je pense qu'au
 50 fur et à mesure que l'on s'est adapté aux situations, nous avons trouvé les moyens. Mais enfin,
 51 j'ai qu'une hâte, c'est de retirer mon masque ! Je peux plus avec ce masque ! On ne respire pas
 52 bien, il y a des filles qui ont saigné du nez, il y a d'autres qui avaient des boutons. De temps en
 53 temps, on a envie d'ouvrir la fenêtre est de prendre de l'air de dehors comme si on se disait
 54 allez, on repart en apnée. Parce que sérieusement moi c'est la sensation que j'ai d'être en apnée
 55 quand j'ai le masque.

56 E : Eh oui, c'est quelque chose qui revient régulièrement la difficulté à respirer derrière le
 57 masque.

58 V : En plus il y a autre chose avec ce masque, moi je me suis sentie comme à l'ancien temps
 59 avec cette allure, je trouve que ça donne une position d'avoir un masque, c'est peut-être parce
 60 que j'ai travaillé en chirurgie mais moi je fais le lien avec masque et chirurgien. Ça peut donner
 61 une impression d'une position de force aussi quelque part.

62 E : Ce qui est différent ici, c'est vous portez le masque mais pas les résidents. Mais vous voyez
 63 ce masque comme une position supérieure, il renforce l'asymétrie dans la relation ?

64 V : Oui quelque part, c'est une position qui vis-à-vis du regard du résident, je pense que quelque
 65 part on a dû leur faire peur, on a dû les impressionner. Alors moi je sais que j'ai toujours eu le
 66 geste avec ma main (elle me mime une caresse sur le bras) pour essayer de les rassurer, parce
 67 que les pauvres, non seulement ils n'entendent pas, ils écarquillent leurs yeux, ils sont sourds
 68 ou malentendants et enfermés dans leur chambre donc quelque part coupés du monde. Et bien
 69 sûr ce masque quelque part quand une personne rentre dans leur chambre masquée au départ ils
 70 l'ont rapporté à leur propre personne. C'était surtout au début très compliqué. Mais
 71 contrairement aux autres services chez nous ils sont restés longtemps confinés dans leur
 72 chambre avant que l'on sache au départ, avant que l'on fasse les tests, que l'on sache que
 73 certains étaient positifs et qu'ils allaient contaminer les autres, ça été une catastrophe. Sans
 74 parler que lorsqu'ils étaient enfermés dans leur chambre pour les personnes qui déambulent, ce
 75 n'était pas possible.

76 E : D'accord. Et est-ce que vous ressentez plus de difficultés à entrer en relation avec les
 77 résidents aujourd'hui avec le masque ?

78 V : Je pense que oui. Oui, parce qu'on est là pour sourire. Avec le masque pour lever la voix,
 79 la baisser c'est compliqué alors pour la personne ça lui fait un bruit de fond, alors imaginez
 80 pour des personnes qui sont fragilisées, qui entendent mal ou qui ne voient pas clair lorsque
 81 nous nous présentons c'est moyen. La seule chose en plus qu'ils voient de mon visage ce sont
 82 mes yeux, alors j'avoue que depuis que l'on porte le masque j'ai accentué mon maquillage sur
 83 les yeux, je pense aussi que l'on accentue nos émotions avec les yeux. Mais bon ce n'est pas
 84 nous ! Avec ce masque, en plus de la modification de ma voix, je ne peux pas m'exprimer de

85 la même façon, il change ma personnalité, il change mon visage, ce n'est pas moi, je fais avec
86 ce que je peux mais non j'avoue qu'avec le masque je ressens que ça, c'est plus moi. C'est
87 compliqué et c'est frustrant. Le jour où on nous dira de retirer nos masques ce sera libérateur !
88 Oui je me languis de pouvoir parler normalement. (Rires). Nous nous sommes adaptés aussi
89 parce qu'on n'a pas le choix. Mais il y a aussi du bon avec l'épidémie, on a limité les épisodes
90 de grippe et de gastro grâce au masque et au lavage de mains ! (Rires). Cependant il a eu
91 effectivement des répercussions au niveau relationnel surtout dans nos soins. Oui, j'ai observé
92 pas mal de repli sur soi depuis le port du masque.

93 E : Donc si le masque a autant de répercussion dans les soins relationnels, dont l'entrée en
94 relation, en a-t-il également sur la relation de confiance ?

95 V : Tout à fait, parce qu'elle n'est pas la même. Ici la personne âgée ne va pas forcément nous
96 reconnaître, alors si en plus elle ne nous entend pas bien elle fait l'amalgame de toutes les
97 personnes. Après c'est vrai que pour les personnes qui nous connaissaient avant le masque, il y
98 avait moins de problèmes mais pour les personnes qui sont entrées durant la pandémie, qui
99 n'ont jamais vu nos visages, qui ne nous connaissent pas, c'est beaucoup plus compliqué. Mais
100 ça n'empêche que depuis l'épidémie, j'ai vu un changement de comportement chez les
101 résidents, même un repli chez des résidents pourtant épanouis ici à la base. (Une aide-soignante
102 entre dans la salle de pause). Ou j'en étais, ah oui je disais, les gens qui étaient d'ordinaire plus
103 loquaces ont eu cette période de repli aussi.

104 E : Donc le masque a créé aussi un repli sur soi, un isolement ?

105 V : Oui, le masque mais pas seulement, c'est un tout. C'est le masque, sur une population déjà
106 en manque de repères, déjà isolée du reste du monde en quelque sorte et donc qui subissent des
107 règles correspondant à un monde extérieur qui leur est devenu déjà un peu petit étranger. Aussi,
108 de ressentir qu'il se passe quelque chose de dangereux sans trop comprendre pourquoi, c'est
109 angoissant pour eux. Après nous sommes humains aussi, nous avons des jours où on n'a pas
110 envie de faire des efforts pour lever la voix, pour bien parler, parce que tous les jours c'est
111 fatigant et voilà, j'avoue que c'est arrivé, c'est la réalité des choses aussi. Il y a des jours où
112 on n'a pas forcément la même pêche que quand on n'a pas le masque. Mais je trouve que c'est
113 une situation qui a évolué quand même tout au long de la pandémie, heu (...). On arrive
114 davantage fonctionner. Les gens sentent qu'il y a un renouveau, quelque chose de positif qui se
115 passe, donc ils n'ont plus la même attitude non plus, même si certains se sont dégradés, ils n'ont
116 plus la même attitude ils ont envie de ressortir, refaire des choses, ils le disent. Après c'est à
117 nous de dynamiser tout ça pour que ça fonctionne. De toute façon on est responsable de tout ça.

118 E : Donc si nous terminons cette partie de questions sur la relation soignant-soigné, pour vous
119 le masque a une réelle incidence sur celle-ci ?

120 V : Tout à fait et notamment ici avec les personnes âgées !

121 E : Après je sais que vous travaillez dans un secteur où il y a plus de personnes atteintes de
122 démence dans cet EHPAD, c'est donc peut-être déjà plus compliqué sans masque d'entrer en
123 relation, de la travailler, de créer une relation de confiance et de savoir l'entretenir, alors est-ce
124 que vous estimez que la maladie peut majorer ces difficultés et ces répercussions avec le port
125 du masque ?

126 V : C'est vrai oui ! Parfois oui, parce que par exemple une personne qui déambule, normalement
127 elles étaient censées rester en chambre et nous en sommes arrivés à mettre une barrière à chaque
128 fin de couloir pour que ces personnes ne puissent pas sortir du secteur, barrière qui existe encore

129 d'ailleurs et quelque part, d'après moi ce n'est pas bien traitant. Enfin, vous vous rendez compte
 130 de la notion de liberté là ! Alors certes c'était pour nous éviter de leur répéter 50 fois les choses
 131 mais bon, c'est limite !

132 E : Oui, c'est vrai. Il y a une perte de liberté déjà en institution mais la pandémie a ajouté de
 133 par les mesures barrières une restriction de liberté en plus. Et certains voient le masque comme
 134 une forme de muselière également, vous savez comme si nous étions réduits au silence.

135 V : Oui, moi je le vois dans ce que je vous ai dit notamment en observant le repli sur soi de
 136 certains résidents.

137 E : Bien nous allons passer à une deuxième partie. Ici j'aimerais déjà savoir si pour vous il y a
 138 une différence entre faire des soins et prendre soin ?

139 V : Oui bien sûr. Heu (...), Faire des soins pour moi, ça pose plus la technique, faire des soins
 140 c'est faire des pansements, c'est prendre la tension. Prendre soin c'est donner de l'attention à
 141 chacune des personnes que je vais soigner en respectant sa personnalité et en m'adaptant au
 142 quotidien à ce qu'elle va présenter. Pour moi, c'est ça prendre soin. C'est ne pas être indifférent.
 143 Vous savez en tant que vieille infirmière, quand je vois une personne dans la chambre, je sais ce
 144 qu'elle va faire dans la journée, je sais comment elle va être, si elle va être bien, pas bien, si elle
 145 risque de développer des choses dans la journée. Parce que j'ai peut-être un côté intuitif, mais
 146 parce que je trouve aussi qu'il faut faire très attention à la personne que l'on soigne, c'est-à-
 147 dire que le moindre détail est important et il prendra de l'importance en fonction de ce qu'elle
 148 va avoir. Et il y aura un jour où nous n'aurons pas fait attention et ce détail-là va ressortir. Et
 149 prendre soin c'est ça, c'est vraiment être vigilant, c'est être attentionné, c'est être dans
 150 l'empathie tout en respectant la personne et sa personnalité mais en tenant compte aussi des
 151 petites faiblesses qu'elle peut avoir dans son attitude parce qu'elle est triste ou autre, ce qu'elle
 152 va présenter quoi.

153 E : Ok, qu'est-ce que vous estimez faire le plus dans vos soins alors ?

154 V : Surtout prendre soin. Oui en plus faire les soins maintenant j'en ai ras le bol ! (Rires) C'est
 155 trop routinier, si on n'attache pas d'importance justement au relationnel avec les personnes et
 156 donc au prendre soin. Et là alors il faut savoir ce que l'on veut être. Si on veut être une infirmière
 157 qui prend soin ou une technicienne. Donc si l'on veut être une technicienne, il faut aller en réa !
 158 Moi les soins palliatifs par exemple puisque nous avons parlé tout à l'heure de votre projet et
 159 bien je trouve ça extra ! Je trouve que c'est tellement bien de pouvoir de pouvoir prendre soin
 160 des gens ! Parce qu'en fait je pense que c'est ça le plus important dans le soin.

161 E : Donc si c'est prendre soin qui est le plus important, qu'est-ce que cela apporte de plus dans
 162 vos prises en soin ?

163 V : C'est mon côté humain que j'apporte avec ça ! C'est ça le plus important ! Et vous savez
 164 quoi dans tout ce que j'ai pu faire dans ma carrière, j'ai évolué là-dessus, parce que j'ai fait pas
 165 mal de formations concernant les conflits, les relations, concernant tout un tas de choses que
 166 l'on peut rencontrer comme difficultés et tout ça m'a permis de le mettre en pratique. Et ça m'a
 167 permis pas d'être parfaite parce que personne n'est parfait mais ça m'a permis en tout cas de
 168 faire au mieux mon travail en tant qu'infirmière. Et j'en ai plus pris conscience en EHPAD
 169 justement parce que je me suis dit que si nous ne faisons pas attention à eux, c'est qui
 170 finalement qui va faire attention à eux ? Surtout des personnes âgées, elles sont tellement
 171 fragiles ? Ce ne sont pas des enfants, elles ont leur vécu, leur personnalité mais il faut s'attarder

172 quelque part. Disons que c'est un dosage tout ça qu'on arrive à obtenir peut-être avec de
173 l'expérience peut-être je ne sais.

174 E: Oui je suis d'accord, mais vous vous considérez comme une vieille infirmière aujourd'hui
175 mais vous avez été une jeune infirmière, peut-être que vous avez raison, l'expérience fait la
176 qualité du prendre soin que l'on offre, peut-être parce que la maîtrise de la technique nous
177 permet par la suite d'améliorer le prendre soin, peut-être que dans un 1^{er} temps nous sommes
178 trop concentrés encore pour réaliser la technique des soins pour être correctement centrés sur
179 le patient et donc offrir cette qualité des soins ?

180 V : Oui bien sûr et tout ça demande du temps. Je dirai minimum 5 ans ! et encore dans un
181 domaine particulier, parce que lorsque vous voudrez changer de service vous apprendrez encore
182 autre chose et là c'est reparti ! C'est un éternel recommencement ! Mais de toute façon la
183 profession d'infirmière est une remise en question régulièrement, parce que l'on rencontre des
184 tas de gens, avec des tas de vécus qui sont tellement différents les uns et les autres et d'ailleurs,
185 mis bout à bout ça vous aidera dans vos différentes relations de soin. Parce qu'on ne vit pas les
186 mêmes choses avec chaque personne, ils n'ont pas tous la même éducation. Aujourd'hui c'est
187 encore différent, les choses évoluent, ce n'est plus la même population qui soigne, les patients
188 ne sont plus les mêmes générations qu'avant, c'est une population aujourd'hui qui est plus dans
189 la contestation de tous les soins que nous pouvons réaliser ! Donc pour travailler avec tout ça,
190 il y a une attitude, une complaisance, de l'empathie, de la connaissance et grâce à tout ça il faut
191 savoir s'en servir, c'est d'ailleurs l'avantage de l'expérience ! Enfin, je pense (...) (Rires). Mais
192 oui n'empêche que ça aide d'être une vieille infirmière !

193 E : Si vous considérez être dans le prendre soin le plus souvent, est-ce que le masque a une
194 incidence dans cette démarche ?

195 V : Non. Il ne change pas ma démarche, il modifie un petit peu la perception des choses et la
196 prise en charge par rapport au prendre soin. Ce que je veux dire c'est qu'on a fait peut-être un
197 peu plus d'efforts pour maîtriser cette qualité qu'on doit avoir en tant que professionnel pour
198 essayer d'en apporter au moins une partie même si elle n'a pas été apportée en totalité.

199 E : Alors vous me dites « on » et pas « je », est-ce que pour vous pour pouvoir prendre soin le
200 travail d'équipe est nécessaire ?

201 V : Mais oui ! Bien sûr ! Parce que le plus important c'est que l'équipe avec laquelle nous
202 travaillons soit en relation. Après chacun a son rôle mais, si nous ne sommes pas en concertation
203 quasi permanente, ça ne peut pas fonctionner. Le travail de qualité c'est une chaîne. Maintenant,
204 ce travail d'équipe est parfois compliqué aussi parce que selon que nous faisons nos gestes dans
205 la routine, ou si nous sommes un peu au-dessus de tout ça (...) ça peut être compliqué. Mais
206 bon, c'est tous ensemble que l'on peut faire quelque chose, ce n'est pas toute seule ! Sinon ça
207 ne servirait à rien que l'on soit aussi nombreux !

208 E : C'est donc important pour vous pour pouvoir travailler ensemble d'avoir la même vision, la
209 même direction des soins, donc les mêmes objectifs ?

210 V : Oui c'est important, mais ce n'est pas évident. On y arrive, ça dépend des périodes quand
211 on se recentre un petit peu parce que dans le lot nous avons toujours des gens qui sont intéressés,
212 d'autres un peu moins mais après c'est un peu savoir cerner les personnes et les compétences
213 de chacun où celle qui cadre un peu l'équipe peut orienter pour que ce soit dans un consensus
214 et dans l'intérêt du résident qu'on positionne au centre. Enfin, je fais comme ça. Après je n'ai
215 pas toutes les réponses mais dans l'ensemble ça ne fonctionne pas trop mal. Il y a un truc que

216 j'aime bien aussi c'est quand de nouveaux soignants arrivent, ça permet de poser les choses, de
 217 les reconsidérer et de repartir sur de bonnes bases.

218 E : Justement j'aimerais savoir si le masque a changé ce travail en équipe ?

219 V : Comment vous dire qu'heureusement quand nous sommes en transmissions nous baissons
 220 le masque, on se met à distance. On se le permet pour discuter quand même.

221 E : Bon alors quand vous discutez entre vous, vous baissez le masque. C'est que finalement il
 222 gêne encore une fois, cette fois-ci dans la communication en équipe !

223 V : Oui, c'est vrai. Donc on le baisse entre nous.

224 E : Vous estimez alors avoir préservé la qualité et l'efficacité des soins avec le port du masque ?

225 V : Eh bien, (...) je crois que l'on a fait de notre mieux. Parce que je pense que ça été dur,
 226 épuisant. Je pense même que l'on a été plus efficace durant les périodes difficiles où nous avons
 227 beaucoup de cas positifs pour conduire à une qualité, parce qu'ensuite il y a eu un après coup,
 228 les filles à ce moment-là, ont eu une baisse d'énergie, une baisse de moral je parle de la part
 229 des équipes, mais peut-être de la part des résidents aussi.

230 E : Donc vous considérez que le masque a eu une incidence quelque peu sur la qualité voire
 231 l'efficacité des soins ?

232 V : Oui, après l'efficacité pas sur le plan technique, mais sur le plan psychologique, relationnel.
 233 Parce que de prendre le temps d'expliquer, de répéter c'était compliqué. J'avoue que j'ai eu ce
 234 ressenti à un moment d'être comme un robot, parce qu'il fallait s'habiller, se redéshabiller avec
 235 des personnes qui n'étaient vraiment pas bien, on sortait et finalement il fallait encore autre
 236 chose, en plus on transpirait comme jamais ! D'ailleurs, j'ai beaucoup écrit durant cette période
 237 parce que j'avais besoin d'évacuer ce mal être. Franchement, ces masques, il aurait fallu les
 238 barioler un peu, les personnaliser aussi je crois ! (Rires).

239 E : Bien. Justement, vous parlez de barioler les masques pour peut-être les rendre plus gais ?
 240 Donc pour vous le masque a été plus une source de difficultés ou d'implication voire de
 241 créativité dans les soins ? Parce que si je me souviens bien, tout à l'heure vous m'avez expliqué
 242 que vous étiez amenée à écrire parfois sur une feuille ou une ardoise pour pouvoir communiquer
 243 avec certains résidents.

244 V : Oui, c'est vrai. Je pense que quelque part le masque a été plus une source de créativité
 245 c'est vrai dans mes soins. Effectivement il a fallu trouver des solutions pour ceux pour qui
 246 c'était un problème. Parce que finalement oui le masque a amené beaucoup de difficultés mais
 247 ces difficultés ont engendré des réflexions et tous ensemble encore une fois, pour trouver des
 248 réponses aux problèmes donc finalement le masque est plus sources d'implication et de
 249 créativité je pense. Après je me souviens plus de ce que l'on fait d'autre, ça ne me revient pas.
 250 Après le masque est une chose, mais moi j'ai eu dans les bras des filles qui ont pleuré quand
 251 même durant la 1^{ère} vague, parce que tout simplement et c'est humain, elles avaient peur de
 252 chopper le COVID comme si elles allaient mourir, mais bon sachant qu'à ce moment-là nous
 253 n'avions pas de recul et assez de connaissances. Mais c'est vrai que pour certaines ça été très
 254 compliqué, elles ont eu peur et puis ça se comprend et chacun le traduit à sa façon. Mais
 255 maintenant, que l'on a utilisé le masque dans les soins et que l'on a appris à travailler autrement
 256 avec ce virus, je pense que si cela devait se reproduire avec une autre épidémie de grande

257 ampleur comme celle-ci, on serait moins novice. Mais je pense aussi, que la peur est passée
 258 par les médias, les réseaux sociaux, ce qui a amplifié cette angoisse, cette peur.

259 E : Bien, je pense que l'on a balayé toutes les questions que j'avais à vous poser, il y a beaucoup
 260 choses auxquelles vous avez répondu sans que je vous pose la question. Est-ce que vous auriez
 261 envie d'ajouter quelque chose qu'on n'a pas abordé à propos du masque dans les soins ?

262 V : Non. D'ailleurs, vous pouvez le voir au fur et à mesure de notre discussion j'ai enlevé mon
 263 masque pour pouvoir partager mon avis sur la question avec vous. Comme quoi pour parler,
 264 pour partager, j'ai besoin de le retirer ! (Rires)

265 E : Oui j'ai vu. (Rires). Mais oui peut-être que pour vous, votre visage entier est important pour
 266 communiquer ?

267 V : Absolument, pour parler, pour respirer, pour sourire, ou transmettre d'autres émotions, y
 268 ajouter ma personnalité.

269 E : D'ailleurs, je ne vous ai pas posé la question, mais ici les résidents ne portent pas de masque,
 270 mais s'ils le portaient ce serait difficile pour vous de ne pas voir leur visage ?

271 V : Non parce que dans le regard on voit bien les émotions de la personne. Ou la façon dont ils
 272 vont le traduire par le corps.

273 E : Tout à fait, justement nous n'avons pas parlé du corps. Justement vous ne vous souveniez
 274 plus à propos de votre créativité dans les soins de ce qui a changé depuis le port du masque, est-
 275 ce qu'il vous semble que vous utilisez plus votre corps pour vous exprimer aujourd'hui dans
 276 les soins ?

277 V : Alors moi, j'ai toujours fait ça ! Je suis dans le secteur en plus où il y a le plus de personnes
 278 avec des troubles cognitifs, donc j'ai toujours utilisé ça quand les gens ne comprenaient pas.
 279 Le mimétisme, la traduction par le mouvement pour que la personne comprenne. J'ai toujours
 280 fait ça donc c'est assez naturel chez moi, donc le masque n'a pas vraiment changé les choses à
 281 ce niveau-là et ça fonctionne. C'est un moyen comme un autre pour communiquer. Ne serait-
 282 ce que pour faire comprendre à un résident de prendre ses médicaments, de lui montrer le geste,
 283 il comprend ce qu'il faut faire et ça marche.

284 E : Ok, vous souhaitez ajouter quelque chose à notre entretien ?

285 V : Non.

286 E : Dans ce cas, je vous remercie d'avoir pris le temps pour cet entretien et d'avoir participé
 287 volontairement et avec autant d'enthousiasme à cette recherche.

288 V : C'est moi, je trouve que le sujet choisi est très intéressant et donne envie d'y participer.

Entretien avec Quassia

1 Élodie : Je vous laisse vous présenter

2 Quassia : Alors je m'appelle Quassia, je suis infirmière libérale, je suis diplômée depuis 2011.
3 Concernant mon parcours professionnel, alors directement après le diplôme je suis allée à
4 l'HAD où j'ai travaillé 2 ans et demi et lorsque j'ai eu le nombre d'heures suffisant, je me suis
5 installée en libéral donc vers 2013-2014 et depuis je suis toujours dans la même commune et
6 toujours avec la même associée.

7 E : Vous connaissez déjà le thème de mon mémoire, j'aimerais savoir dans un 1er temps si pour
8 vous le masque est source de difficultés dans les soins ?

9 Q : Oui.

10 E : Pourquoi ?

11 Q : Alors, moi je trouve que ça crée une distance avec le patient notamment avec les patients
12 que l'on a en soins chroniques et que l'on suit depuis 2013. (...) Attendez, je réfléchis. On a la
13 distance, on a aussi le côté aussi le côté praticité, c'est quand même compliqué quand on porte
14 des lunettes et que l'on donne des douches c'est difficile à cause de la buée. Mais pas seulement,
15 déjà pour nous c'était très difficile de trouver des masques. Parce qu'on n'avait pas l'habitude
16 d'en porter particulièrement, on en avait dans des sets de branchement et de débranchement de
17 patients porteurs de PAC ou de Picline mais sinon, ce n'était pas un outil dont on se servait
18 très souvent, sauf quand on était malade pour protéger les patients. Donc j'avoue que les 1ers
19 temps lorsque l'on avait un masque c'était déjà bien et si nous en avions un pour la journée
20 c'était déjà bien. Donc on ne l'utilisait pas de manière optimale. Oui voilà, mais c'est vrai que
21 je trouve que ça crée trop de distance dans les soins.

22 E : Ok. Et le masque vous crée d'autres difficultés dans les soins ?

23 Q : Oui, quand il fait chaud en plein été, c'est compliqué de le supporter toute la journée, c'est
24 compliqué de respecter les règles du port du masque, c'est-à-dire de ne pas le toucher, ne pas
25 l'enlever.

26 E : D'accord, et du coup, avez-vous relevé des difficultés pour les patients ?

27 Q : Ah, déjà pour les patients la difficulté a été de porter le masque tout simplement ! Ils ne
28 comprenaient pas du fait qu'ils étaient chez eux pourquoi ils étaient obligés de porter un
29 masque. Ça été très compliqué et aujourd'hui encore on a des patients qui ne mettent pas le
30 masque. Il faut qu'on relance systématiquement et il y en a avec qui on a laissé tomber.

31 E : Ces patients-là ont compris l'intérêt du port du masque ? Je veux dire, ils ne présentent pas
32 de pathologie qui entraîne des troubles cognitifs par exemple ?

33 Q : Non pas du tout, ils comprennent très bien, ils comprennent qu'il faut le mettre pour sortir,
34 aussi ils le comprennent quand le médecin vient les voir, mais quand c'est l'infirmière ce n'est
35 pas pareil.

36 E : Ah c'est surprenant ! Avec le médecin, ces patients acceptent de porter le masque ?

37 Q : Bien sûr, avec le médecin tout passe ! (Rires) Il a beaucoup plus d'influence que nous !

38 E : Nous venons, de parler des difficultés pour vous et les patients mais quand est-il de la
 39 communication ? Est-ce que vous ressentez des répercussions sur la communication avec ce
 40 masque ?

41 Q : Bien évidemment qu'il y a des répercussions, nous avons des patients qui sont sourds, donc
 42 nous sommes obligées de crier un peu plus fort parce que le masque a un effet d'atténuation de
 43 la voix. (...). Heu, même nous, pour les comprendre quand ils portent le masque, parfois c'est
 44 difficile. Et puis au niveau relationnel, il y a plus ce côté, (...) ce sourire que l'on peut amener,
 45 parce qu'ils apprécient aussi que l'on arrive en souriant, alors heureusement que l'on a encore
 46 les yeux. Il y a un total manque d'émotion, on a des enfants très jeunes qui ne nous avaient
 47 jamais vues avec qui ça été très compliqué.

48 E : Ah oui ? C'est plus compliqué avec les enfants et les patients qui ne vous ont jamais vues ?

49 Q : Alors avec les enfants que l'on avait avant le port du masque, ils nous ont connues avant
 50 donc nous avons eu moins de difficultés, mais avec ceux qui nous ont connues durant la
 51 pandémie, l'établissement de la relation a été plus compliquée.

52 E : Il en est de même pour l'établissement de la confiance j'imagine ?

53 Q : Alors, moi j'ai une parade en fait, c'est-à-dire que je me tiens un peu loin et je baisse mon
 54 masque pour qu'ils voient mon visage. Mais je fais ça même avec les nouveaux patients adultes
 55 ! Et j'avoue que c'est pareil pour moi, quand je n'ai jamais vu le patient, lors de la première
 56 rencontre je demande au patient de me montrer son visage au moins pour que l'on puisse se
 57 présenter.

58 E : Très bien, ça veut dire que pour vous, ne serait-ce que pour se présenter correctement et
 59 pouvoir échanger, le visage a toute son importance ?

60 Q : Ah oui, c'est obligatoire. Je ne peux pas faire sans.

61 E : Et qu'en est-il dans ce que l'on appelle l'asymétrie que l'on peut discuter d'ailleurs dans la
 62 relation soignant-soigné avec le port du masque ? Est-ce que vous trouvez que le masque a une
 63 répercussion sur cette asymétrie ?

64 Q : (...) Heu (...) Je pense que déjà cette asymétrie est différente à domicile parce que c'est à
 65 moi de m'adapter au patient, son entourage et son environnement. Aussi, je travaille en civil et
 66 non en blouse blanche, ce qui je pense peut diminuer les sources d'asymétrie dans une relation
 67 soignant-soigné. Mais pour le coup, on n'a pas le choix pour le port du masque. Mais oui, je
 68 pense que le masque peut accentuer cette asymétrie dans les soins.

69 E : Tout à l'heure vous disiez que les patients écoutent plus le médecin de que les infirmières,
 70 vous pensez qu'il y a plus d'asymétrie dans la relation avec un médecin qu'avec une infirmière
 71 ?

72 Q : Bien sûr, là on parle du masque mais l'on voit très bien que lorsque l'on va chez les patients
 73 tous les jours, c'est à nous régulièrement de nous adapter à leur envie, le quotidien, même un
 74 rendez-vous coiffeur, une sortie, un repas en famille ou encore des rendez-vous avec le
 75 podologue ou le kiné. L'infirmière bien souvent dans l'esprit des patients est l'exécutante du
 76 médecin. Ils ont du mal à concevoir que l'on a d'autres personnes, d'autres priorités dans nos
 77 journées, notamment ceux que l'on suit de façon chronique. Ce sont des patients qui nous
 78 demandent d'aller à la pharmacie, ou au labo et ce sont des choses qu'ils ne demanderont jamais
 79 au médecin. Mais bon, je les apprécie quand même ! (Rires)

80 E : Ok, donc pour cette 1ère partie de questions on peut dire que vous ressentez une incidence
81 sur la relation soignant-soigné avec le port du masque ?

82 Q : Ah oui ! moi je la ressens, je ne suis pas à l'aise avec cette histoire de masque. Déjà, il est
83 très mal utilisé, certains patients ne changent quasi jamais leur masque. Et là, se joue autre
84 chose dans cette relation, nous c'est notre rôle de protéger les patients mais lorsqu'ils portent
85 le masque, il est question de nous protéger nous, soignants et ça ils ont beaucoup de mal à le
86 concevoir. Donc, ça a quand même une grosse incidence sur la manière de travailler.

87 E : Bien. Justement, nous abordons la manière de travailler, est-ce que vous faites une différence
88 entre faire des soins et prendre soin ?

89 Q : Faire des soins et prendre soin ? Heu (...) En fait pour moi prendre soin ça serait prendre
90 en charge un patient un peu plus dans sa globalité que faire un soin. Pour moi il y a une notion
91 de prise en charge globale dans prendre soin, pour la différence est là. Après faire un soin ça
92 peut être un soin technique, un soin relationnel, de l'éducation thérapeutique, mais pour moi,
93 prendre soin, c'est vraiment considérer la personne dans sa globalité.

94 E : Bien, et qu'estimez-vous faire le plus souvent dans votre pratique ?

95 Q : Et bien prendre soin ! (Rires) Mais oui c'est certain, ne serait-ce que tout ce que je prends
96 en compte pour organiser mes tournées en fonction d'eux, de leurs besoins au quotidien, des
97 imprévus aussi. Comme je disais tout à l'heure, même si je râle parfois parce que c'est trop,
98 prendre soin c'est prendre en compte tout ce qui entoure aussi la personne et sa personnalité.

99 E : D'accord, et donc pour vous prendre soin change quoi ou apporte quoi dans une prise en
100 charge ?

101 Q : Eh bien, sincèrement déjà je trouve qu'il est plus facile à domicile de prendre soin que de
102 faire des soins, que dans une structure. Parce que, ce qui me permet de prendre soin c'est le
103 temps.

104 E : Vous estimez avoir plus de temps pour prendre soin à domicile ?

105 Q : Oui exactement, j'ai l'avantage de pouvoir orienter mon travail comme je souhaite. Je peux
106 prendre soin d'une personne comme je l'estime qu'il a besoin. Alors que si c'était juste faire
107 un soin, pour moi ce serait de l'abatage. Parce que pour moi la globalité du patient va être dans
108 un soin de nursing par exemple d'inclure un shampoing, lui couper les ongles, les nettoyer aussi
109 ces ongles ! C'est lui enlever aussi les poils disgracieux, lui nettoyer les oreilles aussi ! C'est
110 aussi penser à lui changer sa chemise de nuit parce que ça fait 2 jours qu'elle la porte. Voilà !

111 E : vous avez l'impression d'être moins prise par le temps à domicile ?

112 Q : Oui. Je connais quasiment toute la vie de mes patients, je connais leur entourage, l'histoire
113 de leur maladie. Ce sont vraiment des personnes à part entière, alors qu'en service on voit bien
114 que l'on sait le nom mais pas trop le reste. C'est d'ailleurs pour ça que j'ai choisi le libéral.

115 E : Alors, justement dans cette démarche du prendre soin que vous réalisez dans vos soins à
116 domicile, est-ce que le masque a une incidence sur celle-ci ?

117 Q : (...) Sur le soin en lui-même non, parce que ça ne change rien. Après, si on intellectualise
118 ce masque oui ça change parce que le 1er contact que l'on a avec quelqu'un c'est visage.

119 E : Ça veut dire que le visage de l'autre est important, c'est un besoin pour entrer en contact
120 avec la personne ?

121 Q : Ah oui, autant pour le patient que pour moi. J'ai des patients chez qui j'ai l'habitude de
122 prendre un petit café, à la 1ere vague on ne faisait plus et j'avoue que nous avons un peu repris
123 nos habitudes depuis, et ils sont très contents. Ils le disent même que ça leur fait plaisir de voir
124 notre visage. Autre chose, j'ai toujours fait attention à la façon dont je m'apprête pour aller
125 rendre visite aux patients, même au niveau de mon visage, j'aime toujours mettre un peu de
126 rouge à lèvres et c'est d'ailleurs quelque chose qu'ils apprécient mais là c'est fini. Parce que
127 c'est bête mais lorsque nous sommes la seule personne qu'ils voient de la journée, il me semble
128 que c'est quelque chose d'important pour eux puisque j'ai régulièrement des remarques sur ne
129 serait-ce qu'une nouvelle paire de boucles d'oreilles. Je pense que notre apparence apporte un
130 message important pour l'autre, c'est un moyen de leur donner de l'importance aussi. Et encore
131 une fois, le sourire a une importance quand on entre chez la personne, lors d'un soin. Avec le
132 sourire, on dit que nous sommes contentes d'être là, on rassure, on partage une émotion.

133 E : D'accord et est-ce que le prendre soin d'après vous demande de travailler en équipe ?

134 Q : Oui ! Nous sommes trois dans l'équipe, évidemment nous ne travaillons pas ensemble en
135 même temps, je sais que l'on a toutes un caractère différent mais que l'on prend soin de la
136 même manière des patients.

137 E : Ok, c'est quelque chose dont vous avez discuté entre vous, de votre vision du soin ?

138 Q : Pas particulièrement, nous avons travaillé ensemble à l'HAD avec l'une de mes collègues,
139 donc nous nous connaissions d'avant, aussi je l'ai rencontré dans le cadre de mon encadrement
140 en stage lorsque j'étais étudiante donc je savais très bien sa manière de travailler et de
141 s'impliquer. Et pour mon autre collègue qui nous a rejointes, je ressens cette même vision du
142 soin quand on parle des patients, lors des relèves, lorsque je prends la relève de la tournée et
143 que du coup je passe derrière elle puis que l'on constate à ce moment-là du travail de ses
144 collègues et puis les patients nous racontent aussi donc je sais à travers tout ça que nous
145 travaillons de la même façon, qu'on a la même vision et les mêmes objectifs.

146 E : Alors je sais bien que vous ne travaillez pas ensemble en même temps comme en service
147 mais je suppose que vous communiquez entre vous, entre autres au moment de vos relèves
148 même si elles sont plus espacées qu'en service ? Du coup, est-ce que le masque a une incidence
149 sur votre travail d'équipe ?

150 Q : Non, comment dire que le masque n'a rien changé parce qu'en fait quand on se voyait on
151 ne portait pas le masque. Sauf quand on s'est retrouvé chez des patients ensemble de façon
152 exceptionnelle et bien nous portions notre masque bien sûr. Mais dans la sphère semi-privée,
153 en dehors de chez le patient, non on ne portait pas le masque.

154 E : Donc finalement, vous n'avez pas changé vos habitudes d'équipe depuis la pandémie ?
155 Comme peut-être plus communiquer par téléphone ou en Visio plutôt que se voir ?

156 Q : Non, cette relation en équipe est trop nécessaire. Même au 1er confinement, j'ai ressenti ce
157 besoin de voir mes collègues pour faire les relèves, nous sommes allées les faire chez les unes
158 et les autres.

159 E : Ça signifie que pour cette relation d'équipe il est nécessaire de se voir et d'ailleurs de voir
160 les visages de vos collègues ?

161 Q : Oui c'est ça. Leur visage, leur voix, leur présence, une chaleur humaine quoi ! J'ai besoin
162 de ça pour travailler en équipe.

163 E : Bien. Du coup, est-ce que vous estimez avoir préservé la qualité des soins avec le port du
164 masque ?

165 Q : Oui. On a eu du mal au début je pense mais aujourd'hui ça va beaucoup mieux.
166 Heureusement d'ailleurs, parce qu'ils autorisent les enfants à retirer leur masque dans les cours
167 de récréation mais je pense que nous dans les soins ne nous sommes pas près de les retirer !

168 E : Donc il n'y a pas forcément d'incidence sur la qualité de vos soins, cela signifie qu'il n'y
169 en a pas non plus sur l'efficacité de vos soins ?

170 Q : Effectivement quand c'est un soin qui demande beaucoup de relationnel, notamment avec
171 les personnes en fin de vie, je trouve quand même qu'on n'est pas trop dans la qualité, avec les
172 enfants aussi, nous en avons trois et c'est vrai qu'ils avaient l'habitude que l'on se prenne dans
173 les bras et puis même nous faire un bisou parfois et ça plus le port du masque, ça met une sacrée
174 barrière ! Donc pour moi, le masque altère le soin relationnel, donc la qualité mais aussi
175 l'efficacité puisqu'il est nécessaire. Sans soins relationnels, le soin n'est pas réussi. Je peux
176 faire un dextro, une injection d'insuline ou un Lovenox par exemple, mais si je le fais sans
177 parler au patient, c'est que je suis un robot dans ce cas.

178 E : Je suis d'accord. Du coup, dans vos soins, qu'est-ce qui change réellement dans votre
179 manière de faire avec le masque ?

180 Q : Moi j'aurai aimé avoir des masques comme pour les personnes sourdes et muettes, les
181 masques transparents pour continuer à établir la relation !

182 E : Il y a les visières transparentes qui ont été proposées.

183 Q : Oui, mais je pense que ça ne protège pas ça ! En tout cas, les masques transparents ça serait
184 bien pour que les personnes voient nos lèvres bouger et nos sourires. Mais pour là moi, le
185 masque ne change rien au niveau de la technicité des soins, mais il change tout pour la
186 communication, je dois hurler parfois pour échanger avec eux, parfois même je me recule pour
187 baisser le masque pour qu'on puisse se comprendre, ou encore même pour montrer une émotion
188 du style un peu plus ferme. Le pire c'est avec les patients étrangers, la barrière de la langue plus
189 le masque alors là c'est génial. Cependant, dans les choses que nous avons mis en place, on a
190 récupéré des masques pour les personnes qui portent des appareils auditifs, ce sont les masques
191 qui s'attachent derrière la tête et non avec les élastiques derrière les oreilles. Ça parce que ça
192 les gênait beaucoup et du coup ils ne mettaient plus les appareils donc le masque et l'absence
193 des appareils c'était l'enfer. Je pense également dans ce que l'on fait depuis le port du masque,
194 que je parle beaucoup plus avec mon attitude, mon corps, mes gestes, mes mains, mes yeux
195 aussi.

196 E : Les patients aussi utilisent ces méthodes beaucoup plus qu'avant pour communiquer ?

197 Q : Non, lorsqu'ils sont embêtés ils vont plus avoir tendance à le baisser ! Mais attention, nous
198 avons des patients d'ambulatoire qui eux ne nous connaissent pas et eux le portent volontiers,
199 mais les patients chroniques c'est plus compliqué, c'est d'ailleurs problématique avec leur
200 entourage aussi, nous passons notre temps à répéter la même chose. Après j'avoue, qu'avec
201 certains, j'ai abandonné, je ne dis plus rien. Après, pour moi ça me demande un effort physique,
202 de respirer dedans, surtout sous les douches, j'ai l'impression que je vais m'étouffer.

203 E : Oui c'est vrai dans la vapeur de la douche c'est compliqué. Donc, ce masque vous le voyez
204 finalement plutôt comme une source de difficultés ou bien d'implication et de créativité dans
205 les soins ?

206 Q : Clairement, de difficultés ! En fait je pense avoir aucune créativité supplémentaire dans mes
207 soins depuis le port du masque.

208 E : Eh bien, au moins c'est clair ! Est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose à tout ce que
209 l'on vient de se dire sur le masque dans les soins ? Il y a peut-être quelque chose vous souhaitez
210 ajouter à laquelle je n'aurai peut-être pas pensé ?

211 Q : Oui, effectivement je pense que le plus gros souci que j'ai eu dans mes prises en charge
212 depuis la pandémie ce n'est pas le port du masque. Nous avons beaucoup de patients atteints de
213 cancers et pour nous il y a eu un gros impact dans leur suivi, avec des reports d'intervention,
214 ou encore des patients avec une hémoglobine trop basse avec un besoin de transfusion qui avec
215 le tri des patients notamment durant la 1ère vague ont été dramatiquement impactés. Alors, le
216 masque a un impact indéniable sur le soin relationnel mais ce tri nous a mis à la limite du risque
217 vital de nos patients, alors on ne les aurait pas perdus du Covid mais bon, je trouve ça tellement
218 absurde. Dans la panique de la pandémie, c'est comme si le bon sens même des choses avait
219 été perdu ! Mais bon, vivement qu'on l'enlève quand même ce masque parce que je trouve qui
220 nous enlève quelque chose, ma personnalité, mes émotions et il m'enlève un peu le côté humain
221 de ce que je recherche dans les soins à domicile. Voilà, en tout cas, je trouve que c'est un très
222 bon sujet de mémoire.

223 E : Merci beaucoup et moi je suis très contente vous soyez venue pour participer à ce mémoire.

Entretien avec Coquelicot

- 1 Élodie : Je vous laisse vous présenter.
- 2 Coquelicot : Alors moi je m'appelle Coquelicot, j'ai 22 ans et je suis diplômée de juillet 2021
3 et depuis août 2021 je travaille en neurologie à l'hôpital.
- 4 E : Vous connaissez le sujet de mon mémoire, donc ce que j'aimerais savoir dans un premier
5 temps c'est si le masque pour vous représente une source de difficultés dans les soins.
- 6 C : Oui, parce qu'au niveau du contact avec nos patients et même avec les familles quand par
7 exemple on annonce des diagnostics, comme des découvertes de sclérose en plaques, voilà des
8 choses comme ça, heu (...) en fait, la famille a l'impression qu'on y met aucune émotion. Ils
9 ne voient pas notre visage, donc c'est compliqué. Parfois les émotions ressortent avec les yeux
10 et tout ça mais c'est plus difficile donc pour les familles et les patients c'est compliqué. Surtout
11 parce qu'il y a des moments où l'on peut être froid et du coup je pense que pour eux c'est plus
12 difficile et nous ça nous freine aussi au niveau de la relation parfois de confiance parce qu'ils
13 ont parfois l'impression qu'on s'en fiche alors que pas du tout. Oui sur certaines choses ça
14 freine pas mal.
- 15 E : Du coup, pour vous le fait de n'avoir que la moitié du visage de visible ça enlève une grande
16 partie de vos émotions dans la relation de soin ?
- 17 C : Oui tout à fait.
- 18 E : Et bien j'allais vous poser la question de savoir quelles sont vos difficultés avec le masque
19 dans le soin, donc vous, vous les ressentez notamment dans la relation. Peut-être qu'il y a
20 d'autres difficultés pour vous dans le soin avec le masque notamment en neurologie avec des
21 patients qui présentent certaines altérations de la communication ?
- 22 C : Effectivement nous avons des patients qui ne peuvent pas parler normalement parce qu'ils
23 sont aphasiques, du coup c'est difficile pour eux, heu (...) ou autre chose nous avons aussi des
24 patients qui ne parlent pas français, ou encore des patients qui peuvent lire sur les lèvres et donc
25 là c'est problématique avec le masque. Donc c'est difficile, après on essaie de faire autrement,
26 mais c'est difficile d'être à moitié cachée. Oui je trouve que c'est plus compliqué.
- 27 E : Cela signifie que vous faites autrement dans le soin pour communiquer.
- 28 C : J'ai appris à faire autrement, mais ce n'est pas facile ! (Rires)
- 29 E : C'est difficile, oui. Pour vous, mais aussi pour les patients d'après ce que vous dites.
- 30 C : Oui pour moi ça va dans les deux sens, parce que le masque nous met en difficulté mais
31 pour eux c'est aussi difficile, parce qu'ils ne voient pas du tout nos réactions, du coup ils
32 peuvent se demander ce que l'on pense, si l'on est sincère dans ce que l'on dit aussi, du coup je
33 pense qu'ils n'arrivent pas à savoir si l'on dit vraiment les choses ou si on se cache un peu
34 derrière le masque. Oui donc pour eux je pense que ce n'est pas facile.
- 35 E : Vous me parliez de la relation de confiance qui vous paraît plus difficile avec le masque. Ça
36 signifie que vous avez besoin que vous avez besoin de transmettre vos émotions avec votre
37 visage pour pouvoir créer une relation de confiance ?
- 38 C : Oui, parce qu'ils peuvent penser que si l'on se cache derrière notre masque, que l'on n'est
39 pas sincère avec eux et je pense que ça peut bloquer certaines personnes ont déjà du mal à

40 sourire et faire confiance alors s'ils ne voient même pas nos sourires à nous ou toutes autres
41 émotions de notre part c'est encore plus difficile pour eux.

42 E : Après il y a quelque chose d'important dans le service où vous travaillez, c'est que vous
43 rencontrez souvent des patients qui ne vous ont jamais rencontrée sans votre masque
44 contrairement aux EHPAD par exemple, où il y a une majorité de résidents qui connaissaient
45 l'équipe soignante sans masque avant la pandémie. Alors, est-ce que vous ressentez lors de vos
46 admissions déjà, quand vous faites une entrée une difficulté pour entrer en relation avec les
47 patients ?

48 C : Oui, je pense que c'est plus compliqué. Mais nous avons des patients qui sont chroniques et
49 qui viennent très régulièrement. Alors moi, ils m'ont rencontrée que depuis l'été dernier mais
50 les filles qui les connaissaient voient la différence avec et sans masque avec ces patients, et ils
51 ont eu du mal à reconnaître les soignants. Du coup ils ont eu l'impression de voir de nouvelles
52 personnes, donc avec le masque ils nous reconnaissent plus, on ne voit pas les émotions donc
53 ils essaient de nous reconnaître qu'avec les yeux. Donc je pense que le masque est une source
54 de stress pour eux, parce qu'avant ils se disaient, qu'ils allaient retrouver tel et tel soignant avec
55 qui ils avaient créé une relation de confiance et là c'est comme s'ils avaient l'impression de
56 devoir tout recommencer à zéro.

57 E : Oui, je comprends. Vous savez nous parlons souvent d'asymétrie dans la relation soignant-
58 soigné. Alors, selon vous est-ce que le masque a une répercussion sur cette asymétrie ?

59 C : Pour l'asymétrie dans le soin elle est inévitable, parce que nous faisons les soins qu'ils ne
60 peuvent pas faire donc quelque part ils le subissent donc il y a forcément une asymétrie. Après
61 l'explication que l'on donne du soin peut réduire cette asymétrie. Après le masque peut réduire
62 cette asymétrie aussi, puisque nous, dans notre service si le patient peut porter le masque, il doit
63 le mettre, nous sommes donc porteurs d'un masque tous les deux, ce qui nous fait quelque chose
64 de commun. Cependant, certains patients ne le portent pas ce qui inverse un peu la situation.
65 (Rires). Mais du coup oui, pour moi le masque entraîne des répercussions sur l'asymétrie dans
66 la relation et peut la réduire voire l'inverser selon les situations.

67 E : Du coup, après tout ce que vous venez de me dire, le masque a une réelle incidence sur la
68 relation soignant-soigné ?

69 C : Oui tout à fait.

70 E : Alors nous allons passer à une deuxième partie de questions. J'aimerais savoir maintenant si
71 pour vous il y a une différence entre faire des soins et prendre soin ?

72 C : Oui. C'est marrant, j'ai fait une partie sur ça aussi dans mon mémoire. Pour moi faire des
73 soins, ça toujours une connotation objectivante. Moi je dis toujours prendre soin et je n'aime
74 pas non plus dire prendre en charge. Faire des soins pour moi, c'est trop mécanique, c'est plus
75 être devant une feuille de papier ou un objet.

76 E : Ça veut dire que vous estimez au quotidien prendre soin plutôt que faire des soins ?

77 C : Oui tout à fait.

78 E : Alors, qu'est-ce que ça change pour vous de prendre soin ?

79 C : Déjà le fait de dire « je prends soin d'une personne » ça me fait réfléchir sur ma façon de
80 faire le soin, je réfléchis au sens que je donne au soin. Ça me permet du coup, de toujours me

81 remettre en question et de me demander si c'est de cette façon-là qu'il faut que je fasse quelque
82 chose plutôt qu'une autre manière et du coup j'essaie toujours de donner du sens et de me
83 demander aussi si c'était à moi ou quelqu'un de proche si j'aimerais qu'on le fasse de cette
84 manière-là. Après, je vois en service, il y a certaines infirmières qui font les choses les unes
85 après les autres pour faire ce qu'il y a à faire sans explication, sans échanges, elles font le soin
86 puis elles s'en vont et je trouve que le patient vit les choses différemment à ce moment-là.

87 E : Faire des soins pour vous c'est réaliser les soins comme un robot en fait ?

88 C : Oui, clairement.

89 E : Si vous êtes alors plus sur une démarche du prendre soin, est-ce que pour vous le masque a
90 une incidence sur celle-ci ?

91 C : Oui je trouve. Quand on était en stage en 2^{ème} année, on n'avait pas le masque, donc j'ai pu
92 voir la différence. Quand on entrait dans la chambre avec le sourire pour aller voir un patient et
93 donc le patient était plus ouvert, plus réceptif. Là, en entrant dans une chambre, il faut le dire
94 par exemple le matin à 6h, on le réveille, il ne voit pas notre visage, il ne voit pas notre sourire,
95 il voit que nos yeux cernés, ça ne le met pas forcément en confiance. Donc pour moi le masque
96 n'a pas forcément une influence positive sur ma démarche. Après j'ai conscience que le masque
97 est là pour nous protéger et protéger les patients mais ce n'est pas facile.

98 E : C'est certain. Mais vous qui êtes en neurologie avec des patients qui présentent différentes
99 formes d'altération de la communication qui nous mène peut-être encore plus à singulariser nos
100 soins.

101 C : Oui parce que nous avons des patients qui rencontrent des difficultés pour parler mais aussi
102 des patients une aphasie au niveau de la compréhension ou bien encore qui inversent tous les
103 mots et bien c'est super compliqué par ce qu'ils ne peuvent plus voir nos réactions sur nos
104 visages du coup ça les embrouille encore plus. C'est très compliqué. Par exemple j'ai eu un
105 patient hier qui inversait tous les mots, et je suis allée lui poser un cathéter et il m'a regardé et
106 il m'a dit : je n'ai rien « senti ». Alors moi j'ai souri derrière mon masque, lui ne l'a pas vu.

107 E : Et alors là, ça vous a arrangé que votre masque cache votre sourire ?

108 C : Oui dans un sens c'est pas mal non plus, parce qu'il ne faudrait pas que le patient le prenne
109 mal. Alors oui, c'est que parfois le masque nous protège parce que parfois quand on perd
110 patience avec certains patients donc le masque permet de nous cacher c'est vrai mais de l'autre
111 côté le masque peut aussi nous empêcher d'effectuer notre travail comme on le voudrait donc,
112 c'est ambivalent.

113 E : J'aime bien, c'est authentique. Oui c'est vrai le masque nous protège de la Covid mais il
114 peut nous protéger d'autres choses et parfois il permet finalement de cacher certaines émotions.
115 (Rires). Du coup, nous parlons du prendre soin, est-ce que pour vous cela nécessite de travailler
116 en équipe ?

117 C : Oui. Je trouve qu'on prend toujours plus soins quand on effectue son travail à deux par
118 exemple. D'ailleurs en neurologie, ils envisagent que l'on passe en 12h et que l'on travaille en
119 binôme IDE-AS. Et moi je suis pour, parce que j'ai fait des stages où l'on travaillait en binôme
120 comme ça et je trouve que pour le patient c'est beaucoup mieux, c'est beaucoup plus global.
121 Comme ça par exemple si un patient a besoin d'être changé et que l'on est deux, je n'ai pas à
122 attendre 30 ans que l'aide-soignante puisse venir m'aider, on peut faire directement les choses

123 à deux, pour les prises de sang par exemple je n'ai pas besoin d'attendre que quelqu'un puisse
124 venir m'aider pour tenir le bras si besoin parce qu'en neurologie, il peut avoir une hémiplégie
125 et avoir très mal et peuvent être très spastiques donc il faut les aider. Pour les pansements aussi
126 on n'est pas obligé de les mobiliser 36 fois et de leur faire mal, donc si l'AS est là, on peut faire
127 la toilette et faire en même temps les pansements. Du coup j'ai plus l'impression que la prise
128 en soin est beaucoup plus efficace et plus agréable pour les patients.

129 E : D'accord. Et est-ce que le masque a changé le travail en équipe ?

130 C : C'est vrai qu'il y a des moments où les familles sont dans les chambres et on se chuchotait
131 les choses parfois, que l'on ne peut plus faire maintenant avec le masque parce qu'on entend
132 plus. Alors parfois on baisse nos masques pour se faire certaines mimiques mais c'est quelque
133 chose que l'on ne peut pas faire tout le temps partout et devant tout le monde. (Rires). Donc
134 entre nous au niveau de la communication, sur certaines choses ça les complique parce qu'on
135 ne s'entend pas forcément, quand il y a du bruit dans la chambre, lorsque l'on aspire ou que
136 l'on fait des aérosols ou des choses comme ça, on est obligé de crier. Oui voilà, je pense
137 qu'effectivement le masque a une répercussion sur le travail en équipe notamment sur la
138 communication.

139 E : Alors, malgré le port du masque est-ce que vous estimez avoir préservé une qualité et une
140 efficacité des soins ?

141 C : En soi, on a été obligé de faire avec. Mais oui, je pense qu'on a à peu près réussi à préserver
142 une qualité des soins mais je pense qu'elle n'est pas aussi efficace et efficiente avec le masque.
143 Les patients et nous avons appris à lire les émotions sans tous les traits d'un visage, mais quand
144 je vois certains patients qui toquent à la porte de la salle de pause quand je mange et qui me
145 voient donc sans le masque et qu'ils ne me reconnaissent pas, je me demande quand même si
146 l'efficacité est toujours là. On a beau essayé de tout faire pour que les soins soient le mieux
147 possible malgré le masque c'est quand même différent. Autre chose, quand j'ai commencé à
148 travailler dans le service, la totalité de l'équipe ne me connaissait pas et ne me voyait en service
149 qu'avec le masque et lorsque je croisais des filles sur le parking sans le masque elles ne me
150 reconnaissaient pas et moi non plus. C'est quand même très compliqué d'apprendre à
151 reconnaître une personne juste avec ses yeux. Si en plus la personne n'est pas coiffée ou
152 maquillée de la même façon, on ne reconnaît plus personne finalement alors je n'imagine même
153 pas pour les patients. Ce n'est vraiment pas facile de s'adapter. Après il y a des moments, où il
154 faut se mettre en distance et baisser le masque. Nous avons eu un patient qui a eu un parcours
155 pas facile dans l'établissement que l'on a récupéré après un séjour en réanimation et avec sa
156 famille on avait créé un vrai lien de confiance avec qui on avait baissé le masque à certains
157 moments parce qu'ils en avaient besoin et à la fin ils nous reconnaissaient avec et sans le
158 masque. C'était surtout avec sa femme, nous avons baissé le masque parce qu'elle avait besoin
159 de voir nos vraies émotions pour pouvoir être rassurée. Parfois on est obligé de le faire si on
160 veut effectuer notre travail.

161 E : Bien. On va commencer alors la dernière série de questions. Est-ce que le masque finalement
162 est plus une source de difficultés ou bien d'implication voire de créativité dans les soins ?

163 C : Et bien je pense que l'on a été obligé de travailler avec le masque, donc on a été obligé
164 d'apprendre à faire autrement. C'est vrai qu'avec le masque je parle plus avec la gestuelle,
165 j'essaie de faire ressentir des choses plus de cette façon-là. Mais je pense que même les patients
166 ont appris à faire autrement. J'ai même l'impression parfois que c'est même eux qui nous
167 analysent, j'ai parfois même l'impression de passer un entretien parce que finalement ils nous

168 questionnent beaucoup sur ce que l'on ressent puisqu'ils ne le voient pas forcément. Aussi on
169 a eu beaucoup de patients positifs, alors entre la charlotte, le masque FFP2 et la surblouse, on
170 a essayé de faire en sorte qu'ils n'aient pas le sentiment que c'étaient des pestiférés ou des
171 choses comme ça ou encore de se sentir à l'écart. Donc j'essayais même si j'avais le masque de
172 sourire pour qu'ils le voient au niveau des yeux. Après je pense que la Covid a majoré aussi le
173 manque de temps dans les soins. En neurologie, il y a 12 patients par infirmière et l'après-midi
174 c'est très compliqué quand en plus on a les entrées et qu'il faut aussi prendre du temps pour les
175 familles. Franchement je n'ai pas de temps, alors avec les patients positifs je dois mettre la
176 tenue et la retirer, il y a plus de choses à faire qui font que ça demande encore plus de temps et
177 c'est très compliqué de gérer le temps déjà à la base mais alors là c'est majoré. Du coup il y a
178 des jours où on n'a pas l'impression de faire son travail correctement.

179 E : Ça veut dire que l'on parle du masque mais finalement le temps est aussi un souci dans la
180 qualité du prendre soin ?

181 C : Oui, le masque, le temps et le manque de personnel ! (Rires) Après, je pense qu'on est
182 tellement tombé bas au niveau des conditions de travail que l'on ne pourra pas tomber plus bas.
183 Mais j'ai espoir que ça change.

184 E : Oui, après peut-être que le problème du temps dans les soins mène comme le masque à
185 devoir faire avec les moyens que l'on a et donc faire le mieux possible malgré la difficulté. Et
186 puis l'apprentissage, de l'organisation, de savoir gérer son temps peut finalement avec
187 l'expérience offrir du temps ensuite pour les patients et leurs proches. Mais je suis d'accord, le
188 manque de temps est un problème réel sur le terrain qui est exprimé par beaucoup de soignants.

189 C : Eh oui, c'est la réalité du terrain !

190 E : Et si l'on revient au masque dans les soins, concrètement, que faites-vous différemment
191 avec le masque quand vous soignez ?

192 C : Déjà je parle beaucoup plus fort en général, encore plus avec les patients sourds qui
193 d'ailleurs avant pouvaient lire sur nos lèvres. Je m'approche plus aussi pour parler. Quand je
194 souhaite faire ressentir des émotions, j'accentue plus mes mimiques comme le sourire. Et
195 j'ajouterai aussi que je fonctionne beaucoup plus avec le toucher pour transmettre mes émotions
196 avec les patients comme les familles pour les rassurer, être avec eux et essayer d'être
197 empathique oui je trouve que le toucher marche bien. Voilà, je crois que j'ai tout dit.

198 E : Ça vous demande donc de faire des efforts, des nouvelles idées ?

199 C : Oui de nouvelles idées, après c'est ce que je pense avoir mis en place dans mes soins depuis
200 que nous le portons, je pense que c'est ce que je fais en gros pour pallier les difficultés. Après
201 des efforts oui, parce que sincèrement, on a quand même du mal à respirer sous le masque, le
202 pire c'est l'été ou lorsque l'on aide les personnes en douche en plus je porte des lunettes, ça me
203 fait plein de buée. Donc c'est horrible, ça me demande effectivement des efforts, mais bon je le
204 porte c'est important pour moi et surtout pour les patients.

205 E : Bien. Donc pour vous le masque est plus une source de difficultés ou d'implication et de
206 créativité dans les soins ?

207 C : Je vais dire la vérité, pour moi au début de la pandémie c'était plus une source de difficultés.
208 Là, au bout de plus de 2 ans, je dirai que c'est plus une source de créativité dans les soins

209 puisqu'on a appris à faire avec. Et j'essaie toujours de faire au mieux pour les patients pour
210 effectuer correctement mon travail donc c'est aussi de l'implication dans ce que je fais.

211 E : OK. Je n'ai plus de question mais vous avez peut-être une chose à ajouter à laquelle je
212 n'aurai pas pensé concernant le masque dans les soins ?

213 C : Heu (...) Non.

214 E : Alors, je vous remercie pour avoir accepté de faire cet entretien surtout sur un de vos jour
215 de repos.

216 C : C'est normal. Je suis passée par là l'année dernière, je sais ce que c'est, alors ça me fait
217 plaisir de le faire et d'être de l'autre côté cette année.

Entretiens avec les patients

Entretien avec Pavot

- 1 Élodie : Je vous laisse vous présenter
- 2 Pavot : Alors je m'appelle Pavot, je suis accompagné au CATTP depuis 2016 suite à une
3 agression qui m'a mis dans un état psychologique instable. D'ailleurs, moi j'écris beaucoup,
4 j'aime ça et j'adore refaire les soignants alors l'équipe du CATTP m'a proposé de participer à
5 des ateliers de théâtre. Du coup ça fait 5 ans maintenant que je participe aux ateliers. Là-bas je
6 fais des pièces de théâtre que l'on présente même au Festival d'Avignon.
- 7 E : C'est super tout ça. Pourquoi vous souhaitiez participer à ce mémoire sur le masque ?
- 8 P : Eh bien parce que j'aime parler, et ce sujet m'intéresse, j'en ai entendu parler par les
9 infirmières et moi qui fais du théâtre et qui aime partager avec les gens je trouve que c'est
10 important de parler du masque.
- 11 E : Je suis ravie d'avoir eu la surprise en tout cas, que l'on vienne vers moi pour participer à ce
12 travail d'autant plus venant d'un patient. Ça ne peut qu'enrichir ma recherche de vous donner
13 la parole et je vous remercie d'être là. Alors, je vais commencer par vous poser la question de
14 savoir si pour vous le masque est une source de difficultés dans les soins.
- 15 P : Alors, pour moi non. Il n'a pas de conséquences à part qu'il nous sert à nous protéger d'un
16 microbe.
- 17 E : Et si pour vous il n'y a pas de difficultés est-ce que pour les autres patients ou pour les
18 soignants vous avez observé des difficultés à cause du masque ?
- 19 P : Oui, j'ai remarqué qu'on nous demande de bien articuler quand on parle pour que les autres
20 puissent nous comprendre et nous entendre et de parler plus fort aussi. C'est d'ailleurs, des
21 points sur lesquels on a beaucoup travaillé au théâtre.
- 22 E : Du coup pour vous il peut y avoir des répercussions sur la communication entre le soignant
23 et vous à cause du masque ?
- 24 P : Oui, si je n'articule pas ou que je ne parle pas assez fort on ne me comprend pas ou on ne
25 m'entend pas et vice et versa.
- 26 E : J'ai une question un peu spécifique à la relation soignant-soigné. Est-ce que vous ressentez
27 des difficultés dans cette relation avec le port du masque ?
- 28 P : Avec les soignants que je connaissais déjà avant le masque non. Après avec les nouveaux
29 soignants que je ne connais pas c'est plus difficile, parce que je n'ai jamais vu leur visage. Alors
30 je vais moins vers eux.
- 31 E : Ça veut dire que c'est plus difficile d'avoir confiance en un soignant dont vous n'avez jamais
32 vu le visage ?
- 33 P : Oui. Après, avec le temps j'apprends à les connaître autrement mais ce n'est pas pareil. Je
34 préfère ceux que je connaissais avant sans le masque.

35 E : Vous savez, on parle souvent de l'asymétrie qu'il peut y avoir dans une relation entre un
 36 soignant et un patient, qu'est-ce que vous en pensez ? Vous avez déjà ressenti cette asymétrie
 37 ?

38 P : oui, moi je l'ai ressentie il y a 5ans. On fait souvent des visites de différentes choses en
 39 groupe et avant j'avais tendance à m'éloigner du groupe, à vouloir faire ce qui m'intéressait
 40 moi. Étant donné que je ne suivais pas les règles du groupe, j'ai été suspendu 5 mois de sorties.
 41 Et donc ça, je l'ai ressenti comme une frustration et le pouvoir que les soignants avaient sur les
 42 patients. Après je sais qu'il faut savoir respecter la hiérarchie dans les établissements et les
 43 règles établies pour la sécurité et pour aussi respecter le groupe et les soignants.

44 E : Donc pour vous, les conséquences du masque sur la relation que vous avez avec les soignants
 45 ça serait lesquelles ?

46 P : Pour moi ça serait essentiellement la communication parce que ça demande plus d'efforts
 47 pour se faire comprendre les uns et les autres.

48 E : J'ai une autre question, en tant que patient qu'est-ce qui fait des soins ou un
 49 accompagnement de qualité ?

50 P : personnellement, pour qu'il y ait une qualité il faut qu'il y ait un respect vis-à-vis de l'autre
 51 et une certaine confiance qui doit s'installer.

52 E : Et qu'est-ce qui vous fait avoir confiance en un soignant plus qu'un autre ?

53 P : c'est sa façon de parler, de s'exprimer, de m'expliquer les choses, le ton de la voix aussi.
 54 Moi si on me prend de haut, ou qu'un soignant hausse le ton je vais me braquer. Mais pour moi,
 55 s'il y a du respect des deux côtés tout est établi pour une bonne relation.

56 E : Vous voulez dire que la qualité des soins pour vous passe par le respect ?

57 P : Tout à fait. Mais aussi, par l'écoute que le soignant va avoir avec moi pour me comprendre.

58 E : Et du coup, est-ce que vous pensez que le masque a justement une répercussion sur la qualité
 59 des soins ?

60 P : Oui, parce que le masque empêche de voir le soignant, son expression, les traits de son
 61 visage, ses émotions. Mais je vois des choses dans leurs yeux mais ça ne fait pas tout. C'est très
 62 difficile. C'est difficile parce que j'ai du mal à interpréter les émotions de la personne que j'ai
 63 en face de moi.

64 E : Du coup c'est une répercussion sur la qualité et l'efficacité des soins ?

65 P : oui sur la qualité mais pas l'efficacité, les soins restent efficaces.

66 E : Alors, on va passer sur la dernière partie de série de questions. J'aimerais savoir si le port du
 67 masque vous demande de faire les choses autrement dans les soins outre le fait de devoir parler
 68 plus fort et de mieux articuler ?

69 P : (...) comment dire, en ce moment ça va mais le plus difficile c'est quand il y a les chaleurs,
 70 c'est comme si on étouffait sous les masques. Mais après les choses n'ont pas vraiment changé,
 71 mise à part qu'on fait plus d'activités dehors et qu'on amplifie peut-être plus nos gestes pour
 72 parler. En plus moi je suis d'origine italienne alors j'ai tendance à parler avec les mains donc
 73 j'avoue que moi ça m'aide pour communiquer.

74 E : Pour vous, le masque vous diriez qu'il est plus une source de difficultés ou d'implication et
75 de créativité dans les soins ?

76 P : Moi je dirai que le masque demande plus d'implication et de créativité mais de la part des
77 patients parce que les soignants ont déjà l'habitude. Mais un peu aussi de la part des soignants
78 parce qu'on voit bien qu'ils fournissent des efforts pour qu'on ait des activités adaptées, ils
79 prennent plus le temps parfois pour nous écouter, nous comprendre, ils nous ont beaucoup
80 rassurés depuis le début de l'épidémie. D'ailleurs, malgré l'épidémie on a quand même un bon
81 accompagnement et des activités intéressantes malgré le port du masque.

82 E : Ok. J'ai terminé mes questions. Est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose à ce qu'on
83 a dit.

84 P : Oui. Le sourire des soignants me manque. Parce que c'est un peu pour ça que je vais au
85 CATTP, c'est ça qui me fait du bien. C'est ce qui donne de la chaleur dans mon
86 accompagnement. Aussi, c'est difficile au théâtre de jouer avec quelqu'un dont je ne peux pas
87 percevoir les émotions sur son visage. C'est comme avec les soignants, échanger sans émotions
88 c'est plus compliqué parce que c'est comme au tennis dans un échange on se renvoie quelque
89 chose et là sans le bas du visage pour renvoyer une émotion c'est difficile. Mais bon, c'est
90 quelque chose qui se travaille, regardez dans le cinéma muet les comédiens arrivent à
91 transmettre un message aux spectateurs et cette fois-ci c'est encore pire, ils n'ont pas la parole.

92 E : effectivement, je n'imagine même pas si l'on avait perdu la parole avec ce masque !

93 P : Mais n'empêche qu'elle est peut-être là l'implication dans les soins, dans ce travail, la
94 profondeur dans les soins, dans l'écoute et l'observation de l'autre que ce soit pour vous mais
95 aussi pour nous.

96 E : C'est très intéressant ce que vous me dites. Est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose
97 ?

98 Oui je voulais vous dire que ça m'a fait plaisir de venir pour participer à ce travail et je croise
99 les doigts pour qu'on puisse jouer au Festival cette année et si on le fait j'espère que vous
100 viendrez nous voir sur scène.

101 E : Ça sera avec un grand plaisir bien sûr. En tout cas, je vous remercie pour l'intérêt que vous
102 avez porté à cette recherche, d'être venu ce matin et pour tout ce que vous venez de partager
103 avec moi. C'est très riche et très intéressant. C'était vraiment un bon moment.

104 P : Eh bien, c'est partagé.

Entretien avec Tournesol

- 1 Élodie : Je vous laisse vous présenter.
- 2 Tournesol : Je m'appelle Tournesol, j'ai 59 ans, j'étais un patient du SSIAD mais je suis
3 hospitalisé en ce moment dans une clinique pour un escarre et quand je rentrerai à la maison ce
4 seront des infirmiers libéraux qui prendront le relai. Il faut savoir également que je suis
5 tétraplégique depuis 1983 suite à un accident.
- 6 E : Alors, vous connaissez le thème de mon mémoire puisque nous avons eu l'occasion d'en
7 parler déjà tous les deux, dites-moi du coup quelles sont les difficultés liées au masque pour
8 vous ?
- 9 T : Étant donné que je suis tétraplégique, quand je dois m'expliquer, si j'avais mes mains pour
10 m'expliquer ça serait plus facile, alors avec le masque comment je fais ? (Rires) Et on ne voit
11 que la moitié du visage de la personne en face de soi et en plus on ne te comprend pas si tu
12 n'articules pas et si à ça se rajoute le fait que le timbre de voix de la personne n'est pas assez
13 fort, alors là on ne comprend rien.
- 14 E : effectivement pour vous s'est d'autant plus compliqué de porter le masque puisque vous
15 n'avez pas la possibilité d'accompagner vos propos par toute la communication non-verbale,
16 l'attitude, les gestes.
- 17 T : oui, il y a de ça mais il a aussi autre chose, c'est que tous les tétraplégiques nous avons une
18 insuffisance respiratoire alors respirer avec ce masque c'est très fatigant et ça donne chaud et
19 donner un son plus fort quand on respire mal c'est difficile et encore plus fatigant. C'est limite
20 de la suffocation.
- 21 E : ça vous est arrivé de moins partager ou écouter une discussion avec un soignant tellement
22 c'était fatigant ?
- 23 T : Eh bien, en fait écouter non, mais d'enlever mon masque oui.
- 24 E : d'accord. Et d'après vous, selon ce que vous pouvez observer, est-ce que vous pensez que
25 les soignants ont des difficultés aussi liées au masque ?
- 26 T : Non, je vois surtout qu'ils sont sans arrêt obligés de nous répéter de mettre le masque.
- 27 E : Oui, ça c'est une réalité j'avoue. Et voyez-vous des répercussions sur la communication
28 entre vous et les soignants à cause du masque ?
- 29 T : Je ne sais pas, si peut-être pour percevoir nos expressions, nos émotions, mais c'est ce que
30 je ressens, par exemple quand je ne vois pas le visage du soignant je ne sais pas si je l'agace ou
31 pas.
- 32 E : Là vous venez d'entrer à la clinique, il y a des soignants que vous n'aviez jamais rencontrés
33 avant le port du masque, est-ce que c'est plus difficile d'entrer en relation entre soignant et
34 soigné avec le port du masque ?
- 35 T : Ah oui ! Ça va de soi. Oui ça peut même faire comme un blocage, parce qu'on ne sait pas
36 quoi penser. Lorsqu'on ne connaît pas la personne, on ne sait ce qu'elle pense et là on ne voit
37 pas d'émotions pour pouvoir interpréter. Quand on connaît la personne, c'est plus facile. Mais
38 c'est une certitude, sans jamais avoir vu le visage d'une personne c'est compliqué d'entrer en

39 relation mais c'est le cas dans la rue aussi. Quand on porte un masque et qu'on aborde quelqu'un
40 pour un renseignement les personnes ont du mal à te capter, à t'appréhender.

41 E : Donc pour vous le bas du visage est très important pour pouvoir communiquer et entrer en
42 relation avec quelqu'un. Et donc il a également des répercussions sur une relation de confiance
43 dans le soin ?

44 T : oui c'est certain pour les mêmes raisons.

45 E : Ok. Vous savez on parle souvent de l'asymétrie qui peut exister dans la relation soignant-
46 soigné, est-ce que pour vous le port du masque a changé quelque chose dans cette asymétrie ?

47 T : Moi je pense que c'est le cas du moment que l'on entre dans un établissement de soins. Nous
48 sommes obligés de respecter les règles de l'établissement parce que ces gens sont là pour te
49 soigner, donc quelque part ils ont un savoir et donc un pouvoir que tu n'as pas. Mais pour moi
50 le masque n'a pas d'incidence sur cette asymétrie. Après ce que le masque a changé dans les
51 soins, c'est surtout le temps que les soignants passent avec nous. Il a diminué. Et
52 malheureusement déjà que les infirmières n'ont pas assez de temps pour nous et bien ce temps-
53 là est encore plus restreint depuis l'épidémie. C'est d'ailleurs encore pire quand on a le COVID,
54 quand je l'ai eu les soignants passaient encore moins de temps avec moi, pour être le moins
55 exposés possible, et parce qu'aussi il y avait beaucoup plus de charge de travail tellement le
56 nombre de positifs augmentait alors que le nombre de soignants avait diminué parce que
57 beaucoup de soignants ont été touchés par le COVID aussi.

58 E : Donc est-ce que vous diriez que le masque a une incidence sur la relation soignant-soigné ?

59 T : oui c'est évident ! Il y a du personnel que j'ai revu depuis le port du masque que je n'ai pas
60 reconnu avec le masque. Ou alors je les croise dans la rue sans masque, ils me disent bonjour
61 et je ne sais pas qui c'est parce que je ne les ai jamais vus sans masque. C'est quand même une
62 catastrophe, une personne me fait la toilette et je suis incapable de la reconnaître dans la rue
63 parce que je ne l'ai jamais vue sans masque.

64 E : Oui, c'est vrai je n' imagine pas ce que l'on doit ressentir à ce moment-là. Même pour le
65 soignant, on doit se dire qu'on a loupé un truc dans le soin quand même. D'ailleurs, vous en
66 tant que patient qu'est-ce qui fait la qualité d'un soin ?

67 T : La qualité d'un soin c'est (...) l'empathie du soignant, la qualité d'un soin c'est (...) le
68 sourire du soignant.

69 E : Mais là, vous n'avez pas le sourire du soignant ?

70 T : Non je n'ai plus le sourire des soignants, pourtant c'est plus important que le doliprane et le
71 reste ! Pour moi c'est important pour le moral. Un soignant qui n'arrête pas de regarder la
72 pendule, ou qui fait la « tronche » ça me déprime. D'ailleurs un soignant qui n'a pas le moral,
73 ou c'est à nous de lui remonter, c'est le monde à l'envers. Ah et d'ailleurs, je pense à quelque
74 chose, si le fait que les soignants portent le masque fait qu'ils sont plus irritables, mais parce
75 qu'ils sont fatigués aussi je pense par le manque de personnel mais je crois que porter un masque
76 toute la journée fatigue aussi. Mais pour moi la qualité du soin est dans l'écoute, le sourire et la
77 bonne humeur. Pour moi c'est 80% du soin le reste c'est de l'habillage du soin.

78 E : c'est super intéressant ce que vous dites, mais si l'écoute, l'empathie, le sourire et la bonne
79 humeur font la qualité d'un soin est-ce que le masque qui crée quand même pas mal de

80 difficultés à la communication apparemment, à la compréhension parfois et à l'échange des
81 émotions est-ce qu'il entraîne une répercussion sur la qualité de votre prise en soin ?

82 T : Ah mais oui c'est certain ! Quand des soignants viennent me faire les soins avec le masque
83 et que je ne les connais pas, que je n'ai jamais vu leur visage, c'est comme si des robots étaient
84 passés par là. C'est encore pire avec la tenue complète quand on est contaminé. D'ailleurs je
85 pense à autre chose, à la maison quand les filles venaient me faire les soins, j'ai bien cru que
86 certaines allaient tomber avec le masque tellement c'était insupportable quand il faisait chaud.
87 Donc les conditions de travail d'après ne jouent pas en faveur d'une qualité des soins optimale.

88 E : Donc pour vous le masque a une incidence sur la qualité et l'efficacité des soins ?

89 T : Oui, à partir du moment où la partie psychologique est importante pour le patient,
90 évidemment qu'il y a une incidence.

91 E : vous parlez de la dimension relationnelle du soin ?

92 T : Oui. Il ne pas y avoir de soin sans relation. Moi en tant que patient dans mes journées, je
93 passe de la solitude aux soins. Et c'est pareil ici, dans cette chambre. Ils passent pour le petit
94 déjeuner le matin, pour la toilette, pour le repas du midi, pour le change, pour la sieste, pour le
95 repas du soir et pour le coucher et pour vider mes poches et terminé. A part ces passages-là, il
96 n'y a pas de soins. Du coup ce qui me fait du bien dans ces moments de soins, c'est le contact
97 humain avec eux pas le soin en lui-même. Moi quand les personnes passent un vrai moment
98 avec moi d'échanges parfois ça suffit à me faire oublier toutes sortes de douleurs. Cela étant,
99 j'ai conscience que chaque patient est différent. Mais bon il n'y a pas de hasard, ici quand on
100 discute entre patients nous sommes d'accord sur les soignantes qu'on préfère.

101 E : Ah oui ?

102 T : bien sûr, et en général si on les préfère ce n'est pas parce que c'est elles qui font les
103 meilleures piqûres ou qui vident le mieux les poches d'urines ! Mais parce que c'est chouette
104 quand elles sont là.

105 E : Ok ! Pour vous est-ce que le port du masque vous demande de faire les choses différemment
106 dans les soins ? si celui-ci est source de difficultés, je me demandais s'il était source aussi
107 davantage d'implication et de créativité dans les soins ?

108 T : Le port du masque m'oblige à parler fort mais au maximum de ses possibilités parce que
109 moi, je n'ai pas beaucoup de capacités, ma sangle abdominale m'aide un peu, mais j'en peux
110 plus de ce masque, j'étouffe, ça me fatigue et il me fait mal aux oreilles, alors maintenant je
111 fais en sorte d'attacher les élastiques derrière la tête. Et puis il me semble quand même
112 important que tu sois capable de reconnaître les gens que tu soignes ou bien que tu puisses
113 reconnaître les gens qui te soignent ! Le port du masque me gêne aussi pour l'image que je
114 renvoie, j'ai l'impression de ressembler à rien.

115 E : Et finalement, quelles sont les choses que vous avez trouvées pour palier à toutes ces
116 difficultés ?

117 T : Et bien, parler plus fort, enfin comme je peux, ma ceinture abdominale m'aide à augmenter
118 mes capacités en appuyant sur mes abdominaux et sinon de baisser mon masque.

119 E : Du coup pour vous le masque représente plus une source de difficulté ou une source de plus
120 d'implication et de créativité dans les soins ?

121 T : D'après moi, il est plus une source de difficultés. Au niveau de la créativité, la seule chose
122 que j'ai pu observer ce sont les masques personnalisés pour Noël ou Halloween, donc en soi
123 c'est aussi une implication dans les soins. Mais bon de parler vraiment d'implication et de
124 créativité en plus dans les soins depuis le port du masque non.

125 E : Ok. Souhaiteriez-vous ajouter quelque chose à cet entretien ?

126 T : Oui, j'aimerais que les soignants arrêtent de prendre le masque ou le COVID comme excuse
127 au manque de temps pour soigner correctement les personnes. Et je pense qu'ils en ont besoin
128 autant que nous de temps. De prendre plus le temps limiterait les Burn out aussi je pense.
129 Finalement depuis l'épidémie c'est plus le temps réduit des soins qui m'impacte que le masque
130 je crois.

131 E : Ok. Vous vouliez ajouter quelque chose d'autre ?

132 T : Non.

133 E : Alors je vous remercie pour ce temps que vous venez de m'accorder pour participer à cette
134 recherche et l'intérêt que vous y portez.

135 T : Et bien ça m'a fait passer un très bon moment d'échanges et de partage.

Annexe 4 : Tableaux d'analyse verticale des entretiens

Analyse verticale des entretiens avec les soignants.

Thèmes abordés	Ce que nous souhaitons savoir	Cadre de référence	Verbatim
Masque et relation soignant-soigné	La perception personnelle du soignant de l'incidence éventuelle du masque sur la relation soignant-soigné	La communication est la clé de la relation mais elle ne suffit pas. La communication n'est pas exclusivement verbale. (Bioy.A, 2013). La vulnérabilité pourrait être un atout dans la relation et offrir une certaine égalité. (Zielinski.A, 2011). Le masque est une barrière à la communication et à l'instauration d'une relation de confiance. (Novelli.E, 2020). Le masque est porteur de distance, refroidit la relation, il est porteur d'angoisse, de peur, accentue les troubles et la solitude des patients. Il rend la relation thérapeutique et de confiance difficile. (Forcioli.P, 2020).	Nénuphar : L14-16 « Au théâtre [...] on travaille avec le visage, les émotions, avec la voix [...] et là, on a la moitié du visage qui est caché ». Lilas : L39 « Ma grande difficulté, c'est que moi je fais beaucoup de sourires et on ne les voit plus ». Verveine : L78-81 « On est là pour sourire. Avec le masque pour lever la voix, la baisser c'est compliqué alors pour la personne ça lui fait un bruit de fond, alors imaginez pour des personnes qui sont fragilisées, qui entendent mal ou qui ne voient pas clair lorsque nous nous présentons c'est moyen ». Pâquerette : L8-21 « Ils n'ont pas notre expression de visage, ils ne nous reconnaissent pas, ils ne sentent pas ce que l'on ressent émotionnellement parlant. [...] surtout chez les personnes démentes. [...] chez des gens avec qui ont besoin d'échanges visuels, forcément c'est une barrière. Ou alors des personnes handicapées comme quelqu'un de sourd, si on n'a pas les mimiques en face c'est compliqué. [...] c'est aussi compliqué pour moi en termes de communication, au niveau visuel pour pouvoir échanger. [...] la difficulté est celle de me faire comprendre pas forcément les comprendre eux ». Coquelicot : L8-14 « La famille a l'impression qu'on y met aucune émotion. Ils ne voient pas notre visage, donc c'est compliqué. Parfois les émotions ressortent avec les yeux et tout ça mais c'est plus difficile ».

		Le masque peut être un atout à la relation et non un obstacle. (Lévinas.E, 1990). La relation d'aide est un accord bilatéral qui implique le patient et le soignant dans un effort partagé. Elle nécessite une relation de confiance. (Phaneuf.M, 2016). Nos attitudes, positionnements, nos mots peuvent majorer l'asymétrie de la relation. (Bourdieu.P, 1982). La sollicitude peut offrir un pied d'égalité dans la relation soignant-soigné grâce à notre attention à singularité de chacun et notre accueil de l'autre. (Furstenberg.C, 2011). L'empathie est indispensable à la relation. Pour comprendre l'autre il faut savoir écouter et entendre. (Schaller.R, 1989).	donc pour les familles et les patients c'est compliqué. Surtout parce qu'il y a des moments où l'on peut être froid et du coup je pense que pour eux c'est plus difficile et nous ça nous freine aussi au niveau de la relation parfois de confiance parce qu'ils ont parfois l'impression qu'on s'en fiche alors que pas du tout. Oui sur certaines choses ça freine pas mal ». Coquelicot : L39-41 « je pense que ça peut bloquer certaines personnes ont déjà du mal à sourire et faire confiance alors s'ils ne voient même pas nos sourires à nous ou toutes autres émotions de notre part c'est encore plus difficile pour eux ». Verveine : L29-31 « la respiration dans un 1er temps, le temps aussi qu'on s'adapte tous et puis la communication parce qu'on n'est pas aussi audible avec le masque et là avec les personnes mal entendant et bien ils essaient de capter ce qu'ils peuvent ! ». Verveine : L108-109 « Aussi, de ressentir qu'il se passe quelque chose de dangereux sans trop comprendre pourquoi, c'est angoissant pour eux ». Quassia : L11-14 « je trouve que ça crée une distance avec le patient notamment avec les patients que l'on a en soins chroniques [...] On a la distance, on a aussi le côté aussi le côté praticité, c'est quand même compliqué quand on porte des lunettes et que l'on donne des douches c'est difficile à cause de la buée ». Quassia : L27-30 « pour les patients la difficulté a été de porter le masque tout simplement ! Ils ne comprenaient pas du fait qu'ils étaient chez eux pourquoi ils étaient obligés de porter un masque. Ça été très compliqué et aujourd'hui encore on a des patients qui ne mettent pas le
--	--	---	---

			masque. Il faut qu'on relance systématiquement et il y en a avec qui on a laissé tomber ». Coquelicot : L48-56 « Nous avons des patients qui sont chroniques et qui viennent très régulièrement. [...] ils m'ont rencontrée que depuis l'été dernier mais les filles qui les connaissaient voient la différence avec et sans masque avec ces patients, et ils ont eu du mal à reconnaître les soignants. [...] ils ont eu l'impression de voir de nouvelles personnes, donc avec le masque ils nous reconnaissent plus, on ne voit pas les émotions donc ils essaient de nous reconnaître qu'avec les yeux. [...] le masque est une source de stress pour eux, parce qu'avant ils se disaient, qu'ils allaient retrouver tel et tel soignant avec qui ils avaient créé une relation de confiance et là c'est comme s'ils avaient l'impression de devoir tout recommencer à zéro ». Verveine : L51-55 « Je peux plus avec ce masque ! On ne respire pas bien, il y a des filles qui ont saigné du nez, il y a d'autres qui avaient des boutons. De temps en temps, on a envie d'ouvrir la fenêtre est de prendre de l'air de dehors comme si on se disait allez on repart en apnée. Parce que sérieusement moi c'est la sensation que j'ai d'être en apnée quand j'ai le masque ». Coquelicot : L202-204 « on a quand même du mal à respirer sous le masque, le pire c'est l'été ou lorsque l'on aide les personnes en douche en plus je porte des lunettes, ça me fait plein de buée. Donc c'est horrible, ça me demande effectivement des efforts ». Quassia : L199-202 « les patients chroniques c'est plus compliqué, c'est d'ailleurs problématique avec leur entourage aussi, nous passons notre temps à répéter la même chose. [...] avec certains, j'ai abandonné, je ne dis plus rien. [...] ça me demande un effort physique, de respirer
--	--	--	---

			dedans, surtout sous les douches, j'ai l'impression que je vais m'étouffer ». Coquelicot : L22-26 « nous avons des patients qui ne peuvent pas parler normalement parce qu'ils sont aphasiques [...] nous avons aussi des patients qui ne parlent pas français, ou encore des patients qui peuvent lire sur les lèvres et donc là c'est problématique avec le masque [...] on essaie de faire autrement, mais c'est difficile d'être à moitié cachée ». Quassia : L41-47 « il y a des répercussions, nous avons des patients qui sont sourds, donc nous sommes obligées de crier un peu plus fort parce que le masque a un effet d'atténuation de la voix. [...] pour les comprendre quand ils portent le masque, parfois c'est difficile. Et puis au niveau relationnel, il y a [...] ce sourire que l'on peut amener, parce qu'ils apprécient aussi que l'on arrive en souriant, alors heureusement que l'on a encore les yeux. Il y a un total manque d'émotion, on a des enfants très jeunes qui ne nous avaient jamais vues avec qui ça été très compliqué ». Coquelicot : L30-34 « ça va dans les deux sens, parce que le masque nous met en difficulté mais pour eux c'est aussi difficile, parce qu'ils ne voient pas du tout nos réactions [...] ils peuvent se demander ce que l'on pense, si l'on est sincère dans ce que l'on dit aussi [...] Ils n'arrivent pas à savoir si l'on dit vraiment les choses ou si on se cache un peu derrière le masque ». Quassia : L184-189 « le masque ne change rien au niveau de la technicité des soins, mais il change tout pour la communication, je dois hurler parfois pour échanger avec eux, parfois même je me recule pour baisser le masque pour qu'on puisse se comprendre, ou encore même pour montrer une émotion du style un peu plus ferme. Le pire c'est avec
--	--	--	--

			les patients étrangers, la barrière de la langue plus le masque alors là c'est génial ». Nénuphar : L33-35 « Le travail de relation en psychiatrie est essentiel. [...] Chose qui pour un psychotique [...] n'est pas évident. [...] Le masque a presque été un outil à des moments ». Nénuphar : L48-51 « Il y en a qui peuvent se cacher derrière le masque. [...] Une de nos patientes est très timide, [...] ça fait comme un filtre de plus. [...] Il y en a pour qui, c'est bien d'avoir un masque. [...] Certains préfèrent porter le masque ». Verveine : L36-38 « Je pense que pour certains ce masque les arrange parce qu'il y a des choses qu'ils n'ont peut-être pas envie de montrer et peut-être que ça les a rassurés et ça leur a permis d'être différents ». Coquelicot : L109-112 « le masque nous protège parce que parfois quand on perd patience avec certains patients donc le masque permet de nous cacher c'est vrai mais de l'autre côté le masque peut aussi nous empêcher d'effectuer notre travail comme on le voudrait donc, c'est ambivalent ». Verveine : L91-101 « j'ai observé pas mal de repli sur soi depuis le port du masque. [...] La personne âgée ne va pas forcément nous reconnaître, alors si en plus elle ne nous entend pas bien elle fait l'amalgame de toutes les personnes. [...] pour les personnes qui nous connaissaient avant le masque, il y avait moins de problèmes mais pour les personnes qui sont entrées durant la pandémie, qui n'ont jamais vu nos visages, qui ne nous connaissent pas, c'est beaucoup plus compliqué. Mais ça n'empêche que depuis l'épidémie, j'ai vu un changement de comportement chez les résidents, même un repli chez des résidents pourtant épanouis ici à la base ».
--	--	--	---

			Lilas : L57-63 « Pour moi le port du masque n’empêche pas les patients de communiquer. [...] mais je trouve que ça met une barrière ». Pâquerette : L28-30 « le masque peut entraîner des répercussions sur la communication, et donc sur l’entrée en relation mais aussi la relation de confiance que je souhaiterai établir avec eux parce que c’est un tout ». Quassia : L118 « masque oui ça change parce que le 1er contact que l’on a avec quelqu’un c’est visage ». Coquelicot : L92-96 « Quand on entrait dans la chambre avec le sourire pour aller voir un patient et donc le patient était plus ouvert, plus réceptif. Là, en entrant dans une chambre, il faut le dire par exemple le matin à 6h, on le réveille, il ne voit pas notre visage, il ne voit pas notre sourire, il voit que nos yeux cernés, ça ne le met pas forcément en confiance ». Nénuphar : L64-70 « Une bouche pincée, ça peut être des signes d’angoisse, quelqu’un qui se mordille les lèvres, forcément ça cache un petit peu les symptômes. [...] au-delà de la communication on a quand même un rôle de surveillance. [...] Il y a des choses que l’on peut moins observer derrière le masque ». Nénuphar : L77-83 « On a beaucoup de personnes dont on ne connaît pas le visage et vice et versa. [...] une patiente nous a demandé plusieurs fois de baisser nos masques. [...] Quand on nous le demande c’est important. [...] Ils ont besoin de voir la personne dans sa globalité ». Quassia : L53-60 « j’ai une parade en fait, c’est-à-dire que je me tiens un peu loin et je baisse mon masque pour qu’il voit mon visage. Mais je fais ça même avec les nouveaux patients adultes ! Et j’avoue que c’est
--	--	--	---

			pareil pour moi, quand je n'ai jamais vu le patient, lors de la première rencontre je demande au patient de me montrer son visage au moins pour que l'on puisse se présenter [...] C'est obligatoire ». Nénuphar : L83-85 « Je pense que quand une personne en face porte un masque on projette tellement le reste du visage, on construit avec ce que l'on peut voir ici, et parfois on est surpris lorsque l'on découvre cette partie que l'on n'a jamais vue ». Nénuphar : L102-119 « le fait de jouer avec eux, fait qu'on est tous comédiens. On est tous d'égal à égal sur la scène, soumis aux mêmes règles de mise en scène, quand les metteurs en scène nous dirigent ils dirigent de la même manière un patient qu'un soignant. Le but chez nous, c'est qu'il n'y ait pas cette asymétrie, [...] on est tous dans la même galère. [...] on est tous humain, qu'il y a des choses qu'on n'arrive pas à faire. [...] le masque ne change pas grand-chose là-dedans et en plus ici nous portons tous le masque ». Pâquerette : L33-34 « Je pense que c'est encore un facteur de plus, comme la blouse blanche, comme le savoir du patient qui peut passer tel un pouvoir sur eux ». Verveine : L58-61 « je me suis sentie comme à l'ancien temps avec cette allure, je trouve que ça donne une position d'avoir un masque, c'est peut-être parce que j'ai travaillé en chirurgie mais moi je fais le lien avec masque et chirurgien. Ça peut donner une impression d'une position de force aussi quelque part". Verveine : L64-70 « c'est une position qui vis-à-vis du regard du résident, je pense que quelque part on a dû leur faire peur, on a dû les impressionner. Alors moi je sais que j'ai toujours eu le geste avec ma main (elle me mime une caresse sur le bras) pour essayer de les rassurer,
--	--	--	---

			parce que les pauvres, non seulement ils n'entendent pas, ils écarquillent leurs yeux, ils sont sourds ou malentendants et enfermés dans leur chambre donc quelque part coupés du monde. Et bien sûr ce masque quelque part quand une personne rentre dans leur chambre masquée au départ ils l'ont rapporté à leur propre personne ». Quassia : L64-68 « Je pense que déjà cette asymétrie est différente à domicile parce que c'est à moi de m'adapter au patient, son entourage et son environnement. [...] je travaille en civil et non en blouse blanche, ce qui je pense peut diminuer les sources d'asymétrie dans une relation soignant-soigné. [...] je pense que le masque peut accentuer cette asymétrie dans les soins ». Coquelicot : L59-66 « L'asymétrie dans le soin elle est inévitable [...] L'explication que l'on donne du soin peut réduire cette asymétrie. Après le masque peut réduire cette asymétrie aussi, puisque nous, dans notre service si le patient peut porter le masque [...] nous sommes donc porteurs d'un masque tous les deux, ce qui nous fait quelque chose de commun. Cependant, certains patients ne le portent pas ce qui inverse un peu la situation. (Rires). Mais du coup oui, pour moi le masque entraîne des répercussions sur l'asymétrie dans la relation et peut la réduire voire l'inverser selon les situations ». Nénuphar : L92 « Oui il a eu une incidence ». Quassia : L83-86 « certain patient ne change quasi jamais leur masque. Et là, se joue autre chose dans cette relation, nous c'est notre rôle de protéger les patients mais lorsqu'ils portent le masque, il est question de nous protéger nous, soignants et ça ils ont beaucoup de mal à le concevoir. Donc, ça a quand une grosse incidence sur la manière de travailler ».
--	--	--	---

Faire des soins et prendre soin	Si le prendre soin est indispensable à la qualité et l'efficacité du soin.	La rencontre dans la relation soignant-soigné nécessite une démarche du prendre soin. (Hesbeen.W, 2002). Le soin est le « care », les soins sont le « cure » et l'un est lié à l'autre. C'est considérer l'autre. Les soins font partis du « prendre soin ». Le soin nécessite un travail d'équipe. L'importance est de mettre du sens dans nos soins. (Hesbeen.W, 2012). Le prendre soin est un art pour venir en aide dans une situation singulière. (Hesbeen.W, 2002). Le masque a une incidence sur nos rapports au travail, dans notre communication et notre organisation. (Forcioli.P, 2020). Il y a deux qualités dans le soin : le soin technique et celle de la relation. (Menaut-H, 2009). Le care et le cure sont indispensables à la prise en charge globale. (Piveteau-D, 2009)	Lilas : L144 « je ne fais pas de différence entre les deux ». Nénuphar : L150-153 « Dans le prendre soin il y a une dimension de rencontre, de respect, de la singularité d'autrui, c'est la rencontre avec l'individu. Dans le prendre soin, la notion d'empathie entre, on est touché par la personne et on va vers elle, donc on va prendre soin d'elle. Faire du soin, on peut faire sa prise de sang, ne pas lui parler et partir ». Nénuphar : L173-174 « pour moi, le prendre soin sert à ce que le patient se sente considéré ». Pâquerette : L40-43 « faire un soin c'est acte, prendre soin c'est une globalité qui peut inclure l'acte d'ailleurs. [...] l'un ne va pas sans l'autre ». Pâquerette : L53-54 « le prendre soin c'est la base du soin. Ça fait partie de la relation que j'ai avec chacun d'entre eux ». Verveine : L139-151 « Faire des soins pour moi, ça pose plus la technique, faire des soins c'est faire des pansements, c'est prendre la tension. Prendre soin c'est donner de l'attention à chacune des personnes que je vais soigner en respectant sa personnalité et en m'adaptant au quotidien à ce qu'elle va présenter. [...] C'est ne pas être indifférent. [...] C'est vraiment être vigilant, c'est être attentionné, c'est être dans l'empathie tout en respectant la personne et sa personnalité mais en tenant compte aussi des petites faiblesses qu'elle peut avoir dans son attitude parce qu'elle est triste ou autre, ce qu'elle va présenter ». Quassia : L89-98 « prendre soin ça serait prendre en charge un patient un peu plus dans sa globalité que faire un soin. [...] il y a une notion de prise en charge globale dans prendre soin [...] faire un soin ça peut être
---	---	---	--

		La qualité relationnelle est essentielle à la qualité des soins. Le travail en équipe est primordial pour mieux adapter les décisions, éviter la fusion relationnelle, préciser et réadapter les objectifs et la démarche de soins. L'efficacité du prendre soin passe par un travail d'équipe. (Furstenberg.C, 2011). La démarche du prendre soin : base des liens de confiance. (Phaneuf.M, 2016).	un soin technique, un soin relationnel, de l'éducation thérapeutique [...] prendre soin, c'est vraiment considérer la personne dans sa globalité [...] ne serait-ce que tout ce que je prends en compte pour organiser mes tournées en fonction d'eux, de leurs besoins au quotidien, des imprévus aussi. [...] prendre soin c'est prendre en compte tout ce qui entoure aussi la personne et sa personnalité ». Verveine : L154-163 « Surtout prendre soin. [...] On n'attache pas d'importance justement au relationnel [...] il faut savoir ce que l'on veut être. Si on veut être une infirmière qui prend soin ou une technicienne. Donc si l'on veut être une technicienne, il faut aller en réa ! [...] Je trouve que c'est tellement bien de pouvoir de pouvoir prendre soin des gens ! Parce qu'en fait je pense que c'est ça le plus important dans le soin [...] C'est mon côté humain que j'apporte avec ça ». Coquelicot : L72-74 « faire des soins, ça toujours une connotation objectivante. Moi je dis toujours prendre soin et je n'aime pas non plus dire prendre en charge. Faire des soins pour moi, c'est trop mécanique ». Coquelicot : L79-81 « de dire ' je prends soin d'une personne' ça me fais réfléchir sur ma façon de faire le soin, je réfléchis au sens que je donne au soin. Ça me permet du coup, de toujours me remettre en question ». Nénuphar : L210-212 « il faut être en équipe. Il faut savoir déléguer pour pouvoir prendre soin de la personne. Si on se force à prendre soin ce n'est pas sincère et ça se sent et ça revoie des choses négatives sinon ». Lilas : L213 « on n'observe pas les mêmes choses. On se complète ».
--	--	---	--

			Pâquerette : L57-58 « Le travail en équipe m’apporte une vision collective pour prendre soin et donc une prise en charge collective ». Verveine : L201-207 « Le plus important c’est que l’équipe avec laquelle nous travaillons soit en relation. Après chacun a son rôle mais, si nous ne sommes pas en concertation quasi permanente, ça ne peut pas fonctionner. Le travail de qualité c’est une chaîne. [...] C’est tous ensemble que l’on peut faire quelque chose, ce n’est pas toute seule ! Sinon ça ne servirait à rien que l’on soit aussi nombreux ! ». Coquelicot : L177-128 « Je trouve qu’on prend toujours plus soins quand on effectue son travail à deux par exemple [...] J’ai l’impression que la prise en soin est beaucoup plus efficace et plus agréable pour les patients ». Verveine : L219-220 « heureusement quand nous sommes en transmissions nous baissons le masque, on se met à distance. On se le permet pour discuter quand même ». Quassia : L134-162 « l’on a toute un caractère différent mais que l’on prend soin de la même manière des patients. [...] le masque n’a rien changé parce qu’en fait quand on se voyait on ne portait pas le masque. [...] Cette relation en équipe est trop nécessaire. Même au 1er confinement, j’ai ressenti ce besoin de voir mes collègues pour faire les relèves, nous sommes allées les faire chez les unes et les autres. [...] Leur visage, leur voix, leur présence, une chaleur humaine quoi ! J’ai besoin de ça pour travailler en équipe ». Verveine : L90-91 « Il a eu effectivement des répercussions au niveau relationnel surtout dans nos soins ».
--	--	--	---

			Pâquerette : L64-71 « Non je ne dirai pas que ça a fait baisser la qualité des soins. C'est différent mais on ne peut pas dire non plus qu'on a perdu en qualité parce qu'on se débrouille autrement. [...] Ça une incidence sur le relationnel mais pas l'efficacité parce qu'on trouve toujours des solutions quand ça ne fonctionne pas ». Verveine : L232-236 « l'efficacité pas sur le plan technique, mais sur le plan psychologique, relationnel. Parce que de prendre le temps d'expliquer, de répéter c'était compliqué. J'avoue que j'ai eu ce ressenti à un moment d'être comme un robot, parce qu'il fallait s'habiller, se redéshabiller avec des personnes qui n'étaient vraiment pas bien, on sortait et finalement il fallait encore autre chose". Quassia : L170-157 « quand c'est un soin qui demande beaucoup de relationnel, notamment avec les personnes en fin de vie, je trouve quand même qu'on n'est pas trop dans la qualité, avec les enfants aussi [...] le masque altère le soin relationnel, donc la qualité mais aussi l'efficacité puisqu'il est nécessaire. Sans soins relationnels, le soin n'est pas réussi ». Coquelicot : L141-142 « Mais oui, je pense qu'on a à peu près réussi à préserver une qualité des soins mais je pense qu'elle n'est pas aussi efficace et efficiente avec le masque ». Coquelicot : L130-138 « Il y a des moments où les familles sont dans les chambres et on se chuchotait les choses parfois, ce que l'on ne peut plus faire maintenant avec le masque parce qu'on entend plus. Alors parfois on baisse nos masques pour se faire certaines mimiques mais c'est quelque chose que l'on ne peut pas faire tout le temps partout et devant tout le monde. Donc entre nous au niveau de la communication, sur certaines choses ça les complique parce qu'on ne s'entend pas forcément, quand il y a du bruit dans la chambre, lorsque l'on aspire ou
--	--	--	---

			que l'on fait des aérosols ou des choses comme ça, on est obligé de crier. Oui voilà, je pense qu'effectivement le masque a une répercussion sur le travail en équipe notamment sur la communication ».
Masque et soins	Si le masque est majoritairement une source de difficultés ou d'implication et de créativité supplémentaire	Il est possible de prendre soin en adaptant notre discours et notre attitude en étant masqué. (Novelli.E, 2020). Le masque tend à l'homogénéisation. (Novelli.E, 2020). Le masque a un fort impact sur les rapports sociaux. Les sourires et les expressions du visage ne se voient plus, on ne peut plus lire sur les lèvres et certaines paroles deviennent inaudibles. Il efface notre personnalité et constitue une barrière sociale. (Choeur.A, 2020). Le masque est un objet totalitaire qui restreint la liberté individuelle d'expression. (Choeur.A, 2020). Notre responsabilité découle de la vulnérabilité du visage d'autrui. (Svandra.P, 2018).	Nénuphar et Lilas : L39-43 « Je fais beaucoup de sourires et on ne les voit plus. Mais on le voit dans tes yeux. Oui mais bon, ce n'est pas pareil. Peut-être que pour les soignants qui font la gueule, c'est bien de porter le masque ». Verveine : L81-83 « La seule chose en plus qu'ils voient de mon visage se sont mes yeux, alors j'avoue que depuis que l'on porte le masque j'ai accentué mon maquillage sur les yeux, je pense aussi que l'on accentue nos émotions avec les yeux ». Quassia : L124-132 « j'ai toujours fait attention à la façon dont je m'apprête pour aller rendre visite aux patients, même au niveau de mon visage, j'aime toujours mettre un peu de rouge à lèvres et c'est d'ailleurs quelque chose qu'ils apprécient mais là c'est fini. [...] notre apparence apporte un message important pour l'autre, c'est un moyen de leur donner de l'importance aussi. Et encore une fois, le sourire a une importance quand on entre chez la personne, lors d'un soin. Avec le sourire, on dit que nous sommes contentes d'être là, on rassure, on partage une émotion ». Verveine : L83-86 « ce n'est pas nous ! Avec ce masque, en plus de la modification de ma voix, je ne peux pas m'exprimer de la même façon, il change ma personnalité, il change mon visage, ce n'est pas moi, je fais avec ce que je peux mais non j'avoue qu'avec le masque je ressens que ça, c'est plus moi ». Quassia : L219-221 « Je trouve que nous enlève quelque chose, ma personnalité, mes émotions et il m'enlève un peu le côté humain de ce que je recherche dans les soins à domicile ».

		Le masque appelle notre responsabilité. (Phillipart.J-S, 2020). Ce qui nous rapproche est peut-être notre incompréhension mutuelle et notre vulnérabilité commune. (Svandra.P, 2018). La relation ne se résume pas au visage. Les soignants considèrent le masque comme nuisible à la relation et à l'empathie. (Forcioli.P, 2020). Les soignants ont dû s'accommoder à cette contrainte pour ne pas rompre le lien de la relation soignant-soigné. (Mira.L, 2021). Le masque demande de moduler la voix, d'appuyer son regard pour transmettre, échanger, communiquer. Il a été nécessaire de créer de nouveaux codes de communication. (Mira.L, 2021) Il demande aux soignants une attention sur le bénéfice risque	Nénuphar : L47-48 « Les patients s'expriment toujours de la même façon masque ou pas masque. Je n'ai pas cette sensation de muselière ». Verveine : L87-88 « Le jour où on nous dira de retirer nos masques ce sera libérateur ! Oui je me languis de pouvoir parler normalement ». Nénuphar : L92-94 « On se faisait plus de soucis avant de devoir travailler avec le masque et aujourd'hui on se rend compte qu'on se débrouille et qu'on y arrive quand même ». Nénuphar : 229-232 « une émotion ce n'est pas que le visage c'est aussi le corps. Donc avec le masque chirurgical je leur dis que là on va faire comme avec le masque blanc et que l'on travaille aussi le corps, la gestuelle, de transmettre les émotions différemment. Certains me disent qu'on ne les entend pas parce qu'ils ont le masque, alors je leur dis de parler plus fort ». Nénuphar : L237-244 « C'est plus la question du nombre de participants qui me demande plus d'implication et de créativité pas tant le masque. [...] ça nous demande plus d'effort pour cadrer ceux qu'ils ne veulent pas le mettre, avec encore une fois un rappel aux règles mais qu'on aurait dû faire avec d'autres supports pour ces mêmes personnes je pense ». Coquelicot : L101-104 « Nous avons des patients qui rencontrent des difficultés pour parler mais aussi des patients une aphasie au niveau de la compréhension ou bien encore qui inversent tous les mots et bien c'est super compliqué par ce qu'ils ne peuvent plus voir nos réactions sur nos visages du coup ça les embrouille encore plus ». Pâquerette : L74-76 « que ça me demande d'être plus attentive, de communiquer autrement que par la communication non-verbale du bas
--	--	--	---

		de façon singulière. (Forcioli.P, 2020). Certains patients ont des réactions agressives voire violentes face au masque. Les soignants se voient parfois retirer leur masque. (Mira.L, 2021). Les règles des mesures barrières sont plus difficiles pour les patients fragiles, désorientés ou tactiles. (Forcioli.P, 2020). Les soignants démontrent une créativité malgré une pratique bousculée dans l'espérance aussi du retrait du masque et de pouvoir offrir une disponibilité aux personnes soignées. (Mira.L, 2021). Le masque nous demande d'apprendre à transmettre nos émotions par d'autres moyens car la relation ne se contente pas de la communication verbale. Il nécessite alors un engagement et une créativité	de mon visage, je travaille plus avec ma posture, mon attitude, mes gestes ». Verveine : L277-281 « j'ai toujours fait ça ! Je suis dans le secteur en plus où il y a le plus de personnes avec des troubles cognitifs, donc j'ai toujours utilisé ça quand les gens ne comprenaient pas. Le mimétisme, la traduction par le mouvement pour que la personne comprenne. J'ai toujours fait ça donc c'est assez naturel chez moi, donc le masque n'a pas vraiment changé les choses à ce niveau-là et ça fonctionne. C'est un moyen comme un autre pour communiquer ». Verveine : L31-36 « ! Du coup, ça me demande un effort pour bien articuler, ou alors j'essaie de me mettre à distance et je baisse mon masque parce que je me suis aperçue que les gens arrivent à lire sur les lèvres, mais bon pour ceux qui ont des handicaps aussi au niveau de la vue c'est encore plus compliqué, alors chacun a pu trouver ses repères comme il le pouvait par rapport à cette nouvelle situation et ce n'est pas quelque chose d'évident quand même parce qu'ont été pas habitué ». Verveine : L48-50 « parfois j'ai pris du papier, une fois une ardoise pour essayer de communiquer par écrit. En fait je pense qu'au fur et à mesure que l'on s'est adapté aux situations, nous avons trouvé les moyens ». Pâquerette : L82-87 « plus d'implication puisque je passe plus de temps avec eux, je trouve d'autres idées pour communiquer correctement malgré le masque, je pense être encore plus attentive qu'avant aussi. [...] le masque est plus source d'implication et de créativité parce que ce n'est pas un handicap de travailler avec le masque, seulement parfois ça peut poser un problème dans la communication pour le soignant comme pour le patient, ça nous oblige
--	--	--	---

		plus importante. (Mira.L, 2021). Quassia : L190-195 « on a récupéré des masques pour les personnes qui portent des appareils auditifs, ce sont les masques qui s’attachent derrière la tête et non avec les élastiques derrière les oreilles. Ça parce que ça les gênait beaucoup et du coup ils ne mettaient plus les appareils donc le masque et l’absence des appareils c’était l’enfer. Je pense également dans ce que l’on fait depuis le port du masque, que je parle beaucoup plus avec mon attitude, mon corps, mes gestes, mes mains, mes yeux aussi ». Coquelicot : L165-173 « avec le masque je parle plus avec la gestuelle, j’essaie de faire ressentir des choses plus de cette façon-là. Mais je pense que même les patients ont appris à faire autrement. [...] on a eu beaucoup de patients positifs, alors entre la charlotte, le masque FFP2 et la surblouse, on a essayé de faire en sorte qu’ils n’aient pas le sentiment que c’étaient des pestiférés ou des choses comme ça ou encore de se sentir à l’écart. Donc j’essayais même si j’avais le masque de sourire pour qu’ils le voient au niveau des yeux ». Coquelicot : L193-198 « je parle beaucoup plus fort en général, encore plus avec les patients sourds qui d’ailleurs avant pouvaient lire sur nos lèvres. Je m’approche plus aussi pour parler. Quand je souhaite faire ressentir des émotions, j’accentue plus mes mimiques comme le sourire. Et j’ajouterai aussi que je fonctionne beaucoup plus avec le toucher pour transmettre mes émotions avec les patients comme les familles pour les rassurer, être avec eux et essayer d’être empathique oui je trouve que le toucher marche bien ». Verveine : L195-198 « Il ne change pas ma démarche, il modifie un petit peu la perception des choses et la prise en charge par rapport au	donc à travailler différemment mais je ne le vois pas comme quelque chose de négatif ».
--	--	--	--

			prendre soin. [...] on a fait peut-être un peu plus d'efforts pour maîtriser cette qualité qu'on doit avoir en tant que professionnel pour essayer d'en apporter au moins une partie même si elle n'a pas été apportée en totalité ». Nénuphar : L29-33 « on a quand même ceux qui sont dans la défiance, qui veulent toujours l'enlever et on leur dit qu'il faut le garder que nous aussi ça nous embête. C'est donc aussi une manière de ramener, du collectif dans le soin. C'est-à-dire que le masque, c'est pour protéger l'autre surtout, donc nous on joue là-dessus, on explique aux patients que c'est aussi pour protéger le reste du groupe, parce qu'ils sont en général en 6 et 8 par atelier ». Verveine : L20-25 « Il a fallu une adaptation à ce port de masque. [...] Pour nous aussi, parce qu'il y a le problème d'adaptation, un problème de respiration, on est en face d'une population qui n'entend pas, qui ne voit pas très clair, donc les repères (...) c'était compliqué ! Pâquerette : L26-28 « si j'ai quelqu'un en face de moi qui a toutes ses facultés mentales, ça ne pose pas réellement problème. Après ça peut poser soucis quand on a des gens en face qui sont soit déments soit psychotiques qui ont besoin en fait d'avoir une image en face ». Pâquerette : L46-51 « un résident qui est sourd, ça crée avec lui beaucoup plus de difficultés parce qu'il ne peut pas lire nos expressions sur nos visages, il ne peut pas lire sur nos lèvres [...] cela va nous demander beaucoup plus de temps, on va devoir écrire, du coup je pense qu'on est un peu moins efficace ou peut-être pas un problème d'efficacité mais disons que c'est différent. [...] ça me demande plus de temps, de faire différemment, de réfléchir autrement ».
--	--	--	---

			Verveine : L244-257 « Le masque a été plus une source de créativité c'est vrai dans mes soins. [...] Il a fallu trouver des solutions pour ceux pour qui c'était un problème. [...] Le masque a amené beaucoup de difficultés mais ces difficultés ont engendré des réflexions et tous ensemble encore une fois, pour trouver des réponses aux problèmes donc finalement le masque est plus sources d'implication et de créativité je pense. [...] On a appris à travailler autrement avec ce virus, je pense que si cela devait se reproduire avec une autre épidémie de grande ampleur comme celle-ci, on serait moins novice ». Coquelicot : L157-160 « Nous avons baissé le masque parce qu'elle avait besoin de voir nos vraies émotions pour pouvoir être rassurée. Parfois on est obligé de le faire si on veut effectuer notre travail ». Coquelicot : L208-2011 « au début de la pandémie c'était plus une source de difficultés. Là, au bout de plus de 2 ans, je dirai que c'est plus une source de créativité dans les soins puisqu'on a appris à faire avec. Et j'essaie toujours de faire au mieux pour les patients pour effectuer correctement mon travail donc c'est aussi de l'implication dans ce que je fais ».
Ouverture	Savoir si le soignant aurait autre chose à exprimer concernant le port du masque dans les soins à laquelle je n'aurai pas pensé.		Lilas : L72 « Quand on va enlever les masques, on aura encore plus de subtilité dans notre observation ». Pâquerette : L71 « L'incidence est sur le temps que l'on prend à faire autrement dans nos interactions avec les résidents. Un temps que nous n'avons pas d'ailleurs ». Verveine : L236-237 « J'ai beaucoup écrit durant cette période parce que j'avais besoin d'évacuer ce mal être ». Quassia : L101-114 « je trouve qu'il est plus facile à domicile de prendre soin que de faire des soins, que dans une structure. [...] J'ai

			l'avantage de pouvoir orienter mon travail comme je souhaite. Je peux prendre soin d'une personne comme je l'estime qu'il a besoin. Alors que si c'était juste faire un soin, pour moi ce serait de l'abatage. [...] Ce sont vraiment des personnes à part entière, alors qu'en service on voit bien que l'on sait le nom mais pas trop le reste ». Quassia : L211-219 « le plus gros souci que j'ai eu dans mes prises en charge depuis la pandémie ce n'est pas le port du masque. Nous avons beaucoup de patients atteints de cancers et pour nous il y a eu un gros impact dans leur suivi, avec des reports d'intervention, ou encore des patients avec une hémoglobine trop basse avec un besoin de transfusion qui avec le tri des patients notamment durant la 1ère vague ont été dramatiquement impactés. Alors, le masque a un impact indéniable sur le soin relationnel mais ce tri nous a mis à la limite du risque vital de nos patients, alors on ne les aurait pas perdus du Covid mais bon, je trouve ça tellement absurde. Dans la panique de la pandémie, c'est comme si le bon sens même des choses avait été perdu ! » Coquelicot : L173-179 « Je pense que la Covid a majoré aussi le manque de temps dans les soins. [...] je n'ai pas de temps, alors avec les patients positifs je dois mettre la tenue et la retirer, il y a plus de choses à faire qui font que ça demande encore plus de temps et c'est très compliqué de gérer le temps déjà à la base mais alors là c'est majoré. Du coup il y a des jours où on n'a pas l'impression de faire son travail correctement ».
--	--	--	--

Analyse verticale des entretiens avec les patients

Thèmes abordés	Ce que nous souhaitons savoir	Cadre de référence	Verbatim
Masque et relation soignant-soigné	La perception personnelle du patient de l'incidence éventuelle du masque sur la relation soignant-soigné.	La communication est la clé de la relation mais elle ne suffit pas. La communication n'est pas exclusivement verbale. (Bioy.A, 2013). La vulnérabilité pourrait être un atout dans la relation et offrir une certaine égalité. (Zielinski.A, 2011). Le masque est une barrière à la communication et à l'instauration d'une relation de confiance. (Novelli.E, 2020). Le masque est porteur de distance, refroidit la relation, il est porteur d'angoisse, de peur, accentue les troubles et la solitude des patients. Il rend la relation thérapeutique et de	Pavot : L20-21 « j'ai remarqué qu'on nous demande de bien articuler quand on parle pour que les autres puissent nous comprendre et nous entendre et de parler plus fort aussi ». Pavot : L25-26 « si je n'articule pas ou que je ne parle pas assez fort on ne me comprend pas ou on ne m'entend pas et vice et versa ». Tournesol : L9-13 « Étant donné que je suis tétraplégique, quand je dois m'expliquer, si j'avais mes mains pour m'expliquer ça serait plus facile, alors avec le masque comment je fais ? Et on ne voit que la moitié du visage de la personne en face de soi et en plus on ne te comprend pas si tu n'articules pas et si à ça se rajoute le fait que le timbre de voix de la personne n'est pas assez fort, alors là on ne comprend rien ». Tournesol : L17-20 « Tous les tétraplégiques nous avons une insuffisance respiratoire alors respirer avec ce masque c'est très fatigant et ça donne chaud et donner un son plus fort quand on respire mal c'est difficile et encore plus fatigant. C'est limite de la suffocation ». Pavot : L29-31 « Avec les soignants que je connaissais déjà avant le masque non. Après avec les nouveaux soignants que je ne connais pas c'est plus difficile, parce que je n'ai jamais vu leur visage. Alors je vais moins vers eux ».

		confiance difficile. (Forcioli.P, 2020). Le masque peut être un atout à la relation et non un obstacle. (Lévinas.E, 1990). La relation d'aide est un accord bilatéral qui implique le patient et le soignant dans un effort partagé. Elle nécessite une relation de confiance. (Phaneuf.M, 2016). Nos attitudes, positionnements, nos mots peuvent majorer l'asymétrie de la relation. (Bourdieu.P, 1982). La sollicitude peut offrir un pied d'égalité dans la relation soignant-soigné grâce à notre attention à singularité de chacun et notre accueil de l'autre. (Furstenberg.C, 2011). L'empathie est indispensable à la relation. Pour comprendre l'autre il faut savoir écouter et entendre. (Schaller.R, 1989).	Pavot : L34-35 « Après, avec le temps j'apprends à les connaître autrement mais ce n'est pas pareil. Je préfère ceux que je connaissais avant sans le masque ». Tournesol : L35-40 « Ça va de soi. Oui ça peut même faire comme un blocage, parce qu'on ne sait pas quoi penser. Lorsqu'on ne connaît pas la personne, on ne sait ce qu'elle pense et là on ne voit pas d'émotions pour pouvoir interpréter. Quand on connaît la personne, c'est plus facile. Mais c'est une certitude, sans jamais avoir vu le visage d'une personne c'est compliqué d'entrer en relation mais c'est le cas dans la rue aussi. Quand on porte un masque et qu'on aborde quelqu'un pour un renseignement les personnes ont du mal à te capter, à t'appréhender ». Pavot : L40-43 « Je ne suivais pas les règles du groupe, j'ai été suspendu 5 mois de sorties. Et donc ça, je l'ai ressenti comme une frustration et le pouvoir que les soignants avaient sur les patients. Après je sais qu'il faut savoir respecter la hiérarchie dans les établissements et les règles établies pour la sécurité et pour aussi respecter le groupe et les soignants ». Tournesol : L47-50 « Du moment que l'on entre dans un établissement de soins. Nous sommes obligés de respecter les règles de l'établissement parce que ces gens sont là pour te soigner, donc quelque part ils ont un savoir et donc un pouvoir que tu n'as pas. Mais pour moi le masque n'a pas d'incidence sur cette asymétrie ». Pavot : L46-47 « Pour moi ça serait essentiellement la communication parce que ça demande plus d'efforts pour se faire comprendre les uns et les autres ». Tournesol : L59-63 « Il y a du personnel que j'ai revu depuis le port du masque que je n'ai pas reconnu avec le masque. Ou alors je les croise dans la rue sans masque, ils me disent bonjour et je ne sais pas qui c'est ».
--	--	---	--

			parce que je ne les ai jamais vus sans masque. C'est quand même une catastrophe, une personne me fait la toilette et je suis incapable de la reconnaître dans la rue parce que je ne l'ai jamais vue sans masque ». Tournesol : L82-87 « Quand des soignants viennent me faire les soins avec le masque et que je ne les connais pas, que je n'ai jamais vu leur visage, c'est comme si des robots étaient passés par là. C'est encore pire avec la tenue complète quand on est contaminé. [...] Quand les filles venaient me faire les soins, j'ai bien cru que certaines allaient tomber avec le masque tellement c'était insupportable quand il faisait chaud. Donc les conditions de travail d'après ne jouent pas en faveur d'une qualité des soins optimale ».
Faire des soins et prendre soin	La perception que le patient a de la qualité des soins avec le port du masque.	Le soin est le « care », les soins sont le « cure » et l'un est lié à l'autre. C'est considérer l'autre. Les soins font partis du « prendre soin ». Le soin nécessite un travail d'équipe. L'importance est de mettre du sens dans nos soins. (Hesbeen.W, 2012). Le prendre soin est un art pour venir en aide dans une situation singulière. (Hesbeen.W, 2002). Il y a deux qualités dans le soin : le soin technique et celle de la relation. (Menaut-H, 2009). Le care et le cure sont	Pavot : L50-51 « pour qu'il y ait une qualité il faut qu'il y ait un respect vis-à-vis de l'autre et une certaine confiance qui doit s'installer ». Pavot : L53-57 « c'est sa façon de parler, de s'exprimer, de m'expliquer les choses, le ton de la voix aussi. Moi si on me prend de haut, ou qu'un soignant hausse le ton je vais me braquer. [...] s'il y a du respect des deux côtés tout est établi pour une bonne relation. [...] Mais aussi, par l'écoute que le soignant va avoir avec moi pour me comprendre ». Tournesol : L67-68 « La qualité d'un soin c'est (...) l'empathie du soignant, la qualité d'un soin c'est (...) le sourire du soignant ». Tournesol : L70-77 « Non je n'ai plus le sourire des soignants, pourtant c'est plus important que le doliprane et le reste ! Pour moi c'est important pour le moral. [...] Un soignant qui n'a pas le moral, ou c'est à nous de lui remonter, c'est le monde à l'envers. [...] Le fait que les soignants portent le masque fait qu'ils sont plus irritables, mais parce qu'ils sont fatigués aussi je pense par le manque de personnel mais je crois que porter un masque toute la journée fatigue aussi. Mais pour moi

		indispensables à la prise en charge globale. (Piveteau-D, 2009) La qualité relationnelle est essentielle à la qualité des soins. Le travail en équipe est primordial pour mieux adapter les décisions, éviter la fusion relationnelle, préciser et réadapter les objectifs et la démarche de soins. L'efficacité du prendre soin passe par un travail d'équipe. (Furstenberg.C, 2011). La démarche du prendre soin : base des liens de confiance. (Phaneuf.M, 2016).	la qualité du soin est dans l'écoute, le sourire et la bonne humeur. Pour moi c'est 80% du soin le reste c'est de l'habillage du soin ». Pavot : L60-65 « le masque empêche de voir le soignant, son expression, les traits de son visage, ses émotions. Mais je vois des choses dans leurs yeux mais ça ne fait pas tout. C'est très difficile. C'est difficile parce que j'ai du mal à interpréter les émotions de la personne que j'ai en face de moi. [...] Sur la qualité mais pas l'efficacité, les soins restent efficaces ». Tournesol : L 89-99 « A partir du moment où la partie psychologique est importante pour le patient, évidemment qu'il y a une incidence. [...] Il ne pas y avoir de soin sans relation. Moi en tant que patient dans mes journées, je passe de la solitude aux soins. [...] Ce qui me fait du bien dans ces moments de soins, c'est le contact humain avec eux pas le soin en lui-même. Moi quand les personnes passent un vrai moment avec moi d'échanges parfois ça suffit à me faire oublier toutes sortes de douleurs. Cela étant, j'ai conscience que chaque patient est différent ».
Masque et soins	Si le patient perçoit des changements dans la prise en avec le port du masque.	Il est possible de prendre soin en adaptant notre discours et notre attitude en étant masqué. (Novelli.E, 2020). Le masque tend à l'homogénéisation. (Novelli.E, 2020). Le masque a un fort impact sur les rapports sociaux. Les sourires et les expressions du	Pavot : L69-73 « en ce moment ça va mais le plus difficile c'est quand il y a les chaleurs, c'est comme si on étouffait sous les masques. Mais après les choses n'ont pas vraiment changé, mis à part qu'on fait plus d'activités dehors et qu'on amplifie peut-être plus nos gestes pour parler. En plus moi je suis d'origine italienne alors j'ai tendance à parler avec les mains donc j'avoue que moi ça m'aide pour communiquer ». Tournesol : L108-114 « Le port du masque m'oblige à parler fort mais au maximum de ses possibilités [...] j'en peux plus de ce masque, j'étouffe, ça me fatigue et il me fait mal aux oreilles, alors maintenant je fais en sorte d'attacher les élastiques derrière la tête. Et puis il me semble quand même important que tu sois capable de reconnaître les

		visage ne se voient plus, on ne peut plus lire sur les lèvres et certaines paroles deviennent inaudibles. Il efface notre personnalité et constitue une barrière sociale. (Choeur.A, 2020). Le masque est un objet totalitaire qui restreint la liberté individuelle d'expression. (Choeur.A, 2020). Notre responsabilité découle de la vulnérabilité du visage d'autrui. (Svandra.P, 2018). Ce qui nous rapproche est peut-être notre incompréhension mutuelle et notre vulnérabilité commune. (Svandra.P, 2018). La relation ne se résume pas au visage. Les soignants ont dû s'accommoder à cette contrainte pour ne pas rompre le lien de la relation soignant-soigné. (Mira.L, 2021).	gens que tu soignes ou bien que tu puisses reconnaître les gens qui te soignes ! Le port du masque me gêne aussi pour l'image que je renvoie, j'ai l'impression de ressembler à rien ». Pavot : L76-81 « le masque demande plus d'implication et de créativité mais de la part des patients parce que les soignants ont déjà l'habitude. Mais un peu aussi de la part des soignants parce qu'on voit bien qu'ils fournissent des efforts pour qu'on ait des activités adaptées, ils prennent plus le temps parfois pour nous écouter, nous comprendre, ils nous ont beaucoup rassurés depuis le début de l'épidémie. D'ailleurs, malgré l'épidémie on a quand même un bon accompagnement et des activités intéressantes malgré le port du masque ». Pavot : L93-95 « qu'elle est peut-être là l'implication dans les soins, dans ce travail, la profondeur dans les soins, dans l'écoute et l'observation de l'autre que ce soit pour vous mais aussi pour nous ». Pavot : L84-89 « Le sourire des soignants me manque. Parce que c'est un peu pour ça que je vais au CATTP, c'est ça qui me fait du bien. C'est ce qui donne de la chaleur dans mon accompagnement. Aussi, c'est difficile au théâtre de jouer avec quelqu'un dont je ne peux pas percevoir les émotions sur son visage. C'est comme avec les soignants, échanger sans émotions c'est plus compliqué parce que c'est comme au tennis dans un échange on se renvoie quelque chose et là sans le bas du visage pour renvoyer une émotion c'est difficile ». Tournesol : L26 « Je vois surtout qu'ils sont sans arrêt obligés de nous répéter de mettre le masque ». Tournesol : L117-118 « Parler plus fort, enfin comme je peux, ma ceinture abdominale m'aide à augmenter mes capacités en appuyant sur mes abdominaux et sinon de baisser mon masque ».
--	--	---	--

		Le masque demande de moduler la voix, d'appuyer son regard pour transmettre, échanger, communiquer. Il a été nécessaire de créer de nouveaux codes de communication. (Mira.L, 2021) Il demande aux soignants une attention sur le bénéfice risque de façon singulière. (Forcioli.P, 2020). Certains patients ont des réactions agressives voire violentes face au masque. Les soignants se voient parfois retirer leur masque. (Mira.L, 2021). Les règles des mesures barrières sont plus difficiles pour les patients fragiles, désorientés ou tactiles. (Forcioli.P, 2020). Les soignants démontrent une créativité malgré une pratique bousculée dans l'espérance aussi du retrait du masque et de pouvoir offrir une disponibilité aux personnes soignées. (Mira.L, 2021).	Tournesol : L121-124 « il est plus une source de difficultés. Au niveau de la créativité, la seule chose que j'ai pu observer ce sont les masques personnalisés pour Noël ou Halloween, donc en soi c'est aussi une implication dans les soins. Mais bon de parler vraiment d'implication et de créativité en plus dans les soins depuis le port du masque non ».
--	--	---	---

		Le masque nous demande d'apprendre à transmettre nos émotions par d'autres moyens car la relation ne se contente pas de la communication verbale. Il nécessite alors un engagement et une créativité plus importante. (Mira.L, 2021).	
Ouverture	Savoir si le patient a autre chose à exprimer concernant le port du masque.		Tournesol : L50-53 « Après ce que le masque a changé dans les soins, c'est surtout le temps que les soignants passent avec nous. Il a diminué. Et malheureusement déjà que les infirmières n'ont pas assez de temps pour nous et bien ce temps-là est encore plus restreint depuis l'épidémie ». Tournesol : L126-130 « j'aimerais que les soignants arrêtent de prendre le masque ou le COVID comme excuse au manque de temps pour soigner correctement les personnes. [...] Ils en ont besoin autant que nous de temps. De prendre plus le temps limiterait les Burn out aussi je pense. Finalement depuis l'épidémie c'est plus le temps réduit des soins qui m'impacte que le masque je crois ».

Annexe 5 : Tableaux d'analyse horizontale des entretiens

Analyse horizontale des entretiens avec les soignants

<u>Cadre de référence</u>	Avis des soignants				
	Nénuphar et Lilas	Pâquerette	Verveine	Quassia	Coquelicot
Masque et relation soignant-soigné					
La communication est la clé de la relation mais elle ne suffit pas. La communication n'est pas exclusivement verbale. (Bioy.A, 2013).	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
La vulnérabilité pourrait être un atout dans la relation et offrir une certaine égalité. (Zielinski.A, 2011).	Oui	Non	Non	Oui	Oui
Le masque est une barrière à la communication et à l'instauration d'une relation de confiance. (Novelli.E, 2020).	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Le masque est porteur de distance, refroidit la relation, il est porteur d'angoisse, de peur, accentue les troubles et la solitude des patients. Il rend la relation thérapeutique et de confiance difficile. (Forcioli.P, 2020).	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Le masque peut être un atout à la relation et non un obstacle. (Lévinas.E, 1990).	Oui	Non	Non	Non	Non
La relation d'aide est un accord bilatéral qui implique le patient et le soignant dans un effort partagé. Elle nécessite une relation de confiance. (Phaneuf.M, 2016).	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Nos attitudes, positionnements, nos mots peuvent majorer l'asymétrie de la relation. (Bourdieu.P, 1982). La sollicitude peut offrir un pied d'égalité dans la relation soignant-soigné grâce à notre attention à singularité de chacun et notre accueil de l'autre. (Furstenberg.C, 2011).	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
L'empathie est indispensable à la relation. Pour comprendre l'autre il faut savoir écouter et entendre. (Schaller.R, 1989).	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Faire des soins et prendre soins	Non	Non	Non	Non	Non

La rencontre dans la relation soignant-soigné nécessite une démarche du prendre soin. (Hesbeen.W, 2002).	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Le soin est le « care », les soins sont le « cure » et l'un est lié à l'autre. C'est considérer l'autre. Les soins font partis du « prendre soin ». Le soin nécessite un travail d'équipe. L'importance est de mettre du sens dans nos soins. (Hesbeen.W, 2012).	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Le prendre soin est un art pour venir en aide dans une situation singulière. (Hesbeen.W, 2002).	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Le masque a une incidence sur nos rapports au travail, dans notre communication et notre organisation. (Forcioli.P, 2020).	Non	Non	Non	Non	Non
Il y a deux qualités dans le soin : le soin technique et celle de la relation. (Menaut-H, 2009). Le care et le cure sont indispensables à la prise en charge globale. (Piveteau-D, 2009)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
La qualité relationnelle est essentielle à la qualité des soins.	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Le travail en équipe est primordial pour mieux adapter les décisions, éviter la fusion relationnelle, préciser et réadapter les objectifs et la démarche de soins. L'efficacité du prendre soin passe par un travail d'équipe. (Furstenberg.C, 2011).	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
La démarche du prendre soin : base des liens de confiance. (Phaneuf.M, 2016).	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Masque et soins					
Il est possible de prendre soin en adaptant notre discours et notre attitude en étant masqué. (Novelli.E, 2020).	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Le masque tend à l'homogénéisation. (Novelli.E, 2020)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Le masque a un fort impact sur les rapports sociaux. Les sourires et les expressions du visage ne se voient plus, on ne peut plus lire sur les lèvres et certaines paroles deviennent inaudibles. Il efface notre personnalité et constitue une barrière sociale. (Choeur.A, 2020).	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Le masque est un objet totalitaire qui restreint la liberté individuelle d'expression. (Choeur.A, 2020).	Non	Non	Non	Non	Non
Notre responsabilité découle de la vulnérabilité du visage d'autrui. (Svandra.P, 2018).	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Le masque appelle notre responsabilité. (Phillipart.J-S, 2020).					
Ce qui nous rapproche est peut-être notre incompréhension mutuelle et notre vulnérabilité commune. (Svandra.P, 2018).	Oui	Non	Non	Non	Oui
La relation ne se résume pas au visage.	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Les soignants considèrent le masque comme nuisible à la relation et à l'empathie. (Forcioli.P, 2020).	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Les soignants ont dû s'accommoder à cette contrainte pour ne pas rompre le lien de la relation soignant-soigné. (Mira.L, 2021).	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Le masque demande de moduler la voix, d'appuyer son regard pour transmettre, échanger, communiquer. Il a été nécessaire de créer de nouveaux codes de communication. (Mira.L, 2021)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Il demande aux soignants une attention sur le bénéfice risque de façon singulière. (Forcioli.P, 2020).	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Certains patients ont des réactions agressives voire violentes face au masque. Les soignants se voient parfois retirer leur masque. (Mira.L, 2021).	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Les règles des mesures barrières sont plus difficiles pour les patients fragiles, désorientés ou tactiles. (Forcioli.P, 2020).	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Les soignants démontrent une créativité malgré une pratique bousculée dans l'espérance aussi du retrait du masque et de pouvoir offrir une disponibilité aux personnes soignées. (Mira.L, 2021).	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Le masque nous demande d'apprendre à transmettre nos émotions par d'autres moyens car la relation ne se contente pas de la communication verbale. Il nécessite alors un engagement et une créativité plus importante. (Mira.L, 2021).	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<u>Ouverture</u>	Le port du masque nous apprend à avoir plus de subtilité dans notre observation.	Nos interactions avec les résidents nous demandent encore plus de temps depuis le port du masque.	L'écriture lui a permis d'exprimer son mal être.	Le prendre soin est plus accessible en soin à domicile. Le Covid a également eu un impact sur la continuité des soins des personnes atteintes de Cancer dans sa patientèle.	Le Covid a majoré le manque de temps dans les soins.

Analyse horizontale des entretiens avec les patients

	<u>Avis des patients</u>	
<u>Cadre de référence</u>	Pavot	Tournesol
Masque et relation soignant-soigné		
La communication est la clé de la relation mais elle ne suffit pas. La communication n'est pas exclusivement verbale. (Bioy.A, 2013).	Oui	Oui
La vulnérabilité pourrait être un atout dans la relation et offrir une certaine égalité. (Zielinski.A, 2011).	Non	Non
Le masque est une barrière à la communication et à l'instauration d'une relation de confiance. (Novelli.E, 2020).	Oui	Oui
Le masque est porteur de distance, refroidit la relation, il est porteur d'angoisse, de peur, accentue les troubles et la solitude des patients. Il rend la relation thérapeutique et de confiance difficile. (Forcioli.P, 2020).	Oui	Oui
Le masque peut être un atout à la relation et non un obstacle. (Lévinas.E, 1990).	Oui	Non
La relation d'aide est un accord bilatéral qui implique le patient et le soignant dans un effort partagé. Elle nécessite une relation de confiance. (Phaneuf.M, 2016).	Oui	Oui
Nos attitudes, positionnements, nos mots peuvent majorer l'asymétrie de la relation. (Bourdieu.P, 1982). La sollicitude peut offrir un pied d'égalité dans la relation soignant-soigné grâce à notre attention à singularité de chacun et notre accueil de l'autre. (Furstenberg.C, 2011).	Oui	Oui
L'empathie est indispensable à la relation. Pour comprendre l'autre il faut savoir écouter et entendre. (Schaller.R, 1989).	Oui	Oui
Faire des soins et prendre soin		
Le soin est le « care », les soins sont le « cure » et l'un est lié à l'autre. C'est considérer l'autre. Les soins font partis du « prendre	Oui	Oui

soin ». Le soin nécessite un travail d'équipe. L'importance est de mettre du sens dans nos soins. (Hesbeen.W, 2012).		
Le prendre soin est un art pour venir en aide dans une situation singulière. (Hesbeen.W, 2002).	Oui	Oui
Il y a deux qualités dans le soin : le soin technique et celle de la relation. (Menaut-H, 2009). Le care et le cure sont indispensables à la prise en charge globale. (Piveteau-D, 2009)	Oui	Oui
La qualité relationnelle est essentielle à la qualité des soins.	Oui	Oui
Le travail en équipe est primordial pour mieux adapter les décisions, éviter la fusion relationnelle, préciser et réadapter les objectifs et la démarche de soins. L'efficacité du prendre soin passe par un travail d'équipe. (Furstenberg.C, 2011).	Oui	Oui
La démarche du prendre soin : base des liens de confiance. (Phaneuf.M, 2016).	Oui	Oui
Masque et soins		
Il est possible de prendre soin en adaptant notre discours et notre attitude en étant masqué. (Novelli.E, 2020). Le masque nous demande d'apprendre à transmettre nos émotions par d'autres moyens car la relation ne se contente pas de la communication verbale. Il nécessite alors un engagement et une créativité plus importante. (Mira.L, 2021).	Oui	Oui
Le masque tend à l'homogénéisation. (Novelli.E, 2020).	Oui	Oui
Le masque a un fort impact sur les rapports sociaux. Les sourires et les expressions du visage ne se voient plus, on ne peut plus lire sur les lèvres et certaines paroles deviennent inaudibles. Il efface notre personnalité et constitue une barrière sociale. (Choeur.A, 2020).	Oui	Oui
Le masque est un objet totalitaire qui restreint la liberté individuelle d'expression. (Choeur.A, 2020).	Non	Non
Notre responsabilité découle de la vulnérabilité du visage d'autrui. (Svandra.P, 2018).	Oui	Oui

Ce qui nous rapproche est peut-être notre incompréhension mutuelle et notre vulnérabilité commune. (Svandra.P, 2018). La relation ne se résume pas au visage.	Oui	Non
Les soignants ont dû s'accommoder à cette contrainte pour ne pas rompre le lien de la relation soignant-soigné. (Mira.L, 2021).	Oui	Oui
Le masque demande de moduler la voix, d'appuyer son regard pour transmettre, échanger, communiquer. Il a été nécessaire de créer de nouveaux codes de communication. (Mira.L, 2021)	Oui	Oui
Il demande aux soignants une attention sur le bénéfice risque de façon singulière. (Forcioli.P, 2020).	Oui	Oui
Certains patients ont des réactions agressives voire violentes face au masque. Les soignants se voient parfois retirer leur masque. (Mira.L, 2021).	Oui	Oui
Les règles des mesures barrières sont plus difficiles pour les patients fragiles, désorientés ou tactiles. (Forcioli.P, 2020).	Oui	Oui
Les soignants démontrent une créativité malgré une pratique bousculée dans l'espérance aussi du retrait du masque et de pouvoir offrir une disponibilité aux personnes soignées. (Mira.L, 2021).	Oui	Non
Ouverture		Depuis le Covid le temps accordé par les soignants a encore diminué. Le temps est aussi important pour les patients comme pour les soignants pour la qualité des soins et la prévention des burn-out.

Annexe 6 : Tableau d'analyse croisée des entretiens avec les soignants et les patients

<u>Cadre de référence</u>	<u>Avis de la majorité des soignants</u>	<u>Avis des patients</u>
Masque et relation soignant-soigné		
La communication est la clé de la relation mais elle ne suffit pas. La communication n'est pas exclusivement verbale. (Bioy.A, 2013).	Oui	Oui
La vulnérabilité pourrait être un atout dans la relation et offrir une certaine égalité. (Zielinski.A, 2011).	Oui	Non
Le masque est une barrière à la communication et à l'instauration d'une relation de confiance. (Novelli.E, 2020).	Oui	Oui
Le masque est porteur de distance, refroidit la relation, il est porteur d'angoisse, de peur, accentue les troubles et la solitude des patients. Il rend la relation thérapeutique et de confiance difficile. (Forcioli.P, 2020).	Oui	Oui
Le masque peut être un atout à la relation et non un obstacle. (Lévinas.E, 1990).	Non	Oui/Non
La relation d'aide est un accord bilatéral qui implique le patient et le soignant dans un effort partagé. Elle nécessite une relation de confiance. (Phaneuf.M, 2016).	Oui	Oui
Nos attitudes, positionnements, nos mots peuvent majorer l'asymétrie de la relation. (Bourdieu.P, 1982). La sollicitude peut offrir un pied d'égalité dans la relation soignant-soigné grâce à notre attention à singularité de chacun et notre accueil de l'autre. (Furstenberg.C, 2011).	Oui	Oui
L'empathie est indispensable à la relation. Pour comprendre l'autre il faut savoir écouter et entendre. (Schaller.R, 1989).	Oui	Oui
Faire des soins et prendre soins		
Le soin est le « care », les soins sont le « cure » et l'un est lié à l'autre. C'est considérer l'autre. Les soins font partis du « prendre soin ». Le soin nécessite un travail d'équipe. L'importance est de mettre du sens dans nos soins. (Hesbeen.W, 2012).	Oui	Oui
Le prendre soin est un art pour venir en aide dans une situation singulière. (Hesbeen.W, 2002).	Oui	Oui

Il y a deux qualités dans le soin : le soin technique et celle de la relation. (Menaut-H, 2009). Le care et le cure sont indispensables à la prise en charge globale. (Piveteau-D, 2009)	Oui	Oui
La qualité relationnelle est essentielle à la qualité des soins.	Oui	Oui
Le travail en équipe est primordial pour mieux adapter les décisions, éviter la fusion relationnelle, préciser et réadapter les objectifs et la démarche de soins. L'efficacité du prendre soin passe par un travail d'équipe. (Furstenberg.C, 2011).	Oui	Oui
La démarche du prendre soin : base des liens de confiance. (Phaneuf.M, 2016).	Oui	Oui
Masque et soins		
Il est possible de prendre soin en adaptant notre discours et notre attitude en étant masqué. (Novelli.E, 2020).	Oui	Oui
Le masque nous demande d'apprendre à transmettre nos émotions par d'autres moyens car la relation ne se contente pas de la communication verbale. Il nécessite alors un engagement et une créativité plus importante. (Mira.L, 2021).	Oui	Oui
Le masque tend à l'homogénéisation. (Novelli.E, 2020).	Oui	Oui
Le masque a un fort impact sur les rapports sociaux. Les sourires et les expressions du visage ne se voient plus, on ne peut plus lire sur les lèvres et certaines paroles deviennent inaudibles. Il efface notre personnalité et constitue une barrière sociale. (Choeur.A, 2020).	Oui	Oui
Le masque est un objet totalitaire qui restreint la liberté individuelle d'expression. (Choeur.A, 2020).	Non	Non
Notre responsabilité découle de la vulnérabilité du visage d'autrui. (Svandra.P, 2018).	Oui	Oui
Ce qui nous rapproche est peut-être notre incompréhension mutuelle et notre vulnérabilité commune. (Svandra.P, 2018).	Non	Oui/Non
La relation ne se résume pas au visage.	Oui	Oui
Les soignants ont dû s'accommoder à cette contrainte pour ne pas rompre le lien de la relation soignant-soigné. (Mira.L, 2021).	Oui	Oui
Le masque demande de moduler la voix, d'appuyer son regard pour transmettre, échanger, communiquer. Il a été nécessaire de créer de nouveaux codes de communication. (Mira.L, 2021)	Oui	Oui
Il demande aux soignants une attention sur le bénéfice risque de façon singulière. (Forcioli.P, 2020).	Oui	Oui

Certains patients ont des réactions agressives voire violentes face au masque. Les soignants se voient parfois retirer leur masque. (Mira.L, 2021).	Oui	Oui
Les règles des mesures barrières sont plus difficiles pour les patients fragiles, désorientés ou tactiles. (Forcioli.P, 2020).	Oui	Oui
Les soignants démontrent une créativité malgré une pratique bousculée dans l'espérance aussi du retrait du masque et de pouvoir offrir une disponibilité aux personnes soignées. (Mira.L, 2021).	Oui	Oui/Non
Ouverture		
	Le manque de temps dans les soins.	Le temps réduit auprès des patients

Annexe 7 : Illustration de la balade

Photo de Joey Gutiérrez. <https://www.pinterest.fr/pin/257971884895769019/>

Annexe 8 : Autorisation de diffusion



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) : Elodie CORTES

Promotion : 2019 - 2022

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) Ballade en prêt à la recherche d'une intelligence du singulier.

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 22/05/2022 Signature : 

Balade en forêt : À la recherche d'une intelligence du singulier.

Résumé

Une balade en forêt sur la thématique de la relation soignant-soigné dont le point de départ sera la problématique du port du masque de soins dans le contexte de la pandémie du Covid 19. C'est un cheminement de réflexion dans lequel des auteurs de référence nous permettent la construction d'un cadre conceptuel. Une mise-en-bouche qui nous permettra de poursuivre cette aventure grâce à une investigation s'appuyant sur une méthode clinique qualitative auprès de soignants et de patients que nous présenterons sous des noms de graines et de fleurs appartenant à différents services de soin. Ces personnes rencontrées sur notre chemin dévoileront leur transformation en véritables artistes du soin devenus davantage flexibles et créatifs pour demain. Ils nous offriront diverses saveurs pour goûter les soins sous différents angles. Des ingrédients de base pour construire nos propres recettes à travers chaque relation que nous raffinerons tout au long de notre carrière en vue d'une gastronomie du soin. Ce travail de recherche m'a permis de faire évoluer ma posture professionnelle et de me positionner en tant que soignante réflexive dans l'intention de mettre du sens à mes actions et de cheminer vers une qualité de pensée singulière à chaque situation.

Mots clés : relation soignant-soigné, communication, masque, prendre soin, qualité.

Nombre de mots : 197

Walk in the forest : In search of a quality of thought unique to each care situation.

Abstract

This dissertation is written like a walk in the forest addressing the issue of the relationship between the carer and the patient which starts with the problem of wearing a surgical mask in the context of the COVID-19 pandemic. Along this thought journey, famous authors in the field allow us to build a reference framework. This appetiser enables us to continue our adventure through a field study, which uses a clinical qualitative method, with caregivers and patients from different care services, and introduced under the names of seeds and flowers. The people met on our path show us their transformation into true care artists who will be even more flexible and creative carers in the future. They offer us various flavours to discover caregiving from different angles. These are the basic ingredients to build our own recipes through each relationship which we will refine throughout our career to create a gourmet care. The research I did enabled me to develop my professional outlook and to position myself as a reflective caregiver with the intention to make sense of my actions and move toward a quality of thought unique to each care situation.

Keywords : the relationship between carer the carer and the patient, communication, surgical mask, caregiving, quality.

Number of words : 192

CORTES Elodie