



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

ESTEVAN

Marine

Promotion 2019 - 2022

La relation au cœur du soin :
Entre complexité et singularité

UE 5.6 Semestre 6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date du rendu : le 23/05/2022

Directeur de mémoire : Madame NICOLAS Séverine

Note aux lecteurs :

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

Remerciements,

Je souhaite en premier lieu remercier ma référente pédagogique mais aussi ma directrice de mémoire Mme Nicolas. Tout l'intérêt qu'elle a porté à mon sujet de recherche ainsi que ses conseils m'ont permis d'avancer étape par étape et de donner le meilleur de moi-même dans ce travail. Son accompagnement, sa disponibilité, ses encouragements et sa gentillesse ont aussi été d'un soutien très précieux surtout face à certaines périodes de doute.

Je tiens également à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique pour la qualité des enseignements transmis pendant ces trois années de formation, ainsi que pour le suivi qu'ils ont mis en place lorsque nous étions en distanciel. Merci aussi aux documentalistes qui ont fait preuve de patience et d'une vraie volonté d'aide face à mes multiples demandes. Elles ont su m'orienter dans certaines de mes lectures et se sont montrées bienveillantes tout au long de ce travail.

Merci à certaines de mes collègues de promotion qui n'ont pas arrêté de m'encourager depuis le début et qui ont fait preuve de beaucoup de solidarité.

Je souhaite aussi adresser ma gratitude aux infirmières qui ont bien voulu prendre le temps de participer aux entretiens sans quoi ce travail n'aurait pas pu aboutir.

Je remercie mon entourage qui a été d'un grand soutien et d'un grand réconfort dans les moments les plus difficiles. Ainsi que ma maminette, la personne qui m'a donné l'envie d'intégrer le monde des soignants et ma sœur que j'aime tant qui n'a cessé de croire en moi.

Enfin, il me tient à cœur d'attribuer le plus gros des remerciements à ma maman qui a été une source d'inspiration, de motivation, de valeur, d'amour et de soleil depuis que je suis arrivée au monde. Elle n'a cessé de me pousser à ne jamais rien lâcher et m'a aidé à surmonter les épreuves de la vie. C'est grâce à elle si aujourd'hui je touche du bout du doigt cet objectif professionnel que je convoite depuis tant d'années. Elle est pour moi un modèle d'honneur, de force et de courage dont je me suis imprégnée pour devenir la femme que je suis.

SOMMAIRE

Introduction	1
1. Situation d'appel.....	3
1.1. Description de la situation	3
1.2. Questionnement et question de départ	5
2. Cadre de référence	7
2.1. Le soin.....	7
2.1.1. Définition.....	7
2.1.2. Le Cure	8
2.1.3. Le Care	9
2.1.4. Indissociabilité des 2 concepts	12
2.1.5. L'éthique.....	13
2.2. La relation soignant-soigné.....	14
2.2.1. De quelle relation s'agit-il ?	14
2.2.2. Dépendance et autonomie.....	17
2.2.3. La fiabilité comme confiance	18
2.2.4. L'empathie et la sollicitude	20
2.2.5. Distance et proximité.....	21
3. Enquête exploratoire.....	24
3.1. La méthode utilisée	24
3.2. Choix de l'outil	24
3.3. Choix de la population.....	25
3.4. Lieux et présentation des professionnels interrogés	25
4. Analyse des entretiens	27
4.1. Le soin.....	27
4.1.1. Perception des soins et du cure.....	27
4.1.2. Perception du soin et du care	28
4.1.3. La réflexivité.....	30
4.2. La relation soignant-soigné.....	31
4.2.1. Une relation de soin, d'interdépendance et de confiance	31

4.2.2. Du souci à la compréhension d'autrui	35
4.2.3. De la distance physique à la distance émotionnelle	37
5. Synthèse de l'analyse.....	41
Conclusion.....	43
Bibliographie	45
Annexes	48

Introduction

Au travers de mes expériences professionnelles en tant qu'aide-soignante et étudiante infirmière j'ai pu appréhender à mainte reprise la relation qui se joue entre le soignant et la personne soignée. Pour autant, est-ce pour cela que j'ai été en mesure à chaque fois d'appliquer tous les éléments fondamentaux qui la compose et la définit ? Ne serait-ce pas se fourvoyer que d'être persuadé d'avoir les connaissances suffisantes et nécessaires pour construire une relation de qualité avec les patients en se basant seulement sur ses expériences personnelles et professionnelles ?

J'ai compris avec le temps qu'être infirmière ne se résumait pas seulement à son rôle propre ou prescrit même si le système de santé d'aujourd'hui tant à écarter de plus en plus l'aspect relationnel du soin. Être infirmière n'est-ce pas résister à cela et faire en sorte que le patient soit au cœur du soin notamment à travers la dimension relationnelle ? De ce fait, pour moi la relation ne peut être oubliée, minimisée ou sans intérêt car elle est le point de départ de tous les soins. D'autant plus que tous les professionnels de santé y sont confrontés, peu importe leur spécialisation et le service dans lequel ils travaillent. Nous avons aussi pratiquement tous été un jour amené à devenir un patient malgré nous. Certains, probablement plus que d'autres, se sont attachés à vouloir exister en tant que personne singulière à travers cette relation au lieu d'être perçu comme un simple corps à soigner. Considérer le patient ainsi, serait alors l'effacer de toute dignité et valeurs humaine que chacun d'entre nous s'efforce à faire valoir. Quoi de plus légitime que de vouloir être pris en compte dans sa totalité par les soignants ? Il me semble alors que seule l'importance que l'on donne à la relation à l'autre permet d'ancrer l'humanité et la valeur de la vie de chacun dans le soin.

Tout au long de la formation en soins infirmiers on nous a enseigné différents concepts tel que le savoir être, l'empathie, le respect de la dignité, la proxémie et bien d'autre encore. Mais à ce jour, je reste persuadée qu'il ne suffit pas d'entrer en relation avec la personne soignée en incluant ces quelques notions pour réellement construire une vraie relation de soin. Il me paraît important d'admettre qu'il est parfois difficile de savoir comment les mettre en œuvre de façon personnalisées pour être sûre que cette relation qui se construit soit vraiment authentique, efficace et adaptée. Il n'y a pas de protocole ou de démarche à suivre bien spécifique comme certains soins techniques pour la faire exister de manière singulière, telle est toute sa difficulté.

C'est pourquoi tout naturellement j'ai choisi le thème de la relation soignant-soigné car il me semble primordial d'explorer ses différents aspects et de mener une réflexion approfondie sur ce sujet. Pour cela, je me suis appuyée sur une situation vécue en stage concernant le tutoiement et qui m'a amené à me questionner sur l'ensemble de la relation. Tout ce travail de recherche est donc un allié précieux afin de mieux comprendre ce qu'elle signifie réellement et les enjeux qu'elle entraîne pour le soignant mais surtout pour le patient.

Ainsi, je commencerai par présenter ma situation d'appel qui se déroule dans un Foyer d'Accueil Médicalisé avec Monsieur C, le questionnement qui en découle et ma question de départ. Dans un second temps, j'exposerai mon cadre théorique avec les axes de ma réflexion et les auteurs qui m'ont permis d'explorer les différents concepts abordés. J'expliquerai ensuite le déroulement de l'enquête exploratoire que j'ai réalisé auprès de quatre infirmières. Puis je mettrai en évidence les résultats obtenus sous forme d'analyse afin de pouvoir les comparer avec mon cadre théorique. Et pour finir je conclurai ce travail de fin d'étude qui est l'aboutissement de trois années d'investissement personnel.

1. Situation d'appel

1.1. Description de la situation

La situation se déroule pendant mon stage de semestre 3. Elle a lieu dans un foyer d'accueil médicalisé prenant en charge des personnes atteintes de la sclérose en plaque. Cette structure de soin de deux étages est composée d'une quarantaine de résidents.

Le premier jour l'infirmière m'accueille chaleureusement, me présente la structure, le personnel soignant et certains résidents. Je constate sans plus attendre qu'en s'adressant aux résidents, elle utilise le tutoiement. Cela m'interpelle tout de suite et je me demande pourquoi agit-elle ainsi ? Je lui pose alors la question et elle me répond tout simplement : « Ici nous sommes très proches des patients étant donné que c'est un lieu de vie et une petite structure l'ambiance est conviviale. Tout le monde tutoie les résidents, tu verras tu vas t'y habituer » Je suis alors surprise de sa réponse. Des questions se bousculent dans ma tête. Que pensent les résidents et les familles de cela, sont-ils d'accord ? Pourquoi tutoyer au lieu de vouvoyer ? Je décide de ne pas approfondir le sujet et de laisser le temps répondre à certaines de mes interrogations. Au fil de la journée je me rends compte qu'effectivement tout le personnel soignant tutoie les résidents sauf quelques 'un qui ne le souhaitent pas. N'étant pas habituée lors de mes précédents stages d'observer cette approche, cela résonne en moi comme un grésillement et une interférence. J'essaie tant bien que mal d'en faire abstraction. Le cinquième jour vers 14h00, je me dirige dans la chambre d'un patient que j'ai déjà rencontré et que je prends en charge afin de lui prodiguer les soins en autonomie pour la première fois (administration du traitement par Gastrostomie Percutanée Endoscopique, séance de Clearway). Ce patient que je nomme Mr C, est un homme âgé de 47 ans. Il a été admis définitivement dans cette structure en décembre 2017. Il est atteint de la Sclérose en plaque Latéral Amyotrophique. À cause du stade avancé de sa maladie Mr C est tétraplégique mais il conserve toutes ses facultés intellectuelles. Il formule des phrases à l'aide d'un logiciel sur son ordinateur qui capte le mouvement de ses yeux afin de retranscrire ce qu'il veut dire. Cependant, il répond « oui » par un clin d'œil quand on lui pose des questions fermées et « non » en faisant un signe de la tête. Je m'avance vers lui et l'informe qu'à partir d'aujourd'hui je vais m'occuper de lui concernant les soins infirmiers pendant 4 semaines. Je lui demande si cela lui convient. Mr C me fait un clin d'œil et un grand sourire. Puis il s'avance vers son ordinateur pour m'écrire quelque chose. Je peux lire : « Marine, tu peux me tutoyer ça ne me dérange pas du tout, bien au contraire ». À ce moment-

là, je me sens un peu désemparée car je ne sais pas quoi lui répondre et surtout comment argumenter ma réponse. En effet, c'est bien la première fois qu'un patient me demande de le tutoyer, je n'ai donc jamais réellement réfléchi à cette approche. Je me tourne vers lui, pose ma main sur son épaule et lui explique que je ne peux pas car je suis étudiante, que cela ne se fait pas et que je risque de me sentir mal à l'aise. J'argumente aussi en lui précisant que pour moi le tutoiement s'adresse plutôt à nos proches et aux enfants. Il lève les yeux au ciel et se met à rire. Il m'écrit : « alors dans ce cas appelle moi par mon prénom tout en me vouvoyant :) ». Je lui souris à mon tour et accepte sa requête sans hésitation. Cependant, cet échange éveille ma curiosité concernant l'utilisation du tutoiement dans la relation soignant-soigné. Je me demande alors pour quelle raison me demande-t-il cela ? Est-ce que c'est pour me mettre à l'aise ? Est-ce que c'est juste le fait que je sois plus jeune que lui ? Qu'est-ce que cela peut bien lui apporter ? Toutes ces questions mûrissent en moi tout le long du soin. À la fin, je décide de lui demander pourquoi veut-il que je le tutoie ? Il m'écrit : « Regarde dans quel milieu je vis, tout est médicalisé et heureusement mais pour moi le tutoiement apporte un peu plus de chaleur dans mon environnement. Qu'en penses-tu ? ». Je lui explique que je ne sais pas quoi lui répondre car en vérité je ne me suis jamais trop posée la question mais que j'allais méditer à ce sujet. Il me fait un clin d'œil et sourit à nouveau. Cependant, après sa réponse j'ai ressenti une certaine ambivalence en moi. D'un côté, j'avais envie d'accepter sa demande peut-être par culpabilité de dire non sans même avoir pesé le pour et le contre. Mais d'un autre côté, il m'était inconcevable de l'accepter sans même réellement savoir pourquoi. Je m'assure qu'il n'ait besoin de rien et quitte la chambre. Je décide de partager à l'infirmière l'échange que je viens d'avoir avec Mr C. Elle me répond : « *Tu sais, si on tutoie les résidents c'est parce qu'ils nous le demandent. Cela doit leur apporter ce côté familial qu'ils n'ont plus au quotidien et cela renforce la relation de soin* ». Je me sens tout de suite plus à l'aise de savoir que le consentement du résident est pris en compte. Et je comprends alors d'où vient ce fameux tutoiement dans cette structure.

1.2. Questionnement et question de départ

Il est évident que dans cette structure le tutoiement est institutionnalisé étant donné que de nombreux soignants utilisent cette approche et que cela ne semble pas poser de problème. Mais au niveau éthique en quoi cela peut-il être problématique ? Est-ce que le tutoiement peut-il être considéré comme un manque de professionnalisme ? Un manque de respect ? Une familiarité ? Il semblerait certes que le vouvoiement soit plus approprié dans la relation soignant-soigné par la distance qu'il impose mais la prise en charge de qualité et le respect du patient ne dépend pas uniquement de cette forme de politesse. Un soignant peut ainsi vouvoyer un patient tout en ayant un comportement inadapté voir malveillant. À contrario, il peut le tutoyer en étant bienveillant et respectueux. À mon sens, le plus important n'est donc pas forcément quelle forme utiliser quand on s'adresse à un patient, mais bien quelle attitude et quelle position éthique humaine le soignant va avoir dans la relation à l'autre. Il n'existe aucun texte de loi qui encadre l'utilisation du tutoiement ou du vouvoiement dans le soin. Cependant, les principes qui guident la relation soignant-soigné sont évoqués juridiquement par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, par la circulaire du 2 mars 2006 concernant la charte de la personne hospitalisée ou encore par le code de déontologie qui régit l'exercice de la profession. Mais comment savoir dans quelles mesures et dans quel contexte un soignant peut-il réellement se permettre de tutoyer la personne soignée ?

De plus, je me questionne sur le fait que quand la demande vient de la personne soignée, qu'est-ce que le tutoiement du soignant apporte au patient ? S'agit-il d'une certaine proximité dont il a besoin pour se sentir exister et reconnu en tant qu'individu dans cette relation asymétrique ? Le fait de soigner ne se limite pas aux gestes techniques que le soignant réalise auprès du patient. C'est une relation d'aide qui prend en compte la dimension relationnelle et interpersonnelle qui se joue entre le soignant et la personne soignée. De ce fait, comme l'a démontré Carl Rogers dans ses travaux, le soin est une approche centrée sur la personne, il est donc indispensable de prendre en compte leur demande et d'essayer de les comprendre pour adapter au mieux la prise en charge. Y'a-t-il une notion d'engagement du soignant s'il accepte d'utiliser le tutoiement ou à l'inverse une sorte d'indifférence s'il refuse ?

Il est évident que chacun des résidents à sa propre raison, cependant ne cherchent-ils pas une sorte de réhumanisation du soin à travers le tutoiement ? C'est en tout cas ce que la réponse de Mr C laisse entendre. Il semblerait donc que le fait d'être simplement tutoyé par un soignant lui

permet d'appréhender sa prise en charge avec un peu plus d'humanité et de convivialité. Cela m'amène à me demander si le tutoiement dans ce cas-là ne peut-il pas s'inscrire dans une démarche de thérapie relationnelle s'il est utilisé à bon escient ? Et s'il est opportun dans toutes les situations ?

Dans le milieu médical, la notion de distance professionnelle est souvent évoquée par les professionnels de santé. Cela permet au soignant de ne pas être dépassé par ses propres affects et de se protéger émotionnellement. Mais qu'est-ce que réellement cette distance professionnelle ? Peut-elle être mise à mal par l'utilisation du tutoiement ? Celui-ci peut-il changer l'attitude du soignant ou du soigné ? Les barrières professionnelles et émotionnelles peuvent-elles être plus facilement levées ? Bien que je me sois retrouvée en difficulté pour répondre à la demande de Mr C, je réalise que nous avons trouvé un compromis. Cela nous a permis de trouver un équilibre dans la distance de cette relation en respectant le choix de chacun.

Mon questionnement se construit essentiellement autour de la distance professionnelle par conséquent il s'inscrit dans le domaine de la relation soignant-soigné. Il m'est alors apparu de travailler autour de cette relation afin de mieux comprendre comment elle peut s'ajuster au gré des situations mais aussi de découvrir les éléments qui la constituent. Cela m'a donc amené à annoncer la question de de départ suivante :

Qu'est-ce que le soin ? Qu'est-ce que la relation soignant-soigné ? En quoi peut-elle constituer un support fondamental pour le soin ?

2. Cadre de référence

2.1. Le soin

2.1.1. Définition

Comme le rappelle C. Gilioli « *il est difficile de penser des pratiques qui se pratiquent sans se penser* » (cité par Svandra, 2009, p. 1). Cette citation renforce l'importance de se questionner sur le sens du soin car il fait partie intégrante du métier d'infirmière. Il me paraît donc essentiel pour mener ce travail de fin d'étude, de commencer ma réflexion autour de ce concept.

Il est important de rappeler que chaque présence au monde d'un individu tel qu'il soit est possible grâce au soin qu'il a reçu au cours de sa vie. Par sa vulnérabilité dès l'aube de sa vie, les soins que va mettre en place son semblable s'inscrit dans une relation qui va lui permettre de survivre, de se développer et de prendre soin à son tour des autres. Le soin tire donc son origine de l'humanité. Il sommeille en chacun d'entre nous et s'éveille face à la vulnérabilité d'une personne. Mais qu'en est-il du soin dans les pratiques soignantes ?

Au cours de mes lectures, je me suis aperçue que le soin ne se limite pas à une seule définition et peut prendre un sens différent selon son utilisation. P. Svandra docteur en philosophie souligne la nuance du sens du soin quand il est au pluriel ou au singulier. En effet, il caractérise les soins par « *des actes plus ou moins techniques qui se réfèrent au corps [...] essentiellement des pratiques par lesquelles on conserve ou on rétablit la santé* ». Cette première approche s'inscrit dans un savoir-faire mettant en œuvre des procédures spécifiques ayant un rapport au corps en mobilisant des connaissances biomédicales. Les soins requièrent alors des compétences spécifiques. Tandis que le soin est défini comme étant le fait « *de porter une attention particulière à l'autre, de faire preuve de prévenance, de sollicitude* » (2009, p. 2). C'est donc un savoir-être, une attitude particulièrement tournée vers l'autre. Il y a là, une implication personnelle qui pousse donc le soignant à porter l'intérêt nécessaire au patient afin de l'aider au mieux, de le faire exister en tant qu'individu pour le soigner. Le soin implique donc la notion de responsabilité envers autrui.

Quelques années auparavant, l'infirmier et docteur en santé publique W. Hesbeen mettait déjà en évidence la différence entre « *faire des soins* » et « *prendre soin* » (sous-entendu le soin). L'importance de cette distinction permettait selon lui d'inscrire les pratiques soignantes comme des actions porteuses de sens grâce à la qualité de cette attention particulière envers l'autre. Le

patient ne serait donc plus envisagé comme un « *corps-objet* » mais comme un « *corps-sujet* » (1997, p. 2). Il considère d'ailleurs la pratique soignante comme un art car elle ne peut qu'être unique devant chaque singularité qu'elle rencontre (1997, p. 9). Le soin nécessite alors une créativité relationnelle.

À cela s'ajoute la précision que la philosophe C. Marin apporte quand elle dit que le soin est aussi « *le maintien de la subjectivité du malade [...], par sa souffrance physique ou psychique, par son handicap, le maintien donc de l'identité du sujet souffrant* » (2013, p. 53). L'auteure souligne ainsi que le soin doit avoir pour but de prendre en compte le patient dans son intégralité. Il n'est pas seulement un objet de la médecine, un corps malade ni un organe à guérir. Il est avant tout une personne à part entière avec son histoire, ses expériences, ses ressentis, ses désirs et sa douleur qui ne peuvent être oubliés. Le soin est donc porteur de respect et d'altérité.

À travers ses définitions différentes certes mais complémentaires, nous constatons qu'il y a une profonde distinction entre le fait de prodiguer des soins et de prendre soin. Pour reprendre les termes de l'infirmière L. Marmilloud, le premier sous-entend un « *agir sur l'autre sans lui* », le second un « *agir avec l'autre, pour lui* » (2010, p. 172). Ces deux aspects du soin montrent néanmoins qu'ils se rassemblent dans la mesure où l'acte par lequel on soigne est avant tout une intention et une volonté qui permettent d'agir pour l'autre. Cela nous pousse à réfléchir sur les deux dimensions fondamentales du soin, à savoir le *cure* (traitement, guérison) et le *care* (souci, inquiétude, attention).

2.1.2. Le Cure

Selon le pédiatre et psychanalyste D. Winnicott, le concept du *cure* couramment définit dans notre langue comme « *soins, cure, traitement, guérison* » aurait pour origine celui du *care* qui se réfère au « *soin, intérêt, attention* » (Winnicott, 2015, pp. 21-22). Si jusqu'au 18e siècle, il avait un sens global du soin c'est-à-dire une dimension thérapeutique associée à une certaine dimension relationnelle par le souci d'autrui, il a de nos jours un sens beaucoup plus limité. Force est de constater que les progrès scientifiques ont fait évoluer la médecine au point qu'elle s'oriente aujourd'hui vers une hyperspécialisation des pratiques médicales. Ce qui l'amène à se focaliser sur la maladie et/ou l'organe défectueux exclusivement dans le but de traiter et guérir le problème. Selon l'auteur, leur assignation à des registres séparés a donc été déterminée par

l'évolution de cette médecine scientifique qui s'articule autour de la solution technique et non plus au travers de la relation. (Ibid, 2015).

Pourtant, selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), le sens premier du mot *cure* est « *soin, souci* » puis vient ensuite « *l'ensemble des soins médicaux, souvent d'une certaine durée, destinés à traiter des maladies (physiologiques ou psychologiques) ou des lésions, en vue de leur guérison* ». Il est intéressant de comprendre pourquoi et de voir comment l'origine de ce mot s'est transformée à travers le contexte historique pour en perdre définitivement son sens originel. Il n'est pas question ici de critiquer notre évolution de la médecine car il est évident qu'elle guérit et soulage bien mieux qu'avant grâce à l'ensemble des thérapeutiques médicamenteuses ou chirurgicales dont elle dispose. Il est juste question de mettre en avant que cette médecine moderne ne puisse pas se baser seulement sur les traitements et la guérison. Se limiter à cette vision réductrice du soin serait alors le démunir de toute humanité et tendre vers une certaine objectivation du patient. Selon moi, l'élément moteur dans le soin n'est pas forcément la maladie mais la relation qui s'établit dans un contexte de soin. Je vais donc compléter cette partie par l'autre concept du soin qui est le *care*.

2.1.3. Le Care

Ce concept est complexe à définir par les différents sens qu'il peut avoir en Anglais comme en Français. Cela suscite des réflexions et des débats dans le champ psychologique, philosophique, sociologique et politique.

Tentons tout d'abord de retracer succinctement le cheminement de ce concept depuis son origine. Le *care* désigne un courant de pensée qui est née aux États-Unis dans les années 1980. Il a d'abord été reconnu par la psychologue C. Gilligan comme une éthique féminine. Cette éthique était alors fondée sur une morale de la sollicitude exclusivement développée par les femmes. La philosophe N. Noddings fonde cette éthique féminine sur le modèle de la relation mère-enfant pour conclure que si les femmes sont plus sensibles à autrui c'est car elles ont biologiquement la capacité d'être mère. Puis progressivement le *care* perd son caractère sexué pour s'étendre à une activité d'origine humaine répondant à la vulnérabilité de l'être humain. (Noel-Hureaux, 2015). L'évolution du concept met en avant la vulnérabilité de toute vie humaine, la nécessité de la reconnaître et d'y apporter une réponse à travers notamment la relation.

Nous allons maintenant tenter de comprendre ce concept non pas à travers de simple traduction mais plutôt à travers la vision de certains auteurs. Selon la professeure de science politique J. Tronto, le *care* est « *une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre monde, en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible* » (2008, p. 244). Cette citation nous montre que le *care* joue un rôle fondamental, tant au niveau universel qu'individuel, dans le soutien et le maintien de la vie. Ici, il a plutôt une portée sociale qui permettrait à chacun d'entre nous de « mieux vivre » ensemble car chaque humain porte en lui la possibilité du *care*. Pour l'auteure il est une disposition, c'est-à-dire une aptitude qui sous-entend la capacité à se soucier de quelqu'un et/ou de quelque chose. Cela renvoie à la notion de sollicitude. Mais il est aussi une pratique du fait de l'activité humaine qui en découle. Ces deux éléments de ce concept ont donc pour objectif de prendre soin du monde qui nous entoure incluant l'environnement et les individus qui le composent qui sont par nature vulnérables. De plus, elle identifie les 4 phases du bon *care* qui peut s'appliquer aux pratiques soignantes :

- « *Se soucier de* » (caring about) : consiste à reconnaître un besoin grâce à l'attention qu'on porte vis-à-vis de la personne vulnérable,
- « *Se charger de* » (taking care of) : consiste à assumer la responsabilité d'y répondre en envisageant les moyens nécessaires pour y parvenir,
- « *Accorder des soins* » (care giving) : consiste à passer d'une intention à une pratique concrète et adéquate grâce à une certaine compétence,
- « *Recevoir des soins* » (care receiving) : consiste à s'assurer auprès de la personne que la réponse à son besoin a bien été apporté (Ibid, 2008).

Nous comprenons alors que le *care* dépend à la fois de celui qui le met en œuvre, de celui qui le reçoit et du contexte dans lequel il s'applique. Il implique la notion d'attention, de responsabilité, de compétence et de réceptivité qui chemine vers un processus de soin actif à travers la relation à l'autre.

Par ailleurs, P. Svandra, le définit dans un usage commun comme étant le fait de « *d'abord chercher à satisfaire au bien-être de la personne d'un point de vue physique, psychologique, social et spirituel* » (2008, p.8). Nous voyons ici la première notion du *care* abordée précédemment qui est la disposition. Effectivement, chercher à satisfaire au bien-être de quelqu'un c'est avant tout se soucier de lui. C'est ressentir une certaine inquiétude à son égard qui nous pousse à lui porter un intérêt particulier. Il s'inscrit donc dans la relation à l'autre

d'un point de vue global et suscite une intention, un désir d'agir pour lui qui se traduit par une action appropriée à la situation. Cette action fait donc référence à la deuxième notion du *care* à savoir la pratique. Ce qui rejoint la pensée du philosophe F. Worms concernant le soin qui est « *une pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela, par égard pour cet être même* », il rajoute aussi que pour soigner « *il ne suffit pas de le pouvoir, il faut aussi le vouloir* » (2010, p. 21). En ce sens les deux notions de ce concept paraissent inséparables.

De plus, P. Molinier psychologue insiste sur le fait qu'il peut être considéré comme un travail invisible. Il peut être perçu comme un savoir-faire discret car il n'attire pas l'attention et se remarque seulement quand il n'est pas fait (Molinier, 2012). Il semblerait donc que le travail du *care* peut exister seulement en étant attentif à ce que l'autre vit, ressent, en le comprenant et comprenant sa situation pour pouvoir anticiper ses demandes et ce dont il a besoin. C'est aussi un travail qui s'opère à l'intérieur de nous et qui nous permet de rester en éveil pour être disposé à agir face à la vulnérabilité.

Nous pouvons alors constater que le *care* se compose, se développe et s'exerce grâce à la relation qui se joue dans un contexte particulier, celui de la vulnérabilité. Il est alors guidé par la singularité du soignant et du soigné pour s'élever au-delà d'une simple réponse technique. Il participe activement à toutes ces « *petites choses* » invisibles et immesurables que le soignant met en place pour témoigner de l'attention qu'il porte au patient afin de garantir son bien-être (Hesbeen, 1997, p.45). Il peut donc être considéré comme le prendre soin car il combine à la fois le souci de l'autre, une dimension relationnelle, un discernement des différents besoins, des soins de suppléances et un savoir-être qui permet d'accompagner celui qui dépend du soin.

2.1.4. Indissociabilité des 2 concepts

Comme nous venons de le voir, les 2 concepts du soin ont chacun un sens bien défini. L'un traite et guérit, l'autre se soucie et prend soin. Pour autant sont-ils totalement opposés ? Peut-on penser l'un sans l'autre dans les pratiques soignantes ?

Si on considère la médecine essentiellement sur un modèle de santé biomédical curatif alors elle limite son champ aux traitements et aux maladies. Son seul objectif est donc de traiter un problème biologique en vue de la guérison du patient. Celui-ci devient uniquement l'objet de la science. La médecine est donc réduite à la technique de traitement c'est-à-dire au *cure*. Ce qui revient à « *opposer la technique et la relation, le traitement et le soin, le cure et le care* » (Mino, 2015, p. 73) . En revanche, si on la considère comme un modèle de santé global elle devient une pratique fondée sur des savoirs, des valeurs et des techniques. Des valeurs qui rendent compte de l'importance de considérer le patient dans sa globalité et sa singularité. Celui-ci devient un sujet au cœur du soin où s'entremêle subjectivité, relationnel et pratiques soignantes. Dans ce cas, la médecine revient à être « *indissolublement relation et technique, soin et traitement, care et cure* » (Ibid, p. 74).

Pour appuyer cette dernière approche concernant cette articulation possible entre le *cure* et le *care*, prenons deux exemples. Si je reviens à la pathologie chronique dont Mr C est atteint (la Sclérose Latérale Amyotrophique), nous comprenons bien que le concept du *cure* est limité car il ne peut pas entraîner la guérison. Le traitement participe au soulagement de la douleur, prévient certaines complications mais ne peut en aucun éradiquer la maladie. Cela est-il suffisant pour s'inscrire dans une démarche de soin de qualité ? Évidemment que non car le soin dominant dont il est question dans cette situation est bien le prendre soin, le *care*. Il relève alors de l'écoute active, de la prévenance, d'un partage relationnel authentique, de la considération pour ce que le patient représente en tant qu'individu. Toutes les activités qui en découlent permettent ainsi un soutien et un accompagnement à la vie. On peut dire qu'il devient aussi un remède, non pas médicamenteux mais un remède naturellement humain. À contrario, il est vrai que le *cure* peut être dominant dans certaines situations comme une urgence vitale. Le traitement (technique ou médical) est alors prioritaire sur le *care*. Mais cela ne veut pas forcément dire qu'il est totalement absent car après la crise vient le moment de renforcer la relation de soin par l'intermédiaire des éléments du *care*.

Si l'un peut parfois prendre le dessus sur l'autre, il semblerait que ces deux concepts sont intimement liés, complémentaires et inséparables pour répondre aux besoins du patient. D'ailleurs D. Winnicott s'attache à accoler sémantiquement les deux concepts, il parle alors de « *care-curer* » (prendre soin et traiter) pour marquer l'importance de ne jamais les dissocier (2015, p. 28). F. Worms semble partager cette pensée lorsqu'il évoque que « *soigner, c'est soigner quelque chose [...] que l'on peut traiter* », mais c'est aussi et avant tout « *soigner quelqu'un* » (2010, p. 21). Ce qui marque bien que ces deux dimensions créent l'unité du soin et s'inscrivent dans cette démarche dynamique de soigner.

Le célèbre adage « *guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours* » prend alors tout son sens (cité par Dutour, 2019, p. 173). Bien que les deux concepts sont fort de sens et ont leur importance dans le soin, ils ne peuvent exister sans relation de soin. Ce qui nous amène à penser une éthique du soin car soigner convoque aussi des valeurs.

2.1.5. L'éthique

Nous ne pouvons pas parler du soin et de ses dimensions sans parler d'éthique. Elle tient une place importante dans le soin car nous avons tous le devoir de s'interroger face à certaines pratiques soignantes. L'éthique dans le soin est une sorte de guide vers le chemin du sens et de justesse des pratiques.

L'éthique vient du grec *ethikos* qui désigne la morale. Pourtant il faut bien faire la différence entre l'éthique et la morale car s'ils sont complémentaires ils sont néanmoins bien distincts.

La morale est reconnue comme étant « *un ensemble de valeurs, de références, de normes, de grands principes et de règles, qui permettent d'opérer la distinction entre le bien et le mal* » (Poirier Coutansais, 2012, p. 187). Elle a essentiellement comme but de fournir aux hommes des règles de conduite leur permettant de vivre en société, de coexister ensemble. Tandis que l'éthique se présente comme « *un questionnement philosophique sur le sens des règles et normes admises dans la pratique quotidienne* » (Ibid, p. 187). Elle a pour but d'orienter des décisions, des actions le plus justement et raisonnablement possible. D'autant plus que le patient par l'altération de sa santé est dans une situation de vulnérabilité et de fragilité qui peut majorer le risque de dérives et d'abus des pratiques soignantes. Penser l'éthique peut alors limiter voire empêcher certaines situations difficiles dans le soin. Elle est de ce fait une sorte de boussole qui permet de faire retrouver un équilibre entre puissance et fragilité (Vallejo, 2018, p. 21).

Pour cela, il existe 4 principes fondamentaux de J. Childress et T. Beauchamp (étudié lors des enseignements de législation, d'éthique et déontologie) permettant de guider la réflexion et les actions des soignants.

- Le principe d'autonomie : c'est reconnaître la faculté d'une personne à prendre ses propres décisions, à faire des choix et à agir par soi-même (dans la mesure du raisonnable),
- Le principe de bienfaisance : c'est contribuer au bien-être du patient par des actions bénéfiques pour lui,
- Le principe de non-malfaisance : c'est l'obligation de ne pas nuire en évitant d'entreprendre des actions pouvant causer un préjudice,
- Le principe de justice : c'est l'obligation d'équité, de justesse, d'égalité envers tous les patients.

Ainsi ces principes ne sont en aucun cas des normes d'un point de vue moral ou déontologique, ils sont juste des repères qui aident à prendre des décisions.

Revenons à ma situation d'appel avec Mr C. Si je tiens compte de ce qu'est réellement l'éthique, je me questionne sur la pertinence de mon refus de le tutoyer. Si je prends en compte le fait que la demande de tutoiement venait de lui-même et que j'étais consciente que ça lui apporterait un certain bien-être alors probablement que mon refus n'était pas si légitime que ça. Car finalement dans cette situation, le tutoiement n'aurait pas posé de problème éthique étant donné qu'il aurait été bienfaisant et n'aurait pas porté atteinte à l'autonomie du patient. Nous comprenons alors que seul le contexte et le sens qui est donné au tutoiement lui donne une place dans la relation soignant-soigné. Mais qu'est-ce que réellement cette relation ?

2.2. La relation soignant-soigné

Si les soins sont le quotidien des soignant, la relation qui s'établit avec le patient a aussi son importance. Nous allons maintenant essayer de comprendre ce que signifie cette relation ? Quels en sont ses particularités ? Qu'est ce qui se joue dans cette relation de soin ?

2.2.1. De quelle relation s'agit-il ?

Pour mieux comprendre et définir la relation soignant-soigné, je me suis essentiellement appuyée sur deux auteurs : le psychologue Alexandre Manoukian et Monique Formarier qui a été puéricultrice, directrice des soins et rédactrice de la revue Recherche en Soins Infirmiers.

Pour commencer, selon A. Manoukian :

« Les raisons ou les objectifs des relations, dans le milieu hospitalier, sont majoritairement déterminés par les soins. Tout acte, geste technique ou de confort se situe au sein d'une relation soignant-soigné [...] Ainsi nous échangeons des informations en permanence. Celles-ci utilisent différents supports, tel que les mots, les gestes, les mimiques, les positions du corps, les attitudes » (2014, p.3).

Nous comprenons facilement que la relation soignant-soigné tire son origine dans le contexte du soin et met en lien un soignant et un patient. Cette relation est présente dans n'importe quel types de soins, ce qui fait d'elle un élément central dans la profession. Les supports identifiés par l'auteur participent aux échanges d'informations qui dessinent les contours de cette relation. Il ajoute aussi que l'affectivité « *est au cœur des relations soit pour les fonder, soit pour les souder, soit pour les défaire* » (2014,p.5). Il semblerait donc que cette dimension affective tienne une place importante car elle est comme un moteur qui enclenche, développe, stabilise et fait fluctuer cette relation. Il définit alors la relation comme étant « *une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* » (2014, p. 5). Cette rencontre est alors le croisement de tous les éléments qui construisent l'identité propre de chacune des personnes concernées. Autant d'éléments qui peuvent donc influencer cette relation et qui soulignent toute sa complexité et sa fragilité car elle nécessite toujours d'être adaptée.

En ce qui concerne M. Formarier, elle rajoute que « *la relation de soins ne relève pas du hasard, avec les soins techniques, elles sont l'expression, l'objectivation de la démarche clinique mise en œuvre dans la prise en charge de la personne soignée* » (2007, p.34). Cela sous entend donc que cette relation est intentionnelle étant donné qu'elle doit être pensée et réfléchi par le soignant car elle alimente et participe activement à la démarche clinique. Selon les besoins et les demandes des patients, elle va s'inscrire dans un type de relation bien définie (relation d'aide, fonctionnelle, thérapeutique, éducative...). Elle ne doit donc pas se limiter à un simple enchaînement d'interactions ponctuel et dépourvue de facteurs cognitifs et affectifs au risque d'exclure la dimension relationnelle du soin. De plus, l'auteure précise que « *chaque patient est unique, chaque infirmière est différente, chaque rencontre est donc singulière* » (Ibid, p 33). Grâce à cette citation nous comprenons facilement que la relation qui se construit entre un soignant et un patient ne peut qu'être particulière et distincte à chaque fois.

En somme, ces quelques précisions permettent d'affirmer le fait que la relation de soin n'est ni linéaire, ni figée, ni même unidirectionnelle. Elle se veut dynamique car elle se développe et évolue à travers le temps, l'espace, ses acteurs et son contexte. De plus, comme nous le rappelle L. Marmilloud « *la relation a une dimension vitale* » (2021, p. 95). Cette dimension vitale a un sens profond, car c'est bien la relation qui donne vie au soin, qui donne une place au patient lui permettant ainsi d'être considéré comme un sujet à part entière et non comme un objet. D'autant plus que l'homme est par nature un être social, il a donc besoin d'être en relation avec les autres pour se construire et se développer.

La relation soignant-soigné est aussi reconnue comme étant asymétrique. M. Formarier souligne le fait que :

« Il n'y a pas de symétrie dans les représentations, les attentes, les statuts et les rôles des personnes initiées qui évoluent sur leur territoire (les soignants) et des non initiées (les patients et les familles) qui arrivent dans une micro-culture, une organisation, des modes de communication, un environnement qui leurs sont étrangers et qu'ils ne maîtrisent pas » (2007, p. 35).

Cet extrait nous montre que les éléments qui constituent cette asymétrie sont liés autant à l'environnement qu'aux personnes concernées par cette relation. L'une ayant des attentes spécifiques, le statut de patient en demande d'aide, souffrant et dépendant des soins. L'autre ayant le statut de professionnel avec des savoirs et des compétences qui lui confèrent un certain pouvoir. De ce fait, F. Worms précise « *il n'y a pas de soin sans une faiblesse qui appelle de l'aide, mais qui peut devenir une soumission, et une capacité qui permet le secours mais qui peut devenir un pouvoir, et donc aussi un abus de pouvoir* » (2010, p. 19). Cela sous-entend que cette asymétrie a donc une importance car elle peut devenir délétère pour la relation mais surtout pour le patient. En effet, il est tout d'abord exposé à l'altération de sa santé et à la douleur physique et/ou psychique ce qui peut être un bouleversement dans sa vie. Mais il est aussi exposé à une certaine intrusion des pratiques soignantes dont il dépend malgré lui. Cette asymétrie n'est pourtant pas figée ni une fatalité car pour la docteure en philosophie A. Zielinski elle peut être réduite. Elle nous explique alors que dans la mesure où la vulnérabilité traduit communément une situation de faiblesse pouvant porter atteinte à l'intégrité de la personne, on peut dire que patient comme soignant sont tous deux concernés car celle-ci fait partie de l'existence humaine. De surcroît, le fait de reconnaître sa propre vulnérabilité en tant que soignant, c'est reconnaître sa « *non-toute-puissance* » vis-à-vis de l'autre. Parce qu'il est exposé

et peut être affecté malgré lui au vécu du patient (souffrance, difficultés, nudité, émotions) le soignant est aussi vulnérable. Ce qui permet d'établir une certaine réciprocité dans la relation même si la vulnérabilité de part et d'autre n'est jamais superposable ni identique. Cela aide le soignant à entrer en relation de manière plus ajustée avec le patient (2019, p. 262). Nous nous apercevons alors que seul le soignant a le pouvoir de réduire cette asymétrie pouvant écraser la relation. D'autant plus que le patient est souvent perçu comme un être dépendant ou en perte d'autonomie ce qui peut majorer sa vulnérabilité. Pour cela il me paraît intéressant d'aborder la dépendance et l'autonomie pour comprendre ce que ces notions signifient réellement dans la relation soignant-soigné.

2.2.2. Dépendance et autonomie

La dépendance est un concept polysémique car elle peut être utilisée dans les différents champs disciplinaires. Elle peut alors être mentale, physique, économique ou encore sociale. Elle renvoie généralement une image négative lorsqu'elle est entendue comme une « *subordination* », une « *soumission* » ou un « *asservissement* » (Warchol, 2012, p. 148). Cela met donc en exergue l'asymétrie de la relation dont nous avons déjà parlé avec tous les risques qu'elle peut engendrer. Mais comme le rappelle le psychologue Pierre-Yves Malo, d'un point de vue sociétal ou existentiel la dépendance semble être une des conditions humaines. D'abord parce que dès le début de notre vie nous sommes tous dépendants d'autrui, cette primo-dépendance est vitale pour la survie, le développement psycho-affectif et la socialisation. C'est cette dépendance qui permet de satisfaire tous les besoins de l'enfant. Ensuite car même si cette dépendance devient relative avec le temps, elle reste tout de même présente jusqu'à la fin de notre vie par ce besoin de s'inscrire dans un tissu social et affectif qui contribue à la construction et au maintien de l'autonomie (Malo, 2007). Nous comprenons bien que vu sous cet angle, la dépendance renvoie à une relation interhumaine indispensable. Elle unit une personne passive qui ne peut se réaliser sans l'intervention d'une personne active. Il y a là, une certaine solidarité qui se dégage de cette vision de la dépendance. L'indépendance ne peut alors jamais être totale car nous ne pouvons jamais nous suffire à nous-même c'est en cela que nous sommes tous dépendants les uns des autres. Elle n'est donc pas l'une des caractéristiques spécifiques du patient, de la personne en situation de handicap ou encore de la personne âgée. Nous pouvons avancer l'idée que la relation soignant-soigné est une relation interdépendante dans la mesure où comme dirait D. Winnicott « *nous avons besoin de nos patients autant qu'ils ont besoin de*

nous » (2015, p. 28). Cette vision de la dépendance prend alors une connotation positive car elle signe une certaine réciprocité d'un besoin même si celui-ci est différent de part et d'autre. La dépendance du patient peut se voir à travers ce besoin d'aide dont il ne peut se passer pour palier ses problèmes de santé. Tandis que celle du soignant peut s'entendre comme le besoin de s'occuper d'une vie fragilisée afin de maintenir ou de lui faire retrouver son autonomie. Mais qu'entend-on par autonomie ?

L'autonomie dans le champ philosophique peut se définir comme « *la capacité d'agir avec réflexion, en toute liberté de choix, mais elle peut être également simplement physique* » (Warchol, 2012, p. 87). Si d'un point de vue général elle renvoi en quelque sorte au pouvoir d'agir librement dans le soin, retrouver son autonomie c'est quelque part retrouver une certaine forme de puissance d'agir qui temporairement ou définitivement en est privé pour le patient. Sa capacité d'agir est malgré tout intimement liée à la présence du soignant étant donné que la relation de soin sous-entend une dépendance comme nous venons de le voir. Ainsi, le soignant a donc un rôle à jouer dans ce « *réarmement des capacités* » pour ouvrir le champ des possibles (Svandra, 2008, p. 11). D'autant plus que si nous suivons la pensée de G. Canguilhem la maladie est une épreuve existentielle singulière. Elle affecte l'être dans sa totalité et perturbe les normes biologiques c'est-à-dire l'équilibre interne du vivant (Halpern, 2013). De ce fait, nous pouvons dire que le soignant a comme mission d'aider le patient à recréer ses propres normes de vie afin de lui garantir une vie qualitativement suffisante. C'est en quelque sorte l'aider à accepter et à vivre avec sa maladie. Cela passe par la recherche et le développement de ses capacités et donc par le respect de son autonomie. Le soignant devient alors un soutien précieux, une personne sur qui le patient peut s'appuyer pour tendre vers un mieux-être. Faut-il encore que le patient soit en mesure de s'en remettre au soignant. Pour cela il semblerait qu'une relation de confiance soit nécessaire entre le soignant et le patient.

2.2.3. La fiabilité comme confiance

L'étymologie du verbe confier vient du latin *confidere* : *cum* signifie « avec » et *fidere* signifie « fier ». La confiance renvoie donc à l'idée que l'on peut se fier à quelqu'un ou à quelque chose. J'ai décidé de m'appuyer sur le livre *À quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott* pour appréhender la confiance dans la relation de soin.

Pour D. Winnicott la confiance relève de « *la rencontre de la fiabilité avec la dépendance* » (2015, p. 24). Cette citation évoque la fiabilité du professionnel de santé et la dépendance dans

laquelle se trouve le patient. Cela sous-entend donc que cette confiance ne peut s'établir qu'à travers la relation soignant-soigné. Mais alors comment être considéré comme fiable par le patient ? L'auteur évoque quelques pistes concernant le fondement de cette fiabilité à travers des principes qui sont liés au prendre soin et qui constituent le professionnalisme des soignants. Nous retrouvons : l'adaptation aux besoins des patients, l'absence de jugement, l'honnêteté, l'empathie ou encore l'harmonie entre distance et proximité. Ces éléments mettent l'accent sur la dimension relationnelle du soin. De plus, nous pouvons être surpris car l'auteur fait aussi le lien entre le soin parental et le soin médical. Il évoque ainsi le *holding* qui est un concept psychanalytique s'inscrivant dans la relation parent-enfant et la préoccupation maternelle. Le premier consiste à offrir au nouveau-né un environnement facilitant par le soutien et le portage de celui qui prend soin de lui dans le but de se développer (Bisiaux, 2015). Il s'agit donc pour les parents d'être « *suffisamment bon* » c'est-à-dire de trouver l'équilibre dans la réponse aux besoins de l'enfant à travers leurs gestes et la relation (Ibid, 2015, p. 85). Même si le *holding* n'est pas superposable aux pratiques soignantes, nous pouvons dire qu'un soignant suffisamment bon offre le soutien nécessaire pour restaurer ou maintenir la santé du patient. C'est parce qu'il va être un soutien pour le patient que celui-ci va pouvoir se fier au soignant. Cependant ce soutien est possible qu'à partir du moment où le soignant fait preuve d'une « *sensibilité particulière aux ressentis des patients* » que Winnicott appelle la maladie du soignant faisant référence à la préoccupation maternelle (Marin, 2015, p. 56). Celle-ci est un état d'hypersensibilité de la mère lui permettant de mettre tous ses sens en éveil pour être à l'écoute de son enfant. La finalité de cette aptitude est d'avoir la capacité à identifier et à s'adapter aux besoins de l'autre tout en se mettant à sa place. Nous comprenons alors plus facilement pourquoi D. Winnicott fait le parallèle des pratiques soignantes avec le soin parental car il constitue un soutien fondamental pour l'enfant. Il en va de même pour la relation soignant-soigné qui est aussi un soutien capital pour le patient. Ce soutien née de la capacité qu'a le soignant à mettre en œuvre certaines attitudes et actions adaptées à la singularité du patient pour lui permettre d'avoir quelqu'un sur qui compter. Le savoir-être et le savoir-faire du soignant est un premier levier à la fiabilité qu'il renvoi au patient et qui permet avec le temps d'instaurer un climat de confiance dans la relation de soin. Mais cela n'est possible qu'à travers deux des composantes majeures du prendre soin à savoir : l'empathie et la sollicitude.

2.2.4. L'empathie et la sollicitude

Il me semble primordial de m'attarder sur les concepts de l'empathie et de sollicitude car ces deux termes sont revenus très souvent au cours de mes lectures concernant la relation soignant-soigné.

Au vu des différentes définitions de l'empathie qui peuvent exister, j'ai choisi celle de Carl Rogers figure emblématique de la psychologie humaniste qui a développé l'approche centrée sur la personne. Selon lui :

« Être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du comme si » (cité par Simon, 2009, p. 29).

Dans la première partie de la phrase, C.Rogers nous explique que c'est un processus qui permet au soignant d'appréhender les ressources, les ressentis, les émotions et le sens que tous ces éléments ont pour le patient afin de comprendre au mieux ce qu'il vit. La seconde partie met en évidence que malgré tout le soignant ne doit pas pour autant être affecté par ce qu'il perçoit. C'est en d'autre terme ce mettre à la place de l'autre pour le comprendre sans réellement ressentir ce qu'il éprouve car cela ne consiste pas à souffrir avec celui qui souffre. L'empathie diffère donc de la sympathie et de la compassion qui traduisent tout deux le fait de « souffrir avec ». D'autant plus que pour C.Lefève maître de conférence en philosophie, le travail de l'empathie permet au soignant de se décentrer des aspects techniques médicales et scientifiques du soin. Ce qui en fait un élément indispensable à la relation de soin car elle participe à la compréhension et au respect de l'individualité du patient. Elle nous dit aussi que le soignant peut alors se mettre « *en position d'adopter le point de vu du malade, de comprendre ses normes de vie avant et avec la maladie, ainsi que le sens singulier que celle-ci prend pour lui* » (2010, p. 117). Elle a donc pour objectif de mettre essentiellement au premier plan la prise en compte de la subjectivité du patient. Cela lui garantit une certaine considération de son existence, une place centrale dans le soin et enrichit la relation d'une authenticité véritable.

En ce qui concerne le concept de la sollicitude, j'ai décidé de m'appuyer sur les explications de la philosophe Fabienne Brugère dans son article *La sollicitude et ses usages*. Elle nous précise que ce terme vient du latin *sollicitudo* qui désigne l'inquiétude, le souci des autres, l'attention particulière. La sollicitude s'intègre donc dans le prendre soin et renvoie au concept du *care* que nous avons évoqué dans la première partie. Néanmoins, par ces significations nous

pouvons penser qu'elle mobilise juste une certaine sensibilité et dimension affective du soignant. Pourtant elle ne se limite pas seulement à l'attention particulière portée envers le patient. Comme l'explique l'auteure, elle « *répond en réparant, en aidant au développement ou en protégeant car elle s'exerce en réponse à la dépendance, ce qui implique une combinaison de passivité et d'activité* » (2009, p 141). Ces notions de passivité et d'activité sont essentielles à saisir pour mieux comprendre le sens profond de la sollicitude. Ainsi, la passivité correspond à la personne soignée dans la mesure où celui-ci ne peut totalement se réaliser sans l'intervention du soignant. L'activité quant à elle, est la réponse de cette attention particulière qui donne naissance à des actions ajustées contribuant à la santé du patient. Elle ajoute aussi que la sollicitude « *peut être comprise comme un talent à prendre en charge une vie dépendante [...] elle exprime une intelligence sensible au service de la conduite de la vie d'un autre dans le besoin* » (2009, p. 141). Ce qu'elle veut dire par cet extrait c'est que les soignants composent le soin avec le patient et les affects qui se jouent dans la relation mais d'une manière toujours singulière, ce qui en fait un réel talent. Finalement la sollicitude est comme un outil qui permet de trouver les réponses appropriées à travers des actions adaptées face à des situations de dépendance. Nous comprenons dès lors qu'elle est indispensable dans les pratiques soignantes car elle éveille cette sensibilité nécessaire au soin et donc à la relation de soin qui est avant tout une relation humaine. Comment pouvons nous prendre en charge des patients sans être attentif à ce qu'ils vivent, à ce dont ils ont besoin et à ce qu'ils ressentent ? De plus, F.Brugère met aussi en exergue que la sollicitude peut conduire à un risque d'investissement trop personnel et subjectif au détriment du soignant. C'est pour cela qu'il faut penser la sollicitude « *comme un traitement de la dépendance qui suppose à la fois de la distance et de la proximité* » (2009, p. 147). Elle doit donc porter le soignant vers l'autre, mais sans débordement affectif ni fusion.

2.2.5. Distance et proximité

Ces notions de distance et de proximité citées ci-dessus m'interpellent car n'est-ce pas là une contradiction de parler de distance dans le soin quand celui nécessite justement d'être au plus près du patient ? En cela, il me semble pertinent d'aborder ces notions pour en cerner l'enjeu principal dans la relation de soin.

Selon le dictionnaire des concepts en soins infirmiers au sens premier du terme, la distance est « *l'intervalle mesurable qui sépare deux points de l'espace* », mais au sens figuré c'est « *un éloignement d'ordre social, moral, intellectuel* » (Paillard, 2015, p. 150). La première définition

peut renvoyer au concept de proxémie de l'anthropologue Edward T. Hall. La proxémie permet de décrire et de comprendre les variations de distance qui existent dans les relations interpersonnelles. Il distingue quatre catégories de distance :

- La distance publique (plus de 3 m 60) qui correspond à une situation où les protagonistes sont éloignés les uns des autres. Il y a peu d'interaction car cette distance est impersonnelle comme lors d'un discours public.
- La distance sociale (entre 3 m 60 et 1 m 20) qui favorise la communication verbale entre deux personnes, l'interaction devient alors possible.
- La distance personnelle (entre 1 m 20 et 45 cm) sous-entend que le corps de l'autre est à portée de main et on y distingue les détails. Cette distance favorise les échanges plus personnels dans la mesure où une relation de confiance est établie.
- La distance intime (moins de 45 cm) s'accompagne d'une implication physique car elle permet de toucher et d'être touché. Elle peut être vécue comme une intrusion par le patient car elle est souvent imposée par les soins. L'intimité et la pudeur peuvent alors être bousculées (Michon, 2013).

Ces types de distances géographiques peuvent être considérées selon moi comme des frontières fictives qui s'ajustent selon le contexte de la situation, le message à transmettre ou encore les facteurs individuels des personnes concernées. Le soignant pénètre dans la sphère personnelle et intime du patient selon l'objectif du soin qu'il réalise. La distance qui s'établit doit alors être adaptée. Mais est-ce suffisant pour expliquer cette notion de distance professionnelle sachant que nous pouvons être proche physiquement tout en étant éloigné psychologiquement ?

En prenant en compte la deuxième définition évoquée précédemment nous constatons qu'il existe aussi une sorte de distance psychique. Dans la mesure où la relation soignant-soigné mobilise des affects, des ressentis et des émotions il y a toujours un risque me semble-t-il qu'elle soit mise à mal. En effet, le soignant peut être dépassé émotionnellement ou à l'opposé se munir d'une certaine froideur gâchant ainsi la qualité de la relation. Le psychologue clinicien P. Prayez parle alors de « *juste distance* » et la définit comme étant « *la capacité à être au contact d'autrui en pleine conscience de la différence des places* » (Prayez, 2005, p. 213). Nous comprenons que le soignant doit alors être capable de maintenir une certaine qualité de présence dans la relation au patient malgré les affects qui entrent en jeu, sans pour autant se confondre et s'identifier à lui pour éviter d'être submergé émotionnellement. Pour autant, il ne s'agit pas d'aseptiser cette relation de la dimension affective au risque d'entraîner une « *distance*

hyperdéfensive » (Ibid, 2005, p.220). Il précise que celle-ci peut se manifester d'une indifférence et d'une froideur vis-à-vis du patient ainsi que d'une banalisation de sa souffrance qui tend vers une déshumanisation du soin. Cette distance implique alors de trouver un certain juste milieu dans la relation de soin. Cela rejoint ce que dit la cadre de santé F. Michon quand elle souligne que « *être dans la juste distance est avant tout une question de dosage, ni trop ni trop peu* » (2013, p. 34). C'est donc un équilibre subtil à atteindre par le soignant entre son investissement personnel et son implication émotionnelle. Mais comment s'inscrire dans cette juste distance ? L'auteure aborde la nécessité de faire preuve d'intelligence émotionnelle dans le but de reconnaître ses propres émotions tout en les maîtrisant. Il ne suffit donc pas de refouler les émotions que la situation de soin peut faire émerger en soi mais de les identifier pour mieux les comprendre et les contenir. P. Prayez quant à lui parle d'une compétence relationnelle primordiale celle de la « *double écoute* » (cité par Pétermann, 2016, p. 180). Selon lui, elle se traduit par la capacité d'être à l'écoute de ce que le patient exprime mais aussi dans le même temps de ce qui s'exprime en soi. Ainsi reconnaître nos émotions c'est pouvoir agir sur elles plus facilement en les mettant en attente pour pouvoir prendre soin du patient avec tact et mesure. Nous pouvons dire que la juste distance ne doit pas être celle qu'on instaure vis-à-vis du patient mais bien celle que l'on met en place par rapport à soi-même.

Selon moi la relation soignant-soigné ne saurait se définir par une distance qu'elle soit physique ou psychique. Cette notion n'est pas sans risque étant donné que mal comprise elle peut engendrer un trop grand éloignement à l'égard du patient qui viderait la relation de toute humanité. Nous pouvons alors nous demander si l'utilisation du terme distance est réellement adaptée dans les pratiques soignantes ?

3. Enquête exploratoire

3.1. La méthode utilisée

Afin d'entreprendre ma recherche auprès des différents professionnels de santé, la méthode clinique semble être la plus adaptée. En effet, elle permet grâce à l'écoute de dresser un recueil de données concernant le vécu personnel de la personne que l'on questionne. Elle met donc en avant son expérience, ses ressentis et ses perceptions individuelles concernant le thème abordé. Outre le fait d'être une démarche scientifique de recherche et de production de savoir, elle est une pratique incontournable pour prendre en compte la singularité et la subjectivité de chacun des professionnels interrogés dans le cadre d'un travail de recherche. Cela permet d'avoir différents points de vue concernant le sujet de mon travail de fin d'étude.

3.2. Choix de l'outil

L'outil que j'ai choisi d'utiliser est l'entretien semi-directif car il me semble être le plus intéressant dans ce type de recherche. C'est pour ma part, une rencontre privilégiée avec un professionnel de santé qui nous autorise à se livrer et à exprimer sa réalité sur ses pratiques et ses réflexions personnelles au regard d'un thème abordé. De plus, il laisse une certaine liberté à la personne pour évoquer des notions qui lui sont propres afin d'enrichir le contenu du discours. Cet outil permet d'aborder d'une part, la question inaugurale qui reprend donc de manière assez large le thème étudié. D'autre part, différents thèmes de relance en fonction du discours qui s'établit avec l'interlocuteur dans le but de le recentrer sur le sujet et/ou de préciser ses propos si cela est nécessaire.

Pour préparer mes entretiens j'ai donc élaboré un guide d'entretien dans le but de m'aider à cibler les concepts que je voulais aborder et approfondir à l'aide de question ouverte (cf annexe I). Cependant, je n'ai pas voulu interroger les soignants selon cette liste de questions impersonnelles pré établie car mon intention était de personnaliser chaque entretien. J'ai donc fait le choix d'adapter mes questions à chacune des infirmières interrogées et de les articuler en fonction de l'évolution de leur discours.

3.3. Choix de la population

Afin d'enrichir le plus possible mon enquête exploratoire, il m'a paru pertinent d'interroger des infirmières ayant un niveau d'expérience différent. Je pense en effet, que l'on se construit professionnellement au fur et à mesure de notre expérience. Notre manière de raisonner, de percevoir les concepts, notre savoir-faire et savoir-être évoluent avec le temps et dessinent le professionnel de santé que nous devenons. Il est donc important de recueillir des données auprès de professionnels expérimentés mais aussi débutants. J'ai donc interrogé des infirmières ayant de 1 an à 12ans d'expérience. De plus, il me paraissait important de me rapprocher d'infirmière exerçant dans différentes structures. Le fait qu'elles travaillent chacune auprès de population hétérogène permet selon moi de mieux comprendre comment la relation soignant-soigné se construit selon le contexte dans lequel elle évolue.

3.4. Lieux et présentation des professionnels interrogés

Pour réaliser mes entretiens, j'ai fait le choix avec l'accord de mon directeur de mémoire d'interroger les infirmières en dehors de leur cadre professionnel. D'une part car étant un peu prise par le temps il me paraissait risqué d'attendre les réponses des établissements de santé qui peuvent parfois prendre des semaines. D'autre part car il me semblait relativement plus agréable de sortir du contexte professionnel pour éviter d'être dérangé par les aléas des services et pour favoriser un environnement plus propice au bon déroulement des entretiens. Afin de garantir l'anonymat des soignants avec lesquels je me suis entretenue, je leur ai donné des noms de fleurs.

Pour commencer, étant curieuse de découvrir comment la relation de soin se construisait et évoluait dans l'intimité et le cadre de vie du patient, mon premier entretien s'est déroulé avec Capucine. Cette infirmière exerce dans un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) depuis 3 ans et cela va faire 7 ans qu'elle est diplômée. L'entretien a eu lieu le 26 mars 2022 à son domicile ce qui a favorisé une ambiance conviviale et il a duré 17 minutes (cf annexe II).

De plus, il me semblait important d'explorer aussi cette notion de relation auprès des personnes du grand âge souvent mis à l'écart par notre société ou du moins pas assez mis en avant. Mon deuxième entretien a donc été réalisé avec Lilas une infirmière diplômée depuis 2 ans et travaillant dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

(EHPAD) depuis quelques mois. L'entretien s'est déroulé le 31 mars 2022 autour d'un café en terrasse et a duré 20 minutes (cf annexe III).

Ensuite, ayant réalisé un stage en psychiatrie en troisième année je me suis rendu compte à quel point la relation entre le soignant et le patient était le pilier de la prise en charge. J'ai donc voulu approfondir un peu plus ce concept dans la santé mentale. Pour cela ; c'est avec Rose que je me suis entretenue pendant 22 minutes dans un parc pas loin de sa résidence le 8 avril. Rose est une jeune infirmière diplômée depuis 1 an qui travaille en psychiatrie depuis l'obtention de son diplôme (cf annexe IV).

Pour finir j'avais envie d'explorer la relation de soin dans un contexte tel que les urgences. Je me suis alors tournée vers Jasmine une infirmière diplômée depuis 12 ans ayant travaillé qu'aux urgences. Ce dernier entretien a eu lieu à son domicile le 16 avril et a duré 19 minutes (cf annexe V).

4. Analyse des entretiens

Pour mener à bien l'analyse des données recueillies lors de mes quatre entretiens j'ai fait le choix de réaliser un tableau me permettant de mettre en avant les grandes lignes du discours des soignants. Pour cela, j'ai tout d'abord évoqué les thèmes explorés dans les entretiens qui sont en lien avec les concepts abordés dans mon cadre de référence. J'ai ensuite fait ressortir pour chacun d'entre eux les idées principales des infirmières interrogées. Puis j'ai pris soin d'y intégrer les pensées des auteurs vu précédemment concernant les concepts afin de pouvoir avoir un point de comparaison entre la théorie philosophique et les pratiques professionnelles (cf annexe VI).

4.1. Le soin

4.1.1. Perception des soins et du *cure*

Grâce à mes entretiens j'ai pu voir que les infirmières s'accordent à dire que la dimension technique des soins ne peut être dissociée de la dimension relationnelle. En effet, Capucine qui définit un soin technique comme étant un « *soin complexe* » relevant essentiellement du « *rôle prescrit* », considère qu'il s'inscrit dans la relation soignant-soigné (entretien n°1, L 36-38). Lilas semble aussi partager cette idée même si cette notion de soin technique n'a pas été réellement approfondie. Ce qui ne semble pas étonnant car les soins techniques ne sont pas majoritairement présents dans les EHPADs. Néanmoins, elle nous fait comprendre qu'il est important de toujours intégrer « *les valeurs humaines que ce métier nécessite et qui sont présentes dans la relation de soin* » lors de la réalisation d'un soin technique (entretien n°2, L 183-184, L 193-195). Cela sous-entend donc que tout ce qui permet de construire et d'aboutir à la relation soignant-soigné ne peut et ne doit pas être oubliée dans la partie technique du métier. En ce qui concerne Rose, sa conception des soins techniques renvoie aux différentes pensées des auteurs explorées dans mon cadre de référence. D'une part car elle pense que leur but est essentiellement de « *guérir le patient ou de maintenir son état de santé* » (entretien n°3, L 27). Cette citation nous renvoie donc en partie au concept du *cure*. D'autre part car elle évoque indirectement la notion de corps objet en précisant qu'« *ils ont tendance à être fait machinalement sans forcément se soucier du patient* » (L 28-29). Loin de moi l'idée de porter un jugement sur sa façon de concevoir les soins techniques, mais cette affirmation me questionne. Sachant qu'en psychiatrie il y a très peu de technicité, pourquoi donc fait-elle une

généralité si déshumanisante sur la façon de réaliser les soins techniques ? Quoi qu'il en soit, cette phrase renforce l'idée qu'en se basant seulement sur la technicité d'un soin, le côté humain est inéluctablement oublié, ce qui revient donc à chosifier le patient. Pour autant cela ne veut pas forcément dire que dans chaque soin technique le patient est délaissé car finalement cela semble dépendre de la façon dont le soignant s'y prend pour allier la subjectivité du patient et la technicité du soin. Un peu plus loin dans son discours, en disant « *les traitements ont fait qu'elle s'est calmée et dans la mesure où son état était stable on a pu commencer à travailler notre relation* », Rose nous laisse entrevoir la nécessité de l'articulation du *cure* et du *care* (L 207-208). D'autant plus qu'elle verbalise dans sa conception du soin en général le fait que les soins et le soin sont inséparables (L 34). Enfin pour Jasmine, les soins techniques sont tout comme Capucine « *des actes prescrits* » (entretien n°4, L 158). Comparée aux trois autres infirmières, elle admet que « *c'est souvent la technicité qui est mise au premier plan* » car elle permet de sauver et de stabiliser les patients (L 112, L 175-176). Le *cure* domine clairement dans cette situation et paraît être la seule solution à apporter aux patients, ce qui n'est pas étonnant au vu de l'urgence vitale qui est en jeu dans la prise en charge de ce service. Mais comme nous le montre Jasmine, cela n'est parfois pas sans danger car elle expose le problème de l'objectivation du patient. Bien que cela semble être occasionnel, elle nous parle quand même de « *soins à la chaîne* » et de l'oubli de la subjectivité du patient (L 188-191). Nous pouvons alors supposer que de concevoir le *cure* sans le *care* aboutit inéluctablement à une certaine déshumanisation du soin. Toutefois nous constatons que prendre conscience de cet écart dans les pratiques soignantes peut éventuellement aider à (re)construire un dynamisme relationnel dans le soin. C'est entre autres ce que nous laisse comprendre Jasmine quand elle évoque à plusieurs reprises le fait qu'elle essaye malgré tout d'intégrer la relation dans les soins (L 104, L 113-114, L 183, L 196). La réalité du terrain nous montre que même si selon les services le *cure* domine les pratiques soignantes cela n'empêche pas de s'efforcer à faire aussi exister le *care*.

4.1.2. Perception du soin et du care

Pour avoir une idée de la conception que les infirmières ont du soin en général je leur ai demandé de m'expliquer ce que cela représentait et impliquait pour elles ? Pour Capucine le soin est une « *réponse* » et « *une action* » qui fait suite à un problème de santé et qui permet donc de le résoudre ou de maintenir l'état de santé du patient (entretien n°1 L 94, L 97). Elle met en lien la qualité du soin avec la notion du prendre soin qui est le fait de « *respecter le*

patient, d'être toujours bientraitant et professionnel » (L 103-104). Lilas quant à elle donne une définition plus précise et complète du prendre soin. C'est d'une part « *apaiser les souffrances* » et « *veiller au bien-être* » sans pour autant pouvoir guérir le patient (entretien n°2 L 157-158). D'autre part c'est « *aider* », « *accompagner* », « *soutenir* », « *être présent* » d'une manière toujours différente selon le patient (L 157-164). Il y a là une notion de prise en compte de la singularité du patient. L'approche du soin ne peut alors qu'être personnalisée dans la mesure où le soignant voit à travers le patient un être unique en son genre. Il n'est alors pas étonnant qu'elle ne puisse pas m'expliquer comment elle s'y prend précisément pour prendre soin des patients. De plus, elle souligne que cette approche « *dépend du patient, du contexte* » mais aussi du soignant en général lorsqu'elle dit « *ça dépend de mon état physique, émotionnel et intellectuel du moment* » (L 166, L 168). Nous pouvons supposer que la démarche du prendre soin peut être instable et évoluer selon certains éléments internes et/ou externes au patient et au soignant. Mais, elle pointe aussi du doigt le fait que malgré tout, cela ne l'empêche pas de « *proposer des solutions différentes adaptées à la situation du patient en étant le plus humainement professionnelle* » (L 177-179). Cela sous-entend que la fluctuation de l'état général du soignant peut être contourné par des ressources personnelles lui permettant de rester à un certain niveau d'efficacité dans sa prise en charge. Ces deux derniers verbatims nous laissent penser qu'une certaine disposition et pratique soignante semble être nécessaire dans le prendre soin pour ne pas compromettre la prise en charge, ce qui fait écho à la théorie du *care*. Quoi qu'il en soit pour Lilas le prendre soin nécessite « *le respect* », « *la douceur et la chaleur dans les gestes et paroles* » ainsi qu'une attention, une disponibilité, une présence et une remise en question des pratiques (L 184-187). Nous constatons que sa conception du soin rejoint celle de Rose qui le voit comme « *toutes les choses qu'on met en place pour vraiment soutenir et rassurer le patient* » et cela passe par l'aide, l'accompagnement, le relationnel et un savoir-être vis-à-vis du patient pour qu'il évolue dans sa maladie (entretien n°3, L 29-33). Elle évoque elle-même la notion du prendre soin et nous explique aisément qu'il s'agit de prendre en compte la dimension « *psychique* » et « *physique* » pour personnaliser et adapter la prise en charge (L 194-200). Cela renvoie à l'intérêt porté à la subjectivité du patient qui permet de respecter l'intégralité de la personne comme évoqué dans mon cadre de référence. En ce qui concerne Jasmine, le prendre soin consiste à « *prendre en charge le patient dans sa globalité* » et cela passe par toute la dimension technique et le travail relationnel pour s'adapter aux besoins du patient (entretien n° 4, L 156-160). Néanmoins si l'écoute, la réassurance et la relation tiennent

une place importante dans le soin, il semblerait que réunir tous ces critères soit « *un idéal* » voire « *une utopie* » (L 164). En effet, il apparaît dans son discours que pour des raisons d'organisation, de ressources humaines et de pression du système de santé les soignants sont parfois tiraillés entre leurs valeurs du prendre soin et leurs propres pratiques soignantes (L 172-173, L 194-195). Ce qui peut avoir une incidence sur l'attitude du soignant et la prise en charge du patient. Bien que Jasmine admette l'existence de cet écart, nous pouvons supposer que seule la considération et l'intérêt porté au patient sont garants de son existence dans le soin. Les quatre infirmières mettent en avant l'importance de mettre en pratique les valeurs humaines dans leur prise en charge pour s'inscrire dans la démarche du prendre soin.

4.1.3. La réflexivité

Je me suis aperçue au cours de ces entretiens que la notion de remise en question et de posture réflexive avait spontanément été abordé dans chacun des discours. Pour Capucine c'est une marque de professionnalisme car quand je lui ai demandé ce qu'elle entendait par être professionnelle ? Une de ces réponses a été « *c'est aussi avoir une posture réflexive et savoir se remettre en question* » (entretien n°1, L153). Selon elle, cette attitude servirait à se questionner sur le but d'une thérapeutique, sur notre manière de faire, sur la prise en charge des patients et nous aiderait à faire des liens et comprendre ce que l'on fait (L 154-155, L 161). Mais la subjectivité du soignant ne peut-il pas biaiser justement la réponse à son questionnement ? Il est alors intéressant de voir comment Lilas souligne l'importance de partager en équipe sa remise en question personnelle quand elle argumente que cela peut « *éclairer certaines réponses, décisions et pratiques* » (entretien n°2, L 122-123). Nous pouvons supposer que la réflexion et/ou remise en question collective aide à maintenir une vision objective sur le sujet. Cette notion s'inscrit dans un travail d'équipe et elle est aussi fortement présente dans le discours de Rose qui met en avant ses bienfaits. Cela permet selon elle « *de rechercher et de trouver les meilleures solutions en équipe pour personnaliser notre prise en charge* » (entretien n°3, L 197-198). Elle précise aussi que la remise en question professionnelle et personnelle « *aide à adapter la prise en charge* » (L 200). Cette prise de recul semble être essentielle car elle guide nos pratiques en faveur du patient. Mais elle peut aussi guider le soignant vers une prise de conscience concernant des potentiels problèmes pouvant impacter la relation ou la prise en charge du patient en générale. C'est le cas notamment de Jasmine qui semble avoir pris conscience qu'elle s'impliquait peut-être un peu trop dans la relation avec la patiente (entretien n°4, L 52-53). Le fait d'en avoir discuté avec ses collègues lui a permis de s'interroger sur la

manière de rectifier sa façon de faire pour qu'elle soit le plus adaptée et juste possible. De ce fait nous pouvons rattacher la démarche de remise en question et de posture réflexive au concept d'éthique car finalement elle entraîne un questionnement professionnel permettant d'améliorer et de donner du sens aux pratiques. Bien que les années d'expériences soient variées chez chacune des infirmières nous constatons que ces deux notions tiennent une place importante voire indispensable dans ce métier.

4.2. La relation soignant-soigné

4.2.1. Une relation de soin, d'interdépendance et de confiance

Grâce à la question inaugurale que j'ai posé au début de mes entretiens à savoir : « peux-tu me raconter une situation de soin qui t'a marqué dans le cadre de la relation soignant-soigné », j'ai pu avoir une première idée de la place que cette relation de soin avait dans chacune des situations évoquées. D'autant plus que comme nous l'avons vu dans le cadre de référence, c'est aussi une relation d'interdépendance. Le soignant et le patient sont étroitement liés par un lien de dépendance qui les unissent dans le soin. Cette notion figure dans les entretiens sous une forme plus ou moins subtile. Il me paraît donc important de récapituler succinctement les situations mentionnées par les professionnels interrogés afin de mettre en avant mes propos. En ce qui concerne Capucine, elle a été la première à faire accepter un soin d'hygiène à une patiente souffrant d'incurie, grâce la relation qu'elle a construit avec cette patiente (entretien n°1). En précisant que « *pour la réalisation d'un soin pourtant sans technique on a dû travailler la base de la relation soignant-soigné* » (L 26-27), elle nous montre qu'en amont du soin à réaliser, il y a tout un travail en commun concernant la relation qui a dû être mis en place pour débiter, poursuivre et faire évoluer la prise en charge. Lilas quant à elle a pu gérer et apaiser une situation de crise avec un patient présentant la maladie d'Alzheimer (entretien n°2). Nous pouvons dire d'une certaine manière que la rencontre entre la sensibilité de Lilas à la détresse du patient et la réceptivité de ce dernier a permis de désamorcer la crise. Pour Rose, une relation de confiance a émergé avec une patiente dont la prise en charge s'est avérée très difficile (entretien n°3). Quand elle dit « *c'est pas comme si on avait pas essayé de trouver une solution pour établir un contact mais je pense juste que c'était pas le moment, elle était pas prête* » (L 101-102), nous constatons que pour que la relation de soin existe elle doit aussi être acceptée par le patient. Enfin en ce qui concerne Jasmine, elle a découvert que la relation de soin au long court pouvait

impliquer une grande part d'affect tant pour le soignant que pour la patiente (entretien n°4). En précisant « *quand je vais la voir ça lui fait du bien et elle me le dit clairement* » ainsi que « *ça me fait du bien d'aller la voir et de partager des petits moments comme ça avec elle [...] ça me sort de ma routine* » (L 83, L 89-91), nous remarquons qu'un certain besoin affectif mutuel s'est créé entre Lilas et Mme M. Au vu de ces situations très différentes, nous pouvons exprimer l'idée que la relation soignant-soigné constitue un élément central dans le soin. Mais pour s'établir une coopération avec le patient est nécessaire pour qu'elle joue pleinement son rôle. À ce sujet, il est intéressant de comprendre pourquoi cette relation est un allié précieux pour les soignants et les patients. C'est à travers les explications des infirmières que nous constatons qu'elle peut avoir des rôles en commun malgré des services et des prises en charge très différentes. Elle peut notamment, libérer la parole des patients afin de mieux les connaître, les comprendre, les soutenir et les rassurer (entretien n°1 L 63, n°2 L 50, n°3 L 120-122, n°4 L 118). Encourager les patients à accepter les soignants dans leur intimité et à accepter plus facilement les soins (entretien n°1 L78, L 194, n°2 L 30-32, n°3 L 140-142, L 208). Seule Jasmine ne s'est pas prononcée en cette faveur, probablement car rares sont les fois où dans un contexte d'urgence les patients refusent certains soins. Et pour finir, elle favorise aussi un climat de confiance (entretien n°1 L 90, n°2 L 147, n°3 L 66, n°4 L 151). Tout cela nous laisse penser qu'elle est une ressource tant pour le soignant que pour le patient et joue un rôle divers et varié qui évolue toujours au gré des situations.

Si l'importance de sa place dans le soin semble être incontestable il semblerait pour autant qu'elle ne soit pas si facile à construire. En effet, elle nécessite tout d'abord certaines valeurs du prendre soin comme nous venons de le voir dans la partie : le soin et le *care*. Mais elle nécessite aussi « *une façon d'être* » et une « *manière de faire* » à chaque fois différente comme le souligne Capucine et Rose (entretien n°1 L 180, entretien n°3 L 124-125). Ce qui rejoint aussi les explications de Lilas qui nous montre que la relation se construit par des approches différentes (entretien n°2, L 29-30, L 35, L 44-45). Ce qui sous-entend fournir un effort en soi pour avoir la capacité à faire émerger une certaine créativité relationnelle pour ne pas standardiser notre manière de faire. Ces trois infirmières mettent donc en évidence la singularité de la relation, ce qui converge avec la pensée de Monique Formarier. Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'un ajustement du soignant vis-à-vis du patient est indispensable pour personnaliser cette relation. Seule Jasmine ne fait pas allusion à la singularité de la relation. Pour cette infirmière, la relation de soin « *ne peut se construire que sur du long terme* »

(entretien n°4, L 99-100). Mais peut-on parler de relation uniquement dans la durée ? Bien que la relation ait plus de chance de se construire au fur et à mesure des rencontres est-ce pour autant qu'elle ne peut exister dans un temps limité ? En y réfléchissant bien, on peut passer beaucoup de temps auprès d'un patient tout en l'ignorant et l'objectivant. Ne serait-ce alors pas la qualité de la relation qui importe plus que le temps qu'on y consacre ? Nous constatons que malgré tout, même si les services où la thérapeutique prime sur la relation, celle-ci peut quand même être présente. En effet, c'est ce que Jasmine nous laisse paraître dans son discours car elle insiste sur le fait qu'elle s'efforce tant bien que mal à créer un lien avec le patient et à faire exister la relation dans les soins (L 104, L 113-114, L 183, L 196). C'est en faisant référence à l'honnêteté, l'écoute, l'empathie, le toucher et un discours rassurant qu'elle s'inscrit dans la démarche du care (L 116-121). Nous pouvons supposer que même si le *care* est moins palpable aux urgences au vu du contexte particulier qui est celui de l'urgence vitale, une part de lui demeure grâce à la volonté du soignant. La relation soignant-soigné ne prend alors simplement pas la même forme que la relation avec les patients chroniques ou dans les services de longue durée. De ce fait, nous pouvons dire que la relation soignant-soigné s'inscrit dans un contexte. À cela, s'ajoute la notion de confiance qui a été spontanément abordé par les quatre infirmières. Celle-ci semble donc avoir son importance dans la relation de soin. Tentons maintenant d'analyser ce que cela signifie et implique pour les professionnels de santé. Pour Capucine, le patient accorde sa confiance dans la mesure où il perçoit le « *professionnalisme* » du soignant qu'elle met en lien avec les compétences (entretien n°1, L 166, L 176). N'ayant pas traité le concept de compétence dans mon cadre de référence il me paraît pertinent d'énoncer une définition pour mieux comprendre son sens. Une compétence peut être comprise comme étant « *la capacité d'un sujet de mobiliser tout ou une partie de ses ressources cognitives et affectives pour faire face à une famille de situations complexes* » mais c'est aussi « *la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations, à partager des enjeux, à assumer des domaines de coresponsabilité* » (Terraneo & Avanzino, 2006). Nous comprenons alors qu'être compétent est la capacité de savoir agir de manière appropriée face à n'importe quelle situation professionnelle en mobilisant les ressources tant personnelles que collectives. Dans le soin, la compétence du soignant se voit à travers la mise en œuvre d'une pratique professionnelle pertinente par rapport aux exigences de la situation du patient. N'est-ce pas là l'une des garanties de la fiabilité du soignant qui permet au patient de s'en remettre au corps médical plus facilement comme le pense Winnicott ? Étant donné que Capucine intervient au domicile des

patients, il n'est pas étonnant qu'elle associe la confiance aux compétences du soignant car elle est seule face au patient. Alors que les infirmières travaillant dans des structures peuvent toujours avoir un appui des collègues et mettre en commun leurs compétences. En revanche, pour Lilas la compétence ne renvoie pas à la confiance mais à la technicité quand elle dit « *être compétent pour moi c'est maîtriser la technique de ton soin dans les règles de l'art* » (entretien n°2, L 198). Cela peut paraître étonnant car dans sa conception de la compétence nous constatons clairement que la relation y est totalement exclue. Pourtant grâce à son attitude vis-à-vis du patient elle a su favoriser un climat de confiance pour apaiser le patient. Cela ne montre-t-il pas qu'elle a fait preuve de compétence pour gagner la confiance du patient en s'adaptant à ses besoins et à la situation ? Quoiqu'il en soit, pour Capucine et Lilas cette confiance naît d'une relation sincère et personnalisée qui s'appuie sur le prendre soin (entretien n°1 L 185-188, entretien n°2 L 153-156). Cette relation met en avant l'étayage professionnelle dont dispose le patient pour s'élever vers un mieux-être en ayant quelqu'un sur qui compter. Concernant Rose, en disant « *j'ai jamais entièrement confiance. C'est bien pour ça qu'il a certaines règles du service qu'ils doivent respecter [...] faut que ça aille dans les deux sens* » (entretien n°3, L 161-162, L 164). Du haut de son jeune âge et de son peu d'expérience elle nous montre toute la complexité de la confiance, mais je me questionne tout de même sur les raisons qui la freine à avoir si peu confiance au patient. Est-ce le fait d'un manque de confiance en soi ? D'un manque d'expérience dans son domaine ou d'une mauvaise expérience avec certains patients ? D'une certaine crainte envers eux ? Il semblerait tout de même qu'elle soit consciente que la confiance ne doit pas être à sens unique mais bien un échange mutuel, ce qui n'avait pas été abordé jusqu'à présent. Bien que celle-ci soit importante avec tous les patients, elle s'avère avoir un rôle essentiel en psychiatrie car comme nous le rappelle Rose « *la relation en psy c'est super important [...] car notre prise en charge se fait exclusivement à travers la relation de confiance parce que le patient et son évolution dépend vraiment de nous* » (L 103-106). Pour arriver à cette mutualité, certaines preuves de confiance de part et d'autre paraissent donc nécessaires. Même si le soignant s'engage à faire émerger un climat de confiance par la qualité et la justesse de ses attitudes et ses actions, le patient a aussi un rôle à jouer. La confiance ainsi partagée ne peut qu'être bénéfique pour les deux acteurs de la relation. Au vu de ses dires nous pouvons imaginer que s'il est difficile pour le soignant d'avoir parfois confiance au patient, il est certainement plus difficile pour celui-ci de se laisser porter par le soignant du fait de sa vulnérabilité et de cet environnement peu familial et chaleureux. C'est apparemment

souvent le cas pour les patients qui arrivent aux urgences. En effet, Jasmine pense que ces patients n'ont pas le choix que de faire confiance aux soignants. Pourtant, elle exprime l'idée que la confiance peut s'acquérir grâce à l'efficacité de la prise en charge notamment, en apaisant les souffrances des patients, en réglant et/ou stabilisant les problèmes de santé (L 128-131). Nous pouvons dire que combler les attentes et satisfaire les besoins exprimés ou implicites des patients peut être considéré comme un gage de fiabilité des soignants. De plus, en précisant que l'entrée en relation « *conditionne un peu ce qu'on renvoie au patient donc il faut surtout pas négliger ce côté-là* », elle laisse sous-entendre qu'il est question de la qualité de la relation (entretien n°4, L149-150). N'y a-t-il pas là encore un lien avec la compétence du soignant ? Quoiqu'il en soit, il semblerait que créer un environnement sécurisant et rassurant comme nous le précisent Lilas et Jasmine favorise aussi l'émergence de la relation de confiance (entretien n°2 L 45-46, entretien n°4 L 148). L'enjeu principal de la relation de confiance serait alors d'allier la qualité de la relation avec une certaine maîtrise du *cure*.

4.2.2. Du souci à la compréhension d'autrui

Lorsque j'ai exploré ces deux concepts dans mon cadre de référence, j'ai compris que la sollicitude et l'empathie étaient intimement liées et qu'ils étaient d'une certaine manière les garants de la subjectivité du patient. C'est aussi ce qui est ressorti dans les entretiens.

Bien que la sollicitude n'ait jamais été réellement employé cela ne veut pas dire pour autant qu'elle n'est pas présente dans les pratiques des infirmières interrogées. En effet, à titre d'exemple elle se traduit chez Capucine par le fait d'avoir pris le temps d'être attentive au discours de la patiente (entretien n°1, L57-58). Cette attention particulière à la parole de la personne lui a permis de mieux comprendre son vécu et par conséquent d'adapter sa prise en charge. Chez Lilas elle peut se voir à travers l'intérêt qu'elle a porté à la détresse et la souffrance du patient. Toute son attention était tournée vers lui et l'a aidé à gérer cette situation (entretien n°2, L113-114). Rose quant à elle, n'a pas arrêté de se soucier de la patiente malgré l'absence de relation. En insistant sur la dimension relationnelle elle a montré qu'elle considérait la patiente malgré tout (entretien n°3, L 145-152). Enfin Jasmine, s'efforce tant bien que mal d'être attentive aux patients et de les rassurer le plus possible (entretien n°4, L 118-119). Ces exemples nous montrent donc qu'une certaine sensibilité des infirmières en rapport aux patients est nécessaire pour que la sollicitude soit effective.

En ce qui concerne l'empathie, quand nous l'avons évoqué je me suis rendu compte que le sens qu'elles lui donnent converge vers celui des auteurs à quelques différences près. Si d'une manière générale elles se rejoignent sur le fait que l'empathie c'est se mettre à la place de l'autre pour le comprendre, Jasmine pointe du doigt la difficulté à ne pas être affectée par la souffrance de l'autre. À travers la situation qu'elle vit avec Mme M nous voyons fort bien que, l'infirmière est profondément touchée. Bien qu'être touché face à la souffrance d'autrui semble faire partie des conditions humaines, il n'en reste pas moins que pour Jasmine cela a un impact sur son moral en dehors du cadre professionnel (entretien n°4, L 49-51). Dans la mesure où nous sommes affectés par la souffrance du patient sommes-nous toujours dans l'empathie ? Dans mon cadre de référence il est dit que l'empathie se distingue de la compassion et de la sympathie. J'ai donc décidé de chercher le sens de ces deux notions pour bien distinguer les trois concepts qui peuvent parfois prêter à confusion comme dans le cas de Rose qui met en lien l'empathie avec la compassion (entretien n°3, L 225-226). La compassion est définie par le dictionnaire des concepts en soins infirmiers comme étant « *une expérience subjective où l'on sent, souffre avec autrui et non à sa place en se projetant sur lui* » (Paillard, 2015, p 101). Tandis que la sympathie « *suppose que nous prenions part à l'émotion éprouvée par autrui, que nous partageons sa souffrance ou plus généralement son expérience affective. La sympathie met en jeu des fins altruistes et suppose l'établissement d'un lien affectif avec celui qui en est l'objet* » (Simon, 2012, p. 297). Ces définitions, nous laissent penser que Jasmine fait preuve plutôt de compassion et de sympathie que d'empathie. Peut-être est-ce pour cela qu'elle surinvestie la relation (entretien n°4, L 53) ? J'aurai peut-être du essayer de comprendre les raisons qui l'ont poussé à agir ainsi avec Mme M. Cela m'amène à me demander si l'empathie n'aurait-elle finalement pas des limites et qu'est-ce qui pourrait en être la cause ? Est-ce que le fait de pas avoir l'habitude de s'inscrire dans une relation au long cours rendrait une infirmière plus engagée émotionnellement dans la souffrance du patient ? Le vécu du patient peut-il faire écho à son propre vécu ? Ou est-ce en lien avec l'impuissance du soignant face à une maladie incurable ? Etant donnée que les trois autres infirmières semblent maintenir un équilibre entre l'empathie et la compassion, nous pouvons nous demander s'il n'existe pas en chacun de nous des ressources qui nous permettraient de pouvoir la maîtriser à travers nos expériences ? Quoiqu'il en soit, il apparaît que l'empathie influence les affects des soignants, d'autant plus que Lilas et Rose admettent éprouver de la peine à certains moments concernant la situation du patient (entretien n° 2 L 52, entretien n°3 L 212-213). L'empathie peut alors être perçue comme

la signature de la sensibilité des soignants et assoie par conséquent une partie de la dimension humaine du soin comme l'évoque Rose et Jasmine (entretien n°3 L 231, entretien n°4 L 38-39). De plus, Capucine et Lilas sont d'accord sur le fait qu'elle participe à l'adaptation des besoins et à la personnalisation des soins (entretien n°1 L 71-75, entretien n°2 L 152-153). Cela semble logique car dans la mesure où le soignant comprend le patient dans son intégralité et qu'il fait preuve de sollicitude, il ne peut que prendre en compte sa subjectivité et de ce fait personnaliser la prise en charge. Nous pouvons dire que l'empathie est une ressource incontournable pour prendre soin des patients mais qu'elle n'est pas sans risque quand elle n'est pas maîtrisée.

4.2.3. De la distance physique à la distance émotionnelle

Il est vrai que lors de mes entretiens je n'ai pas explicitement interrogé les infirmières sur la distance professionnelle car il m'était parfois difficile de formuler directement les questions concernant des concepts précis. Mais elle est tout de même palpable dans chacun des discours notamment quand les infirmières me parlent de l'importance de la gestion des émotions. Cependant, on note que la seule ayant fait allusion au concept de proxémie que j'ai évoqué dans mon cadre de référence, c'est Lilas, car sa situation s'y prêtait. En effet, on observe qu'elle a su utiliser l'espace à son avantage en passant d'une distance sociale à une distance intime (entretien n°2, L 23-24, l 35-36). Le fait de ne pas s'imposer d'emblée dans l'espace privé du patient, lui a permis dans un sens de se faire accepter petit à petit pour mener à bien son soin. Nous constatons aussi qu'il peut y avoir une autre façon de penser la distance qui se joue dans la relation à l'autre en rapport à la manière dont on s'adresse au patient. Lilas a utilisé le tutoiement car elle a jugé bon de « *sortir de ce cadre un peu trop rigide* », sous-entendu le cadre professionnel. Il semblerait que cette approche était celle à adopter car le patient s'est calmé (L 44-45). Par sa capacité d'observation et d'analyse de la situation ainsi que son empathie elle a compris de quoi avait besoin ce patient afin de mettre en place la « proxémie relationnelle » nécessaire. Mais la distance professionnelle ne se résume pas au centimètre qui nous sépare de l'autre, même si parfois il paraît important d'y réfléchir comme dans cette situation. Cela sous-entend qu'il ne faut pas non plus faire n'importe quoi de cette proxémie et qu'elle se doit d'être adaptée au soin, à la relation et à la situation.

La distance dans le soin peut aussi avoir un autre versant qui s'apparente grandement à celui des émotions. Effectivement, les trois premières infirmières mettent en exergue l'importance de savoir gérer ses émotions. En nous faisant part de son début d'expérience dans les soins,

Capucine nous montre l'intérêt de savoir les maîtriser. Selon elle, cette capacité protège aussi bien le soignant que le patient. D'une part car cela nous « *préserve psychologiquement* » de la souffrance mais peut aussi éviter d'influencer négativement la prise en charge (entretien n°1, L 144, L 146-147). D'autre part car cela garantit au patient une relation et des soins justes et adaptés (L 150-151). En d'autres termes, ne pas savoir gérer ses émotions, peut alors être un frein à la qualité de la relation et des soins mais peut aussi épuiser le soignant. Ce qui n'est donc pas négligeable dans nos pratiques. Effectivement, étant confronté à la maladie, à la souffrance et à la mort, ce qui anime le soignant à faire ce métier peut vite s'envoler, le poussant ainsi vers la sortie. Pour Lilas, les émotions font parties intégrantes du métier car « *c'est bien elles qui fondent notre humanité* » (entretien n°2, L 88). Elle nous montre qu'elles sont sans cesse présentes dans la relation soignant-soigné mais ne doit pas pour autant impacter la qualité des soins (L 70-71). Nous constatons que cette capacité à gérer ses émotions peut aussi aider le soignant à faire face à certaines difficultés présentes dans le soin. Grâce à la situation de Rose, nous remarquons que la distance peut être imposée par le contexte d'hospitalisation, comme la chambre d'isolement qui ajoute une sorte de barrière physique et relationnelle dans le soin. De même, par la pathologie et/ou comportement du patient qui peut parfois mettre de la distance avec les soignants. Mais aussi, par le soignant quand celui-ci présente des ressentis négatifs vis-à-vis du patient. De ce fait, cela peut ainsi moduler la distance en menaçant la prise en charge. Bien qu'elle n'évoque pas directement la gestion des émotions, elle y fait référence notamment en disant « *il faut pas se laisser envahir par les émotions, il faut garder toujours la tête froide pour être efficace et pour être opérationnel pour le patient* » (entretien n°3, L 243-245). Ce verbatim nous permet de comprendre, que l'absence de maîtrise des émotions peut aussi effacer certaines compétences ainsi que la disponibilité du soignant dont le patient a besoin. En ce qui concerne Jasmine, elle nous précise que la distance du point de vue de ces collègues sous-entend « *le fait de ne pas trop s'attacher au patient et de ne pas trop s'impliquer émotionnellement* ». Pour elle, c'est « *une barrière qui nous sépare du professionnel et de l'affectif* » (entretien n°4, L 68-70). Cela paraît un peu surprenant car comme nous l'avons vu, dans le cadre de référence, Alexandre Manoukian explique bien que la dimension affective est au cœur de la relation. Seul le soignant concerné par les enjeux de la distance dans la relation, peut avoir sa propre perception sur ce que cela implique. J'aurais dû creuser un peu plus sa vision des choses, notamment concernant l'investissement affectif dont elle parle et dont elle est victime. Je me questionne alors sur le sujet de la notion d'attachement. Est-il considéré comme un manque de

distance professionnelle ? Peut-il et doit-il être évité ? La psychologue Carine Maraquin nous dit que « *Nous sommes obligés d'investir affectivement nos patients pour bien les soigner, mais nous ne devons pas non plus leur ajouter une souffrance supplémentaire. Les liens que nous avons créés doivent pouvoir se défaire facilement. Il nous faut en permanence nous ajuster dans un attachement suffisamment bon pour soigner* » (Maraquin & Masson, 2010, p. 130). Nous comprenons alors qu'il peut y avoir une forme d'attachement vis-à-vis du patient, à condition que cela ne nuise ni au patient, ni au soignant, ni au soin. De ce fait, c'est donc au professionnel de trouver le bon équilibre car ce lien affectif n'est pas sans danger. En effet, dans la situation de Jasmine, nous pouvons supposer que la relation affective qu'elle a créée avec la patiente, peut être lourde de conséquence pour les deux individus. Nous constatons qu'elle modifie le comportement du patient et l'organisation des soins, et entrave le discernement du soignant (L 90-91, L 60-65). À contrario, la psychologue ajoute aussi que « *nier nos affects constitue un risque à part entière, et peut-être le plus dangereux, par la non -prise en compte des affects de l'autre* » (Ibid, 2010). Cela reviendrait donc à abolir toute la dimension affective du soin pour s'inscrire dans une relation déshumanisante. Nous pouvons considérer que trouver la « juste distance professionnelle » constitue l'une des difficultés de la relation soignant-soigné. Cependant, il semblerait que cela ne soit pas impossible. Les quatre infirmières évoquent certaines stratégies pour parvenir à trouver un équilibre entre la multitude d'émotions dont le soignant doit faire face et son implication personnelle dans la relation. Certaines ressources dont disposent les infirmières se rejoignent, comme pour Capucine (L 130, L 139), Rose (L 180, L 184-185) et Jasmine (L 44-45) qui soulignent la nécessité d'en parler en équipe. Ce temps de parole peut être un moyen cathartique pour se libérer psychiquement de la tension interne que peuvent, parfois, provoquer certaines émotions et mettre des mots sur ce qui est ressenti pour mieux comprendre les raisons de ses émotions. Elles soulignent aussi le fait de parfois devoir déléguer la prise en charge. Probablement, pour prendre du recul sur ce qui se vit en soi, afin de mettre à distance ce qui ne peut être géré sur le moment dans le but de ne pas impacter directement le soin. De plus, le fait de se focaliser sur le patient à l'instant T et de se concentrer sur la manière dont nous pouvons apporter notre aide, peut aussi être une sorte de diversion, poussant ainsi le soignant à isoler ses émotions pour un temps. C'est en tous cas ce que mettent en avant Lilas (L 111-114) et Rose (L 246). Cette dernière émet aussi l'idée, qu'il est parfois aidant de poser des limites quand le patient adopte une distance inadaptée (entretien n°3, L 138). Cette démarche permet sûrement de maintenir la place de chacun dans le soin.

Nous pouvons alors dire que chaque soignant a finalement ses propres ressources, ce qui permet de reconnaître et maîtriser ses émotions afin de ne pas tomber dans un abus de rapprochement ou d'éloignement entre soignant et soigné. Il semblerait donc que la gestion des émotions soit intimement liée à la distance professionnelle. Cela exige un travail sur soi qui demande une certaine capacité d'introspection et de prise de recul. Si cette distance est parfois difficile à trouver dans nos pratiques, elle n'est cependant pas impraticable. Elle nécessite de se questionner sur l'impacte qu'elle peut avoir pour soi et pour autrui, afin de toujours s'engager à trouver un juste milieu.

5.Synthèse de l'analyse

Grâce à ces différents entretiens, nous pouvons constater, que même si la conception des soins techniques et du prendre soin est propre à chaque infirmière, elles se rejoignent sur le fait que ces deux dimensions ne peuvent être dissociées. Le prendre soin et la relation de soin ont toute leur place dans la technicité des pratiques. Elles doivent obligatoirement être présente pour placer la subjectivité du patient au cœur du soin. Les infirmières nous ont aussi montré que les valeurs humaines tiennent une place capitale dans le soin. Ce sont elles qui inscrivent la part d'humanité devant résider dans nos pratiques. De ce fait, elles peuvent largement être considérées comme le moteur du prendre soin. Un entretien en particulier met en évidence que même si le *cure* peut parfois dominer le *care*, ces deux concepts sont malgré tout étroitement liés. La responsabilité des soignants est donc de tout mettre en œuvre pour faire exister le *care* dans les pratiques malgré certaines exigences organisationnelles. Nous comprenons bien que seule la volonté du soignant peut permettre de voir une personne unique à travers le patient, et non pas seulement un corps à traiter. C'est seulement à cette condition que le soignant peut respecter l'intégralité de ce que représente le patient, c'est-à-dire une personne à part entière comme nous tous. Afin de ne pas se perdre dans des pratiques insensées, il convient selon ces infirmières, de se remettre régulièrement en question, d'adopter une posture réflexive pour toujours donner du sens à ce que l'on fait et adapter nos soins à chaque patient. Bien que cela semble être relativement simple, nous avons pu voir qu'il n'est pas toujours évident de savoir à quel moment et de quelle manière se remettre en question ? L'apport de l'équipe paraît être une aide précieuse car mener une réflexion collective permet, a priori, de prendre conscience plus facilement de certaines choses et de mieux les comprendre.

Les quatre infirmières ont largement mis en évidence l'importance de considérer la relation soignant-soigné dans ce métier. Bien que cela ne soit pas représentatif de l'ensemble des professionnels de santé exerçant le métier d'infirmière, nous constatons tout de même que dans les différents services la relation a toujours beaucoup de valeurs à leurs yeux. Elle s'inscrit dans un contexte spécifique et de ce fait, ne prend pas la même forme d'un service à l'autre. Elles nous ont aussi montré qu'elle se construit toujours d'une manière différente. Cela fait grandement écho avec la citation de Monique Formarier que j'affectionne particulièrement tant elle est forte de sens : « *chaque patient est unique, chaque infirmière est différente, chaque rencontre est donc singulière* » (2007, p. 33). C'est donc bien la singularité de cette relation qui

en fait sa particularité. Nous avons compris qu'elle peut jouer un rôle aussi bien similaire que spécifique dans certaines situations. Elle ne peut qu'être utilisée à bon escient, dans la mesure où les soignants lui laisse la place qu'elle mérite, et s'attache à prendre soin d'elle autant que les patients. Nous avons aussi constaté qu'il n'est pas toujours aisé de la construire tant elle demande un investissement et un ajustement du soignant constant, une certaine créativité, une attention aussi particulière que celle que l'on peu donner au patient pour en faire une relation de qualité. Nous pouvons noter que quand cette qualité est belle et bien présente, la relation aspire à se renforcer dans la confiance que le patient accorde au soignant. Là aussi, les infirmières nous ont appris que nous aurions tort de croire qu'elle est si facile à gagner car elle n'est finalement pas un chemin si facile à emprunter. C'est à travers les différentes situations évoqués par les infirmières, que nous constatons qu'elle nécessite un concept qui a émergé dans certains discours, celui de la compétence. Effectivement, dans la mesure où le patient perçoit les compétences des soignants tant dans le *cure* que dans le *care*, une sincère sollicitude et empathie, il découvre progressivement la fiabilité du soignant. Il peut alors se laisser porter par celui-ci et s'en remettre à lui, tout en laissant de côté une grande partie de ses doutes et de ses craintes. Il en ressort aussi des discours, que le soignant n'est pas infaillible au vu de toutes les émotions auquel il doit faire face dans la relation. Il peut tout de même mobiliser des ressources lui permettant d'harmoniser avec justesse sa relation à l'autre. D'ailleurs, à ce sujet nous avons pu voir que l'expérience personnelle des situations de soin permettent de travailler, développer et maîtriser la juste distance. L'intelligence émotionnelle évoquée brièvement dans mon cadre de référence qui consiste, je le rappelle, à savoir reconnaître et maîtriser ses émotions, semble être un premier levier à cette recherche du juste milieu. Au regard des discours, il semble plus facile de dire qu'il est important de savoir gérer ses émotions, mais la réalité est bien plus complexe. Si je devais donc poursuivre ce travail, ma question de recherche serait :

Dans quelle mesure la relation soignant-soigné peut-elle avoir un impact sur les émotions des soignants ?

Conclusion

Nous voici à la fin de ce travail d'initiation à la démarche de recherche qui vient clôturer mes trois années de formation en soins infirmiers et qui marque bientôt le début d'une nouvelle vie professionnelle. Il convient donc de retracer le cheminement de ma réflexion concernant la relation soigné-soignant qui a été enrichi et affiné à chaque étape de ce mémoire.

Tout d'abord, l'ensemble des lectures que j'ai réalisé m'a permis d'avoir plusieurs points de vue concernant la conception du soin et de la relation soignant-soigné. Ce qui a été très enrichissant, car avoir sa propre conception ne suffit parfois pas à comprendre vraiment de quoi il est question. Ainsi, tenter d'abord de définir le soin à travers les différentes pensées des auteurs, m'a aidé à élargir ma vision concernant le sens qu'il pouvait prendre. Tantôt le *cure*, tantôt le *care*, il peut alors s'entendre comme un remède médicalement technique ou un remède naturellement humain. Quoiqu'il en soit, le soignant est amené à pratiquer les deux et à les articuler entre eux pour créer l'unité du soin. J'ai compris que c'est bien dans cette optique que la relation soignant-soigné devait s'inscrire pour tendre vers cette unité. En effet, ce qui a été mis en avant dans mon cadre de référence, c'est que la relation ne devait pas être écartée au risque d'oublier et d'objectiver le patient. Ce qui m'amène à penser qu'elle est la clé de cette humanité qui est l'essence même de notre profession et qui permet d'ancrer la subjectivité du patient dans le soin. Mais pour ce faire, il existe une condition qui incombe au soignant : s'inscrire dans une démarche du prendre soin avec une réelle volonté de s'investir dans la relation à l'autre.

Ensuite, grâce à l'enquête exploratoire, j'ai pu mettre en confrontation toute la recherche théorique avec les pratiques soignantes. J'ai pu voir que pratiquement toutes les notions abordées convergent avec le cadre de référence. Le vécu personnel de chacune des infirmières dont j'ai eu connaissance, me donne une idée sur la manière dont la relation de soin peut être investit et ce qu'elle peut impliquer. J'ai pu voir à quel point les valeurs du prendre soin sont précieuses et qu'il ne faut jamais oublier de les mobiliser pour rendre authentique cette relation. Elles sont une preuve d'investissement et d'implication du soignant et participent à cette attention qu'on doit porter à chaque patient. J'ai aussi compris que la relation soignant-soigné est une force dans le soin car elle est le premier et même le principal soutien des patients. Il convient donc au soignant de toute mettre en œuvre pour la faire exister dans le soin. Ce qui la rend complexe finalement, c'est qu'elle doit toujours être adaptée à chaque patient car c'est

avant tout une rencontre entre deux identités. Même si elle se forme, se transforme et se déforme au gré des situations, elle reste unique et singulière à chaque fois malgré le temps et le contexte. Bien que cette relation soit inévitablement traversée par un ensemble d'émotions qui se rencontrent et se confrontent, elle doit pouvoir s'inscrire dans une « juste distance ». Dans la mesure où ces émotions peuvent influencer la relation et entraîner certains risques pouvant nuire aux patients comme aux soignants, elles doivent pouvoir se travailler. C'est grâce aux témoignages des infirmières, que j'ai compris qu'il existait en chacun d'entre nous des ressources personnelles nous permettant de faire preuve d'intelligence émotionnelle. Je sais maintenant que cette distance si abstraite et informelle qu'elle soit, est une nécessité dans nos pratiques car elle équilibre notre rapport à l'autre. Il peut parfois être difficile de l'appréhender, la pratiquer ou même la maîtriser, mais il n'est pas impossible de la penser et de la développer pour préserver la relation. Parce que la relation soignant-soigné est une richesse dans le soin, nous devons tous en prendre soin.

Pour finir, le temps, l'investissement personnel et les sacrifices que m'a demandé ce travail, ne peut me faire oublier l'importance que la relation soignant-soigné a dans cette profession. Ne peut que me donner envie de m'impliquer avec autant de sagesse et de sincérité dans la relation comme elle le mérite. Ne peut que me rappeler que notre devoir est de toujours placer la relation au cœur du soin pour considérer le patient avec tout le respect qu'il se doit. Ne peut que me guider vers le chemin du prendre soin afin de ne jamais oublier la grandeur de la profession d'infirmière.

Je conclurais ce mémoire sur une réflexion personnelle :

« Si le patient est au cœur de la relation, que la relation est au cœur du soin et que le soin est au cœur de notre profession. Le soignant n'est-il pas le cœur de l'humanité ? »

Bibliographie

Ouvrages :

Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital : Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. (Masson, Éd.) Paris.

Manoukian, A. (2014). *La relation soignant-soigné* (éd. 4e). (Lamarre, Éd.)

Paillard, C. (2015). *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : vocabulaire dynamique de la relation soignant-soigné* (éd. 2e). (Setes, Éd.)

Prayez, P. (2005). *Julie ou l'aventure de la juste distance*. (Lamarre, Éd.)

Articles :

Bisiaux, F. (2015). La fonction maternante du soin médical. (P. U. France, Éd.) *À quel soin se fier?*, pp. 81-89.

Brugère, F. (2009, Avril). La sollicitude et ses usages. (P. U. France, Éd.) *Cités*(40), pp. 139-158.

Dutour, O. (2019, Septembre). Pour une approche pluridisciplinaire de l'archéologie et de l'anthropologie du soin et de ses pratiques. (L. Découverte, Éd.) *Archéologie de la santé, anthropologie du soin*, pp. 171-177.

Formarier, M. (2007, Février). La relation de soin, concepts et finalités. (A. d. Infirmiers, Éd.) *Recherche en soins infirmiers*, pp. 33-42.

Halpern, C. (2013). Le normal et le pathologique, de Georges Canguilhem. (É. S. Humaines, Éd.) *Histoire et philosophie des sciences*, pp. 164-169.

Lefève, C. (2010). La relation de soin doit-elle être une relation d'amitié? (P. U. France, Éd.) *La philosophie du soin*, pp. 105-126.

Malo, P. Y. (2007, Février). Les voies du sujet aux portes de la dépendance. (F. N. Gérontologie, Éd.) *Gérontologie et société*, 30(121), pp. 103-114.

Maraquin, C., & Masson, G. (2010, mars). Plaidoyer pour l'attachement entre les soignants et les personnes dont ils prennent soin. (Érès, Éd.) *VST - Vie sociale et traitements*(107), p. 130.

Marin, C. (2013). "Qui prend soin de qui?". (Hermann, Éd.) *Prendre soin*, pp. 53-60.

- Marin, C. (2015). Quelqu'un sur qui compter. (P. U. France, Éd.) *À quel soin se fier?*, pp. 49-58.
- Marmilloud, L. (2010). Prendre soin: plus qu'un métier, une symbolique... pour la société. (Érès, Éd.) *Traité de Bioéthique*, pp. 168-177.
- Marmilloud, L. (2021, Mars). Quelle réciprocité dans la relation de soins? (P. U. Grenoble, Éd.) *Jusqu'à la mort accompagner la vie*(146), pp. 89-97.
- Michon, F. (2013, Mars). Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance. *Soins*(773), pp. 32-34.
- Mino, J.-C. (2015, Janvier). Cure et care, indissociablement. (P. U. France, Éd.) *À quel soin se fier?*, pp. 71-79.
- Molinier, P. (2012). Le "care": ambivalences et indécentes. (É. S. Humaines, Éd.) *La Morale, Éthique et sciences humaines*, pp. 207-213.
- Noel-hureaux, É. (2015, Mars). Le care: un concept professionnel aux limites humaines? (A. d. Infirmiers, Éd.) *Recherche en soins infirmiers*(122), pp. 7-17.
- Pétermann, M. (2016, Avril). La juste distance professionnelle en soins palliatifs. (M. & Hygiène, Éd.) *Revue internationale de soins palliatifs*, 31, pp. 177-181.
- Poirier Coutansais, G. (2012). Éthique, éthique des soins. (A. d. Infirmiers, Éd.) *Les concepts en sciences infirmières*, pp. 187-189.
- Simon, E. (2009, Mars). Processus de conceptualisation d'empathie. (A. d. Infirmiers, Éd.) *Recherche en soins infirmiers*(98), pp. 28-31.
- Svandra, P. (2008, Décembre). Un regard sur le soin. (A. d. Infirmiers, Éd.) *Recherche en Soins Infirmiers*(95), pp. 6-13.
- Svandra, P. (2009). Penser le soin. (E. M. SAS, Éd.) *Savoirs et Soins Infirmiers*, pp. 1-8.
- Terraneo, F., & Avanzino, N. (2006, Avril). Le concept de compétence en regard de l'évolution du travail: définitions et perspectives. *Recherche en soins infirmiers*(87), p. 18.
- Tronto, J. C. (2008, Février). Du care. (L. découverte, Éd.) *Revue du MAUSS*(32), pp. 243-265.
- Vallejo, M.-C. (2018, Avril). Vulnérabilités et humanité du soin, l'éthique comme boussole. *Soins*, 63(824), pp. 20-24.

Warchol, N. (2012). Autonomie. (A. d. Infirmiers, Éd.) *Les concepts en sciences infirmières*, pp. 87-89.

Warchol, N. (2012). Dépendance. (A. d. Infirmiers, Éd.) *Les concepts en sciences infirmières*, pp. 147-150.

Winnicott, D. (2015). Cure (1970). (P. U. France, Éd.) *À quel soin se fier?*, pp. 19-38.

Worms, F. (2010). Chapitre 1. Les deux concept du soin. (P. U. France, Éd.) *Le moment du soin*, pp. 17-36.

Zielinski, A. (2019). Reconnaissance de la vulnérabilité: vers une éthique de la sollicitude. (Érès, Éd.) *L'éthique de la dépendance face au corps vulnérable*, pp. 251-273.

Site internet :

<https://www.cnrtl.fr/definition/cure>

Annexes

SOMMAIRE DES ANNEXES

Annexe I : Guide d'entretien.....	I
Annexe II : Entretien n°1 « Capucine ».....	II
Annexe III : Entretien n°2 « Lilas »	VII
Annexe IV : Entretien n°3 « Rose »	XII
Annexe V: Entretien n°4 « Jasmine ».....	XVIII
Annexe VI: Tableau d'analyse des entretiens	XXIII
Annexe VII: Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude	XXXI

Annexe I : Guide d'entretien

Thèmes	Objectif	Questions
Début de l'entretien	Avoir une présentation succincte du soignant	- Pouvez-vous vous présenter : âge, ancienneté, parcours professionnel ?
Question inaugurale	Repérer les pratiques soignantes afin d'ouvrir la discussion sur différents concepts de la relation soignant-soigné	- Pouvez-vous me raconter une situation de soin qui vous a marqué dans le cadre de la relation soignant-soigné ?
Le soin	Comprendre comment chaque soignant perçoit le soin afin de voir s'il s'inscrit dans le <i>cure</i> et/ou dans le <i>care</i>	- Comment concevez-vous le soin en général ? - Que représente les soins techniques pour vous ?
La relation soignant-soigné	Comprendre comment chaque soignant perçoit la relation soignant-soigné et Savoir quelles ressources il mobilise pour construire cette relation	- Pouvez-vous m'expliquer ce qu'est la relation soignant-soigné selon vous ? - Comment faites-vous pour vous inscrire dans la relation soignant-soigné ?

Questions de relance :

- Comment faites-vous pour créer une relation de confiance avec le patient et pourquoi a-t-elle son importance dans la relation de soin ?
- Pouvez-vous m'expliquer ce qu'est la distance professionnelle et comment vous la gérez ?

Annexe II : Entretien n°1 « Capucine »

- 1 **Moi : Bonjour capucine, je tiens tout d'abord à te remercier de prendre le temps pour cet**
2 **entretien et de ta participation à mon travail de fin d'étude.**
- 3 **Capucine :** Mais c'est avec plaisir, je suis passée par là t'inquiète je sais ce que c'est. (Rire...)
- 4 **Moi : Bon tout d'abord, peux-tu te présenter : âge, ancienneté et parcours professionnel**
5 **?**
- 6 **Capucine :** Bien sûr. Alors, j'ai 30 ans, je suis diplômée depuis juillet 2015. J'ai commencé par
7 faire de l'intérim pendant 1 an puis j'ai travaillé 2 ans et demi dans une clinique spécialisée
8 Alzheimer et aujourd'hui ça fait 3 ans que je travaille dans un SSIAD.
- 9 **Moi : Merci pour cette présentation. Alors, peux-tu me raconter une situation de soin qui**
10 **t'as marqué dans le cadre de la relation soignant-soigné ?**
- 11 **Capucine :** Oulaaaaa... Alors attends faut que je réfléchisse un peu et que je cherche surtout
12 dans ma mémoire de poisson rouge...(Silence)... Dis donc elle est vraiment pas évidente ta
13 question. Ça peut être n'importe quoi ?
- 14 **Moi : Oui oui du moment où ça s'inscrit dans la relation de soin. Prend ton temps, ne**
15 **t'inquiète pas on n'est pas pressé.**
- 16 **Capucine :** euuuuuh.... Alors ...(Silence)... Franchement je sais pas trop, finalement c'était
17 peut-être pas une bonne idée de m'interroger. ...(Rire)... (Silence)... Je sais pas trop quoi te
18 raconter sérieux... (Silence)... C'est difficile de sortir une situation comme ça de but en blanc
19 sans y avoir réfléchi un peu avant... (Silence)... Ah ça y est j'ai trouvé ! En fait, j'ai rencontré
20 par l'intermédiaire du SSIAD une dame qui souffrait d'incurie sévère. Là ça fait un an qu'on la
21 prend en charge. Au début on devait juste l'aider à prendre ses médicaments à la demande de
22 son médecin. Puis, au fur et à mesure du temps, j'ai réussi à l'accompagner pour une toilette au
23 lavabo. Franchement je l'ai vécu comme une victoire ! J'étais la seule à pouvoir m'occuper de
24 ses soins d'hygiène, elle refusait que mes collègues s'en occupent. J'ai aussi été la première à
25 l'accompagner pour prendre une douche et maintenant ça fait 3 mois qu'elle accepte que tous
26 les soignants l'aident dans ce soin. Du coup ça m'a marqué car pour la réalisation d'un soin
27 pourtant sans technique on a dû travailler la base de la relation soignant-soigné qui est à mon
28 sens la relation de confiance.
- 29 **Moi : Peut-être que c'était compliqué pour elle au niveau de la nudité ?**
- 30 **Capucine :** oui certainement car c'est quelqu'un de très pudique en plus c'est jamais évident
31 de se dévêtir devant une étrangère. Mais il y a pas que ça, c'est une dame qui a subi des violences
32 conjugales pendant des années. Donc certainement que de devoir être touché devait aussi être
33 compliqué.
- 34 **Moi : Tu as évoqué le soin sans technique mais du coup qu'est-ce qu'un soin technique pour**
35 **toi ?**
- 36 **Capucine :** Un soin technique pour moi c'est un soin complexe qui relève de mon rôle prescrit,
37 c'est-à-dire à mon sens relève d'une décision médicale. Mais ça n'empêche pas que quel que
38 soit le soin technique ou pas, la relation soignant-soigné mais aussi la confiance avec le patient
39 est primordiale pour sa réussite. Tu vois ce que je veux dire ?
- 40 **Moi : Bien sûr, étant aide-soignante depuis 12 ans je vois tout à fait ce que tu veux dire.**
41 **Du coup qu'est-ce que la relation soignant-soigné pour toi ?**

42 **Capucine** : C'est le lien qui se crée entre une personne qui a besoin d'aide et une personne qui
43 a les compétences nécessaires pour lui apporter cette aide dans un contexte évidemment de soin.

44 **Moi** : **De quelle compétence parles-tu ?**

45 **Capucine** : Ben ça dépend du besoin du patient à un instant T.

46 **Moi** : **Mais en rapport à ta situation, quelles ont été selon toi les compétences et ressources**
47 **dont tu disposais pour justement t'inscrire dans cette relation ?**

48 **Capucine** : Dans cette situation et de toute façon je pense aussi dans mon métier en général, je
49 dirais que la base de la base c'est l'écoute vis-à-vis du patient. Ma capacité à écouter et pas
50 seulement entendre. Tu connais la nuance ?

51 **Moi** : **Je pense... Il me semble qu'écouter c'est vraiment être attentif à la personne qui**
52 **parle et au message qu'elle transmet, alors qu'entendre c'est juste percevoir le son ou ce**
53 **qui est dit mais sans s'attarder dessus ni même le prendre en compte.**

54 **Capucine** : Oui en gros c'est ça ! Écouter c'est vraiment porter une attention particulière à la
55 parole de la personne. Dans cette situation, c'est grâce à cette écoute que j'ai su l'histoire de
56 vie de cette dame car nous n'en avons pas connaissance. J'ai d'ailleurs été étonnée que son
57 médecin ne le sache pas non plus. Du coup dès notre première rencontre j'ai pris le temps de
58 m'asseoir à ses côtés et d'engager une conversation basique comme lui demander comment elle
59 allait ? ce qu'elle comptait faire aujourd'hui ? Comment son chat s'appelait ? si elle avait des
60 enfants ? etc... Tu vois, cette première approche c'était pour voir si elle était ouverte à la
61 discussion. Étonnamment quand on a évoqué le sujet familial elle s'est ouverte à moi facilement
62 et je peux te dire que c'est pas tout le temps le cas car des fois faut sortir les rames. Tu sais pour
63 moi c'est important de connaître le vécu du patient car ça peut expliquer certaines situations,
64 comportements ou appréhensions. Puis toute façon tu ne peux pas réellement prodiguer des
65 soins personnalisés si tu ne connais pas ton patient. Je dis pas le connaître dans les moindres
66 détails mais un minimum quand même. D'où l'importance de cette écoute active, il me semble
67 que c'est comme ça qu'on dit si je me souviens bien des cours de soin relationnel.

68 **Moi** : **Exactement, pour quelqu'un ayant une mémoire de poisson rouge tu t'en sors plutôt**
69 **bien !**

70 (Rire)

71 **Capucine** : Donc, euuuuh... Je disais pour en revenir aux compétences que ma capacité
72 d'écoute et mon empathie m'aide beaucoup. En fait ça me permet de bien comprendre l'histoire
73 du patient comme je te disais mais aussi ses besoins et surtout ce qu'il ressent. Quand tu es
74 empathique envers quelqu'un tu lui montres que tu essayes de comprendre ce qu'il vit donc ça
75 prouve que tu t'intéresses à lui et ça te permet aussi d'adapter le soin. Du coup je pense que
76 tout commence par la communication car finalement c'est elle qui permet d'instaurer au fur et
77 à mesure du temps cette relation de confiance dont je te parlais. Tu vois quand j'interviens chez
78 le patient, je rentre vraiment dans son environnement intime, alors je n'oublie jamais de me
79 présenter, de lui expliquer les soins que je vais lui faire, j'utilise des mots simples et adaptés
80 pas comme les médecins (lève les yeux au ciel). Je parle sur un ton doux et chaleureux bon
81 parfois je parle fort quand la personne a des problèmes d'audition mais j'adapte ma
82 communication au patient. Et quand je parle de communication c'est la verbale forcément mais
83 c'est aussi la non verbale. Donc ça sous-entend d'adapter aussi mes gestes et ma posture. Après
84 c'est du savoir être ça, c'est le B.A.BA. Mais bon, il y a aussi pleins d'autres choses qui entre
85 en compte là je te dis grosso modo ce qui me vient sur le moment.

86 **Moi : Tu penses à quoi d'autres ?**

87 **Capucine :** Respecter son autonomie, lui montrer de la considération, être bienveillant le
88 respecter. En fait faut lui montrer que tu es là pour lui, pour son bien-être pour l'aider dans les
89 actes de la vie quotidienne mais aussi pour l'aider psychologiquement quand ça ne va pas. C'est
90 un tout qui fait que tu vas gagner sa confiance au travers de la relation qui s'instaure dans le
91 soin. Parfois c'est rapide et parfois ça prend du temps ça dépend des patients tu vois ?

92 **Moi : Je vois, je vois. Justement tu abordes la notion de soin. Tu peux me dire quelle**
93 **conception tu as du soin ?**

94 **Capucine :** Je pense que le soin c'est une réponse à un problème de santé physique ou
95 psychique peu importe.

96 **Moi : Tu peux préciser un peu plus ?**

97 **Capucine :** Comment dire ? Euuuh... Un soin, c'est une action pour répondre à une
98 problématique ou pour chercher les causes d'un problème de santé ...(Silence)... qui va alors
99 mener à une action qui va permettre soit de résoudre le problème soit de maintenir son état de
100 santé... Mais tu ne peux pas le réaliser correctement si tu n'es pas à la base dans ta pratique
101 professionnelle dans une démarche de prendre de soin de la personne. Après on a tous notre
102 propre manière d'être et de faire car derrière notre attitude il y a nos propres valeurs qui
103 s'expriment et notre propre conception du soin. Mais ce qui compte c'est de respecter le patient,
104 d'être toujours bien traitant et professionnel. Il y a que comme ça qu'on peut faire un soin de
105 qualité. Non ?

106 **Moi : Probablement. Après comme tu dis, nous avons tous notre propre conception du**
107 **soin et nos valeurs, le plus important reste le bien-être du patient. Tu me parles d'être**
108 **professionnel, tu peux m'en dire plus ?**

109 **Capucine :** T'en dire plus, c'est-à-dire ?

110 **Moi : C'est quoi pour toi être professionnel ?**

111 **Capucine :** C'est plusieurs choses. C'est avant tout, savoir se maîtriser. Je te dis ça car, euuh
112 j'ai un peu honte de t'en parler...

113 **Moi : Si tu te sens pas tu n'es pas obligée. Le but c'est pas de te mettre mal à l'aise.**

114 **Capucine :** Disons qu'au début de ma carrière j'avais du mal à gérer mes émotions surtout
115 quand j'étais confrontée à la mort dans la clinique où je bossais. Il m'est arrivée plusieurs fois
116 lorsque je faisais une toilette mortuaire de pleurer ou de pleurer avec les familles car on
117 s'attache mine de rien à nos patients avec le temps. Le problème c'est qu'après, dès qu'il y avait
118 un décès je voulais plus y aller, j'envoyais ma collègue à la place. Et le pire c'est que j'évitais
119 les familles pour ne pas me mettre dans tous mes états. En plus je suis en train de penser que
120 pour la dame dont je te parlais au début, la première fois que je suis entrée chez elle j'avais
121 juste envie de prendre mes jambes à mon cou. Je voulais plus y retourner. Je me suis sentie sale
122 quand je suis sortie de chez elle et tu vois j'avais cette appréhension d'y retourner, j'avais limite
123 envie de dire à l'équipe que c'était pas possible pour moi. Mais dans la voiture je me suis direct
124 ressaisie en me rappelant pourquoi je faisais ce métier. Cette dame elle a juste besoin d'aide et
125 c'est de notre ressort d'être là pour elle. Franchement quand je m'entends te raconter ça, ça
126 craint !

127 **Moi : Je suis pas là pour te juger t'inquiète pas. Puis honnêtement, moi aussi ça m'est déjà**
128 **arrivée de pleurer quand un patient était décédé. Du coup, comment tu as réussi à**
129 **surmonter tout ça ?**

130 **Capucine :** Pour ce qui est de pleurer comme une madeleine, j'en ai discuté longuement avec
131 la cadre de l'époque qui m'a conseillé de ne jamais oublier que la mort faisait partie de la vie.
132 Et depuis je n'ai jamais oublié cette phrase. Ça peut paraître bête mais ça m'a aidé par la suite
133 à prendre un peu plus de recul dans ma prise en charge. Attention je ne dis pas que je m'implique
134 plus autant qu'avant ou que je m'attache plus au patient car franchement ceux qui te diront faut
135 pas s'attacher aux patients c'est de la grosse connerie à moins d'être complètement inhumain
136 mais dans ce cas-là faut changer de métier. Disons qu'il y a quelque chose depuis cet entretien
137 avec mon ancienne cadre qui s'est passé en moi et qui a fait que ça m'a permis de gérer
138 intérieurement mes émotions. Et pour ce qui est de la dame, comme je t'ai dit je me suis rappelé
139 les motivations qui m'ont poussé à faire ce métier, j'ai pris un peu de recul sur ce que j'ai
140 ressenti et ça a suffi. Je pense que c'est important car ça te protège toi et ton patient.

141 **Moi : Comment ça ?**

142 **Capucine :** Ben ça te protège toi car si tu passes ta carrière à pleurer à chaque fois que tu perds
143 un patient au bout d'un moment tu vas t'épuiser, faire un burnout et tu voudras changer de
144 boulot. Donc si tu arrives à gérer tout ce qui se passe en toi, tu te preserves psychologiquement. Puis
145 en plus, quand tu gères pas tes émotions, comme la colère, le stress, le dégoût, la peur et bien
146 d'autres, ben ton jugement peut-être faussé, ton comportement inadapté, en gros tu peux faire
147 de la merde et c'est ton patient qui subit alors qu'il a rien demandé. Oh pardon pour le gros
148 mot, tu le mettra pas dans ta retranscription hein ! D'ailleurs ça c'est un exemple de non-
149 professionnalisme, le langage inadapté. (Rire). Je rigole mais c'est aussi vrai. Bref, en ce qui
150 concerne le patient ça le protège aussi indirectement d'une certaine manière soit d'une relation
151 trop fusionnelle ou trop distante soit d'une potentielle maltraitance soit de soin inadapté etc...

152 **Moi : Tu vois autre chose ?**

153 **Capucine :** C'est aussi avoir une posture réflexive et savoir se remettre en question. Tu ne peux
154 pas bêtement appliquer un protocole ou faire des soins sans réfléchir à pourquoi tu les fais ?
155 Comment tu les fais ? Est-ce que c'est adapté à l'état du patient ?

156 **Moi : Comme dirait mes formateurs nous ne sommes pas de simple exécutante.**

157 **Capucine :** Ben oui, ils ont raison ! Car être une exécutante ça ne mène à rien, ça n'a strictement
158 aucun sens. Ne serait-ce que quand le patient te pose une question sur un examen ou un
159 traitement. Si tu lui réponds je ne sais pas c'est le protocole ou la prescription. Tu perds toute
160 crédibilité et niveau relationnel c'est pas tip top. Alors qu'en réfléchissant à tes pratiques, en
161 faisant des liens comme on te l'enseigne à l'école tu seras en mesure de comprendre ce que tu
162 fais et d'apporter une réponse à ton patient. Et dans le cas où je ne comprends pas car faut pas
163 se leurrer on ne sait pas tout, on en apprend tous les jours avec notre métier. Ben je fais des
164 recherches, n'oublie pas que le Vidal est ton meilleur ami (Rire). Je demande aux collègues ou
165 au médecin. C'est ce que l'on appelle la curiosité intellectuelle. Franchement je pense vraiment
166 que quand le patient perçoit ton professionnalisme il a confiance en toi plus facilement.

167 **Moi : Tu as surement raison, car j'aurais moi-même du mal à avoir confiance à un**
168 **soignant si je sens qu'il n'est pas compétent ni professionnel. Depuis le début je vois que**
169 **tu insistes sur cette relation de confiance. Qu'est-ce que cela implique pour toi et en quoi**
170 **est-elle si importante ?**

- 171 **Capucine** : Ça implique déjà entrer en relation avec le patient car sans relation il n'y a pas de
172 confiance. Mais ça ne veut pas dire pour autant qu'il y a de la confiance dans chaque relation
173 de soin. C'est mon petit moment philosophique (Rire). On est d'accord ?
- 174 **Moi** : **Oui je pense.**
- 175 **Capucine** : Le secret c'est juste qu'il faut que la relation avec ton patient soit de qualité.
176 Généralement je mets en pratique les compétences dont je t'ai parlé et j'apporte un peu de
177 chaleur humaine par le toucher, l'humour, le réconfort, la réassurance. Après j'adapte tout ça
178 en fonction du patient car par exemple certains vont être sensibles au toucher alors que d'autres
179 vont pas du tout apprécier. En fait c'est difficile à expliquer car finalement c'est une façon
180 d'être à chaque fois différente même s'il y a un socle de base. Je t'ai perdu ou tu comprends ce
181 que je veux dire ?
- 182 **Moi** : **Je pense que j'ai compris. Ce que tu veux dire c'est qu'il y a certaines qualités**
183 **relationnelles qui sont essentielles pour entrer en relation avec le patient et qu'il y a**
184 **d'autres qualités qui peuvent être utilisées et ajustées selon le patient ?**
- 185 **Capucine** : C'est bien tu es dans l'écoute active (Rire). Bon ben du coup tout ça va rendre la
186 relation sincère et personnalisée et va faire que ton patient va prendre conscience que finalement
187 il a de l'importance à tes yeux en tant que sujet malade. La finalité c'est qu'il va avoir confiance
188 en toi et du coup vous allez pouvoir travailler ensemble à son bien-être. (Silence)... Tu as
189 d'autres questions ?
- 190 **Moi** : **euuuuh (silence)... Non je crois pas. Je te remercie beaucoup d'avoir répondu à**
191 **toutes mes questions. Tu as quelque chose à rajouter ?**
- 192 **Capucine** : J'ai fait de mon mieux pour t'aider. En tout cas quand tu auras fini ton mémoire
193 j'aimerais bien le lire. Surtout n'oublie pas que la relation que tu instaures avec ton patient est
194 vraiment importante autant pour lui que pour toi. Elle l'aide à mieux appréhender les soins, à
195 vivre sa prise en charge plus facilement et pour toi ben ça te permet de faire plus facilement ton
196 job, de t'enrichir humainement et de kiffer ce que tu fais car on travaille avant tout avec des
197 humains. (Sourire)...
- 198 **Moi** : **C'est noté. Je l'oublierais pas. Encore merci.**

Annexe III : Entretien n°2 « Lilas »

1 **Moi : Bonjour lilas, est-ce que tu peux commencer par te présenter : âge, ancienneté et**
2 **parcours professionnel ?**

3 **Lilas :** Oui, j'ai 27 ans, ça va faire 2 ans que je suis diplômée. J'ai commencé ma carrière à
4 l'hôpital en SSR et en soins palliatifs. Après je suis partie en cardiologie et pneumologie. Et
5 maintenant je travaille dans un EHPAD depuis 4 mois.

6 **Moi : Ok merci à toi. Du coup pour débiter cet entretien peux-tu me raconter une**
7 **situation de soin qui t'a marqué en rapport à la relation soignant-soigné ?**

8 **Lilas :** Ok, je vais essayer...(Silence)... Disons que j'ai été confronté à une situation qui m'a
9 marqué il n'y a pas très longtemps, dans le sens où je me suis beaucoup remise en question sur
10 ma pratique. En fait la situation s'est déroulée dans le secteur UHR avec un patient de 80 ans
11 qui est arrivé il y a 2 mois. Il a une démence de type Alzheimer à un stade avancé et qui à la
12 suite d'une crise d'angoisse est devenu très agressif. Pour préciser le contexte, il ne savait pas
13 où il se trouvait, il n'avait aucun visage familier et il souhaitait absolument rentrer chez ses
14 parents car il pensait être enfant. Les AS m'ont appelé, m'ont informé des grandes lignes et
15 m'ont précisé que le patient tapait violement contre la porte avec une chaise. À mon arrivée tu
16 te doutes bien que le patient ne se laissait pas approcher. En plus, il nous menaçait avec sa
17 chaise tout en hurlant. On était 3 autour de lui donc je pense que ça a majoré son agressivité. Il
18 faisait que crier « à l'aide on me veut du mal », « j'ai peur, au secours », « papa, maman ». Bref
19 je te laisse imaginer que c'était très compliqué parce que le patient était en grande souffrance
20 et nous on était désemparé. Du coup, à ce moment-là je me suis dit que le seul moyen d'essayer
21 de gérer cette crise c'était d'entrer en relation pour faire un soin relationnel. Alors j'ai demandé
22 aux AS d'aller un peu plus loin et de garder un œil sur le patient et sur moi au cas où... Au début
23 je gardais un peu mes distances pour éviter de prendre un coup et pour qu'il ne se sente pas
24 encore plus agressé par ma présence. Je lui parlais calmement, doucement et je me suis assise
25 pour qu'il comprenne que je n'étais pas une menace pour lui. Je faisais que lui parler pour qu'il
26 se concentre sur ma voix et j'essayais d'accentuer mon discours sur le côté affectif.

27 **Moi : Le côté affectif ? C'est-à-dire ?**

28 **Lilas :** Du moment où le patient a des troubles cognitifs, il n'a plus la même capacité de
29 compréhension et de raisonnement que toi ou moi. Donc il fallait que je propose une approche
30 différente qu'un simple recadrage. Si tu veux, pour moi l'approche affective c'est dans le but
31 de diminuer une certaine distance que le cadre professionnel t'impose pour que le patient
32 t'accepte plus facilement dans son environnement privé surtout dans ce genre de situation. Il
33 faut qu'il te perçoive non pas comme une menace mais comme une alliée.

34 **Moi : Du coup comment tu as fait ?**

35 **Lilas :** Là ça s'est fait en me rapprochant de lui mais aussi par le toucher en lui tenant la main
36 et en lui touchant le bras. C'était un peu risqué car il aurait pu m'en coller une mais j'avais
37 comme objectif qu'il sente la chaleur de ma main pour lui faire comprendre qu'il n'était pas
38 tout seul vu qu'il était effrayé. J'ai aussi adapté l'intonation de ma voix. Comment te dire ? Tu
39 vois cette intonation qu'on utilise quand on s'adresse à un enfant ?

40 **Moi : D'une manière infantilisante ?**

41 **Lilas :** Non pas dans ce sens. Plutôt d'une manière légère et souple. Je ne sais pas trop comment
42 te l'expliquer. En gros une intonation douce et apaisante, qui sécurise. Tu comprends ?

43 **Moi : Ah oui d'accord.**

44 **Lilas :** Je l'ai aussi appelé par son prénom et je l'ai tutoyé tout en utilisant des termes rassurant
45 pour justement sortir de ce cadre un peu trop rigide...(Silence)...En fait j'ai essayé d'adapter
46 ma communication et ma posture de manière à favoriser un environnement sécurisant. Il fallait
47 que je lui fasse ressentir que j'étais là pour l'aider et qu'il n'était pas seul. Et ça a marché car il
48 a fini par s'asseoir et ne plus crier. Je pense qu'il s'est senti en confiance car il a compris que je
49 n'étais pas une personne hostile. On a même pu discuter de ce qu'il venait de se passer. Il a
50 verbalisé ses peurs et ses incompréhensions et s'est mis à pleurer.

51 **Moi : Et qu'est-ce que tu as ressenti à cet instant ?**

52 **Lilas :** À cet instant précis j'ai eu beaucoup de peine parce que je me suis imaginée être à sa
53 place. Et je me dis que tu dois être complètement perdu. Tu imagines toi, croire être un enfant,
54 te retrouver au milieu de personnes âgées et de blouse blanche pensant qu'ils te veulent du mal.
55 Enfermé dans un endroit complètement étranger à la recherche de tes parents ! C'est juste hyper
56 angoissant !! Non ?

57 **Moi : C'est sûr que dis comme ça, oui ça doit être horrible pour eux.**

58 **Lilas :** Après tu me demandes ce que j'ai ressenti à cet instant, mais tu sais j'ai ressenti
59 beaucoup de choses différentes tout le long du soin.

60 **Moi : Si tu veux m'en parler, je t'écoute avec plaisir**

61 **Lilas :** Je ne te cache pas qu'au début de la situation j'étais très stressée voire un peu en panique
62 parce que je ne savais pas du tout comment j'allais pouvoir le calmer. C'est toujours difficile
63 d'avoir cette capacité à réagir le plus adéquatement possible dans l'urgence. Surtout quand tu
64 as une certaine appréhension et peur qui s'installe malgré toi parce qu'on ne sait jamais
65 comment les patients agressifs peuvent réagir. Mais je crois que le fait d'être sensible à sa
66 détresse a été plus fort que tous mes ressentis négatifs. Après quand j'ai vu qu'il se détendait
67 petit à petit j'ai moi aussi été apaisé d'une certaine manière. Comme quoi il se passe plein de
68 choses dans cette fameuse relation soignant-soigné...(Sourire)... Tu sais, il est faux de croire
69 que seul le patient ressent des choses. Nous aussi les soignants on est amené à être confrontés
70 à nos propres ressentis. Le truc c'est qu'il ne faut pas qu'ils deviennent un handicap, qu'ils te
71 paralysent ou qu'ils t'empêchent d'effectuer des soins de qualités.

72 **Moi : Oui je sais bien mais c'est parfois plus facile à dire qu'à faire. Comment on fait
73 d'après toi ?**

74 **Lilas :** Ah ça ! C'est difficile à dire car il n'y a pas de manuel pour savoir comment s'y
75 prendre...(Silence)... On est tous différents, on a tous notre propre manière de réagir. Je pense
76 que seule la personne peut développer ces propres stratégies mais ce qui est sûr c'est que ça
77 relève d'un certain travail sur soi au fil des expériences. Mais le but n'est pas du tout de devenir
78 insensible. J'insiste sur ça, car souvent quand j'en parle avec les étudiants que j'encadre,
79 beaucoup me disent qu'il faut se « blinder ». Même certaines de mes collègues ! Il y en a qui
80 me disent que je fais trop dans le sentimental. À croire que de ressentir des choses c'est une
81 erreur ou ça fait peur ! Moi je ne suis absolument pas d'accord avec ça car quand tu te blindes
82 tu peux justement tomber dans l'insensibilité ! Et cette insensibilité fait perdre de la valeur à tes
83 pratiques et au métier en général ! Toute façon on ne décide pas de se blinder ! Soit tu es
84 sensible aux autres soit tu ne l'es pas ! Comment peut-on travailler dans un métier aussi humain
85 que celui de soignant en étant dépourvu de sensibilité ?

86 **Moi : Tu me poses la question ?**

87 **Lilas** : Je me questionne...(Silence)... C'est tout de même ahurissant de se dire soignant et de
88 dénigrer nos sensibilités car c'est bien elles qui fondent notre humanité ! Tu ne crois pas ? Là
89 je te pose la question...(Sourire)...

90 **Moi** : **Je suis d'accord avec toi sur le principe. Je pense que quand on en arrive là, il faut**
91 **essayer de comprendre la cause qui nous pousse réellement à vouloir effacer cette**
92 **sensibilité. En tout cas c'est un sujet qui a l'air d'être important pour toi. Si on en revient**
93 **à ta situation, du coup comment tu as fait pour gérer tout ça ?**

94 **Lilas** : Bien sûr que c'est important car parfois quand je vois la réaction de certaines de mes
95 collègues ça me met hors de moi. Tu vois pour ce Monsieur, il y en a qui lui auraient sauté
96 dessus avec des contentions physiques pour l'immobiliser pendant des heures sans prendre le
97 temps d'essayer de comprendre le pourquoi du comment. Ou de faire une toilette sans adresser
98 un mot au patient. Et même pire accompagner une patiente en fin de vie et entendre « aller
99 bientôt une toilette en moins ». C'est un soin ça ? C'est humain de faire ça ?

100 **Moi** : **C'est sûr que pour le coup c'est pas du tout la même approche ! Après j'entends**
101 **très bien ce que tu me dis mais je suis pas là pour prendre parti de telle ou telle pratique**
102 **ou de juger la prise en charge de tes collègues. Tu me mets un peu dans une position**
103 **délicate.**

104 **Lilas** : Oui c'est vrai, je m'écarte un peu de l'objectif de cet entretien. Excuse-moi...(Soupir)...
105 C'est parce que ça m'est arrivé il n'y a pas longtemps et je n'ai toujours pas digéré, bref ça me
106 passera. On en était où déjà ?

107 **Moi** : **Euh... Je te demandais comment tu avais fait pour gérer tous tes ressentis dans ta**
108 **situation ?**

109 **Lilas** : Ah oui...(Silence)... Disons que sur le moment, je ne pouvais pas laisser mes ressentis
110 prendre le dessus car finalement ils auraient pu me détourner de ma mission qui était de gérer
111 la crise et d'apaiser le patient. Donc je me suis simplement focalisée sur le patient, sur ce qui
112 était en train de se passer, sur ce qu'il disait, sur ce qu'il pouvait ressentir à ce moment-là. Et je
113 pense que c'est justement parce que toute mon attention était tournée vers lui que j'ai pu gérer
114 cette situation. Et quand tout ça est passé je me suis beaucoup remise en question.

115 **Moi** : **Sur quoi ?**

116 **Lilas** : Sur l'approche que j'avais eu avec lui. Je me suis questionnée sur l'utilisation du
117 tutoiement car ce n'est quand même pas commun de tutoyer les patients. Je me suis demandée
118 si moralement et éthiquement parlant c'était adapté.

119 **Moi** : **Tu en as conclu quoi ?**

120 **Lilas** : Franchement ça m'a un peu tracassé et je savais pas trop alors j'en ai parlé à
121 l'équipe...(Silence)... Je pense que quand il y a des choses sur lequel tu te questionnes
122 concernant ta prise en charge il ne faut pas hésiter à en parler. Ça peut éclairer certaines
123 réponses, décisions et pratiques. Pour le coup, on s'est dit que finalement du moment où je
124 n'avais pas manqué de respect au patient et qu'il s'était calmé, mon approche était
125 probablement adaptée.

126 **Moi** : **Aujourd'hui tu le tutoies toujours ?**

127 **Lilas** : Noooooon. J'estime que ce n'est pas parce que je me suis permise une fois de le faire
128 qu'il faut que ça devienne une habitude. Ça m'a juste aidé à établir le contact avec lui, à capter
129 son attention pour le détourner de son agressivité et à me faire accepter plus facilement. Je

130 pense qu'à ce moment-là il avait juste besoin d'une certaine proximité avec quelqu'un pour être
131 rassuré. Le tutoiement a juste été une approche nécessaire pour faire un soin relationnel à un
132 moment donné.

133 **Moi : De quel genre de proximité parles-tu ?**

134 **Lilas** : D'un mélange de proximité physique et affective. Il a fallu que je les adapte en fonction
135 de ce que je percevais des besoins du patient et de l'évolution de la situation.

136 **Moi : Comment tu as su qu'il avait besoin de cette proximité ?**

137 **Lilas** : Au début je me tenais à distance physiquement pour ne pas me mettre en danger vu son
138 agressivité. Quand j'ai senti qu'il était prêt, je me suis rapproché petit à petit de lui. J'ai bien
139 vu qu'il ne me repoussait pas. Il a même accepté d'être touché ce n'est pas pour rien, ça montre
140 qu'il avait besoin d'un contact humain donc d'une certaine proximité physique. Quant à la
141 proximité affective, ce patient était complètement apeuré et angoissé c'est pour ça qu'il était
142 agressif. En plus il demandait ses parents. J'en ai déduit qu'il avait besoin d'une certaine
143 ambiance familière. Ça peut paraître paradoxal car il me voyait comme une étrangère mais le
144 fait d'avoir eu cette approche affective comme je t'ai expliqué au début a permis une certaine
145 confiance. Puis tu sais, les patients Alzheimer sont généralement très sensibles à la dimension
146 affective et relationnelle.

147 **Moi : Quelle importance a cette confiance dans la relation de soin pour toi ?**

148 **Lilas** : En règle générale je pense que la relation que tu construis avec le patient a comme
149 objectif principal de créer un climat de confiance pour que le patient adhère plus facilement au
150 soin. C'est un peu le précurseur de la relation de confiance. Tu en as la preuve avec la situation
151 que je t'ai décrite. Je ne suis pas certaine que si on avait par exemple utilisé les contentions le
152 résultat aurait été le même. Ça aurait même peut être empiré la situation. C'est finalement en
153 comprenant ce que vivait le patient que j'ai pu m'adapter à ses besoins et personnaliser le soin.
154 Je pense que quand la relation est sincère le patient le ressent et du moment où tu personnalises
155 le soin ça facilite cette confiance. Ça prouve au patient en quelque sorte qu'on est prêt à prendre
156 soin de lui.

157 **Moi : Qu'entends-tu par prendre soin et comment t'y prends-tu ?**

158 **Lilas** : Prendre soin pour moi c'est apaiser les souffrances physiques et psychiques et veiller au
159 bien-être du patient... (Silence)... Ce n'est pas forcément guérir la personne car il y a certaines
160 pathologies malheureusement qu'on ne peut pas guérir. En fait prendre soin ça me renvoie pleins
161 de choses... (Ferme les yeux) ... C'est aider le patient à se relever de la maladie. C'est
162 l'accompagner dans ses incapacités, ses difficultés, ses douleurs mais aussi dans ses capacités
163 et ses joies. C'est le soutenir quand il en a besoin. C'est être présent aussi jusqu'à son dernier
164 souffle. Et c'est aussi amener de la vie dans les soins difficiles. Tu peux prendre soin de
165 différentes manières sachant que tu ne t'y prendras jamais de la même manière d'un patient à
166 l'autre. Je ne peux pas te dire exactement comment je m'y prends pour la simple et bonne raison
167 que ça dépend du patient, du contexte, de ses problèmes de santé, de ses besoins et de moi.

168 **Moi : Comment ça, ça dépend de toi ?**

169 **Lilas** : Oui ça dépend de mon état physique, émotionnel et intellectuel du moment. Pour
170 diverses raisons personnelles ou professionnelle et parfois même les deux, il y a des moments
171 où je vais être plus disposée au soin que d'autres. Par exemple quand je suis très fatiguée je vais
172 peut-être avoir un peu moins de patience et être moins attentive. Quand je suis tracassée je vais
173 peut-être être un peu tête en l'air. En fait ta prise en charge elle ne peut pas être stable, elle varie

174 aussi selon tes « humeurs » et les moments de la journée. Ce qui est important c'est de rester
175 vigilant et concentré sur ton patient. Je n'ai pas d'alarme « warning » qui s'enclenche quand
176 j'ai une petite baisse de régime et je ne fais pas non plus une introspection à chaque prise de
177 poste. Je me connais juste assez bien pour savoir à quel moment il faut que je sois un peu plus
178 vigilante. Mais ça ne m'empêche pas d'être en mesure de proposer des solutions différentes
179 adaptées à la situation du patient en étant le plus humainement professionnelle...(Sourire)...

180 **Moi : Tu peux approfondir un peu plus ?**

181 **Lilas :** Sur quoi exactement ?

182 **Moi : Sur le : plus humainement professionnelle, je trouve ça intéressant.**

183 **Lilas :** Disons que l'essence même de notre métier c'est l'humain, avec un grand H. Donc ça
184 sous-entend utiliser quotidiennement dans nos pratiques les valeurs humaines que ce métier
185 nécessite et qui sont présentes dans la relation de soin. Ça implique quoi ? Le respect, que ce
186 soit de sa dignité, de son autonomie, de ce qu'il représente dans son ensemble. La douceur et la
187 chaleur dans les gestes et dans les paroles. C'est être attentif au patient mais aussi à son
188 entourage en étant disponible et présent pour eux. Ça implique aussi s'autoquestionner sur nos
189 pratiques et la manière dont on les réalise pour évaluer si la prise en charge proposée est
190 adaptée, efficace et puis ça permet aussi de s'améliorer. Ça implique tellement de chose, c'est
191 ce qui fait la beauté de notre métier...(Silence)... À mon sens être humainement professionnelle
192 c'est vraiment combiner autant de valeur humaine que possible avec ta personnalité, tes
193 connaissances et ton savoir-faire pour soigner les patients. Tu peux réaliser parfaitement un acte
194 technique dans les règles de l'art, comme poser une sonde à demeure. Mais s'il est dépourvu de
195 ces valeurs, à mes yeux tu ne seras ni professionnelle ni humaine. Tu seras juste compétente
196 dans cet acte, je pense que ça ne suffit pas dans notre métier, en tout cas pour ma part.

197 **Moi : Quelle différence fais-tu entre être compétent et être professionnelle ?**

198 **Lilas :** Être compétent pour moi c'est maîtriser la technique de ton soin dans les règles de l'art.
199 Il n'y a rien de transcendant parce que c'est vide de vie. C'est pour ça que je te dis que pour
200 moi ce n'est pas suffisant pour être humainement professionnelle. Le patient certes il veut qu'on
201 soit compétent c'est une évidence mais il veut aussi qu'on soit humain. Être professionnelle
202 c'est mettre à profit ses compétences en mobilisant des valeurs humaines pour veiller au bien-
203 être du patient. Je suis très portée sur les valeurs humaines...(Rire)...

204 **Moi : Oui, oui j'ai remarqué. C'est tout en ton honneur.**

205 **Lilas :** C'est mon fil conducteur dans mon métier et ça devrait l'être pour tous les soignants.

206 **Moi : As-tu quelque chose à rajouter ?**

207 **Lilas :** Non, non si tu as des questions je peux encore y répondre.

208 **Moi : euh ben écoute là maintenant, tout de suite, je n'en ai plus en tête. Donc je pense**
209 **qu'on va en rester là. En tout cas merci de ta participation.**

210 **Lilas :** Je t'en prie.

Annexe IV : Entretien n°3 « Rose »

- 1 **Moi : Pour débiter cet entretien peux-tu te présenter : âge, ancienneté et parcours**
2 **professionnel ?**
- 3 **Rose :** Moi j'ai 23 ans et je suis diplômée depuis juillet 2021. J'ai directement après le diplôme
4 travaillé en HDJ en pédopsychiatrie puis en accueil crise fermé. Du cou j'ai pas beaucoup
5 d'expérience c'est pas grave ?
- 6 **Moi : Non t'inquiète pas, justement c'est aussi intéressant d'interroger des jeunes**
7 **diplômés. Du coup, peux-tu me raconter une situation de soin qui t'as marqué dans le**
8 **cadre de la relation soignant-soigné ?**
- 9 **Rose :** En tant que professionnel ou étudiante ?
- 10 **Moi : En tant que professionnel dans le service où tu travailles.**
- 11 **Rose :** Whouaaa, je m'attendais pas à ce genre de question ! Mais c'est pas une question ça !
12 C'est carrément un vécu personnel professionnel...(Rire)... Euuuuuh... Attends je réfléchis un
13 peu ...(Silence)... Juste une autre précision, quand tu parles de soin c'est en général ou
14 précisément un soin technique ?
- 15 **Moi : Ça dépend, quelle conception tu as du soin en général et du soin technique ?**
- 16 **Rose :** Je dois vraiment répondre là ?
- 17 **Moi : Ben oui pourquoi pas ? Tu m'as tendu la perche alors je la saisi.**
- 18 (Rire)
- 19 **Rose :** Ok. Mais par contre faudra que tu me répètes ta première question en rapport à la
20 situation car je m'en souviens déjà plus.
- 21 **Moi : Oui oui t'inquiète pas. Du coup ?**
- 22 **Rose :** Ben du coup, je dirais que les soins techniques je les vois comme des gestes techniques
23 réalisés sur le patient. Quoi que ... euh... non pas forcément car une préparation d'injection
24 c'est aussi technique et pourtant c'est pas directement fait sur le patient...(Silence)... Mais bon
25 d'un côté c'est en vue d'être utilisé sur le patient... donc euh ... oui je dirais que ce sont des
26 actes techniques réalisés ou en vue d'être réalisés sur le patient et qui sont guidés par des
27 procédures vraiment spécifiques. Et le but ben c'est de guérir le patient ou maintenir son état
28 de santé. En fait, c'est vraiment la technicité quoi et d'ailleurs ils ont tendance à être fait
29 machinalement sans forcément se soucier du patient. Alors que le soin en général dans la
30 pratique soignante c'est plutôt euh... comment dire ? C'est pour moi toutes les choses qu'on
31 met en place pour vraiment soutenir et rassurer le patient. C'est l'aider à évoluer dans la maladie
32 quand c'est possible. C'est vraiment le fait de l'accompagner et de lui montrer qu'on est là pour
33 qu'il aille mieux. Je pense qu'il y a une part importante de relationnelle avec un certain savoir-
34 être dans le soin en général. Mais dans tous les cas pour moi les deux vont ensemble.
- 35 **Moi : Merci pour cette petite introduction au soin.**
- 36 **Rose :** Ben de rien, je sais pas si j'ai bien répondu.
- 37 **Moi : Ne te prends pas la tête avec ça. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, il y**
38 **a juste tes réponses à toi.**
- 39 **Rose :** C'est que je voudrais pas dire de bêtise. Donc ta première question c'était quoi ?

40 **Moi** : C'était est ce que tu peux me raconter une situation de soin qui t'as marqué dans le
41 cadre de la relation soignant soigné ?

42 **Rose** : D'accord, alors euuh...(Silence)...Purée, c'est chaud de trouver un truc spontanément.
43 Faut que ça soit précis ou plutôt vague ?

44 **Moi** : Tu as carte blanche. Ça peut être précis si tu t'en rappel bien ou vague au début et
45 en te questionnant peut-être que ça va te permettre d'approfondir un peu plus. Ça peut
46 être quelque chose qui t'a interpellé, questionné, ému, choqué etc.

47 **Rose** : Ok, ok c'est bon j'en ai une. Je dirais que depuis que je suis diplômé celle qui m'a
48 vraiment le plus marqué c'est une dame qui est arrivée pour une décompensation psychotique
49 à cause d'une rupture de traitement. Enfaite elle est restée pendant un mois et demi en chambre
50 d'isolement non-stop ! Elle était hyper violente, agressive dans ses gestes et paroles,
51 complètement envahie mais vraiment quoi ! Elle était carrément insensible aux discours
52 soignants et beaucoup dans la manipulation. J'avais jamais vu ça ! Je me faisais souvent avoir
53 parce que dès que j'avais de la compassion et qu'on ouvrait un peu la porte biiiiim elle nous
54 tapait, essayait de forcer le passage et de nous voler les clés. J'avais vraiment mais vraiment
55 pas du tout confiance en elle en plus elle était vachement imposante physiquement donc j'étais
56 pas trop tranquille. Elle me faisait limite un peu peur. Mais bon...(Silence)... Après je trouve
57 qu'on était un peu maltraitant en tant que soignant car on avait vraiment peur qu'elle nous fasse
58 du mal. On l'injectait 4 fois par jours, c'est juste énoooorme ! C'était vraiment une prise en
59 charge super lourde. On a même demandé à faire un dossier UMD car en vrai on pouvait rien
60 faire de plus pour elle. Et du jour au lendemain, un truc de fou, changement de comportement
61 radical. C'est devenu une dame complètement différente. Elle était agréable, adaptée, elle
62 acceptait de prendre les traitements. Aujourd'hui elle est encore dans le service mais pas en iso
63 et franchement elle est au top quoi. Elle est plus du tout agressive et elle nous menace plus. Le
64 pire c'est qu'elle est consciente de tout ce qui s'est passé parce qu'on en a parlé et elle s'est
65 même excusée. Maintenant j'ai un rapport avec elle qui est génial, j'ai l'impression que j'ai
66 créé une relation de confiance mutuelle. Voilà. C'est ça que tu attends ou autre chose ? Sinon
67 je peux réfléchir à d'autres situations.

68 **Moi** : Mais tu sais j'attends rien de particulier, juste une situation qui t'a marqué en lien
69 avec la relation de soin. Celle-là est très bien et puis de toute façon si tu l'as évoquée c'est
70 qu'il y a une raison.

71 **Rose** : Ben c'est qu'elle m'est revenue d'un coup comme ça quand tu as dit un truc qui t'a
72 choqué, questionné donc ben voilà j'ai repensé à cette dame.

73 **Moi** : Je voudrais juste avoir des petites précisions si c'est possible ?

74 **Rose** : Vas-y dis-moi sur quoi ?

75 **Moi** : Quand tu as dit que tu avais l'impression d'être maltraitante, c'est en rapport à
76 quoi ?

77 **Rose** : Elle mangeait en chambre tout le temps et elle restait tout le temps dans sa chambre.
78 Alors que d'habitude même les patients qui sont en iso mangent dans le sas et peuvent aller
79 dans la cour d'iso. Le truc c'est qu'avec elle c'était juste pas possible elle était incontrôlable,
80 c'était la galère à chaque fois qu'on essayait. Je dis « on » car quand on va en iso on est
81 obligatoirement deux dont un garçon. Du coup il y avait un risque de passage à l'acte sur les
82 soignants beaucoup trop élevé. Et quand on l'injectait on était obligé de la contenir donc
83 généralement on était quatre sur elle. En plus on prenait pas le temps avec elle.

84 **Moi : Pourquoi ?**

85 **Rose** : Parce qu'elle nous laissait pas prendre le temps dans le sens où dès qu'on essayait
86 d'établir un contact elle frappait à la porte, elle nous insultait, elle hurlait, elle pétait vraiment
87 un câble. On a fait plusieurs tentatives mais vu qu'elle était vraiment insensible au discours
88 soignant ben à chaque fois c'était un échec. Ça a duré plus d'un mois cette histoire. Il y avait
89 vraiment aucune relation possible. Et franchement c'était hyper frustrant car généralement les
90 patients qui sont en crise comme elle ça dure quelques heures voire quelques jours mais pas
91 autant qu'elle.

92 **Moi : Quelles ont été les différentes approches que tu as tentées pour entrer en relation**
93 **avec elle ?**

94 **Rose** : Franchement on a tenté tous ce qu'on pouvait. On a essayé de se présenter à elle du
95 moins devant le hublot, seul un coup une fille et un coup un garçon, ça a pas marché. On a tenté
96 de rentrer dans la chambre à deux c'était encore pire ! On a essayé de lui parler calmement,
97 rien. Sèchement, rien forcément...(Rire)... Quoi que parfois le recadrage ça fonctionne. J'ai
98 même essayé de faire de l'humour, ben ça n'a toujours pas marché. Je crois que tous les
99 soignants de l'équipe ont essayé. On s'est dit que peut-être certaines têtes passeraient mieux
100 que d'autres, ben en fait non. On doit tous avoir une salle gueule...(Rire)...Enfin tout ça pour
101 dire que c'est pas comme si on avait pas essayé de trouver une solution pour établir un contact
102 mais je pense juste que c'était pas le moment, elle était pas prête. Mais du coup c'était difficile
103 car la relation en psy c'est super important et là il n'y en avait pas au début. Bon après c'est
104 important dans n'importe quel service mais en psy c'est particulier car notre prise en charge se
105 fait exclusivement à travers la relation de confiance parce que le patient et son évolution dépend
106 vraiment de nous.

107 **Moi : Comme dans n'importe quelle situation de soin non ?**

108 **Rose** : euh ouai c'est vrai, toute façon voilà le patient du moment où il a besoin d'être
109 hospitalisé c'est qu'il dépend forcément des soignants parce qu'on est les seuls à pouvoir
110 l'aider.

111 **Moi : Du coup comment tu perçois cette relation et comment tu fais pour t'inscrire dans**
112 **cette relation avec le patient ?**

113 **Rose** : Oulaaaaaa, c'est une question piège, j'ai le droit à un joker car je sais pas trop ce que tu
114 attends ?

115 **Moi : Mais non c'est pas une question piège. C'est juste pour comprendre un peu mieux**
116 **comment toi en tant qu'infirmière en psychiatrie tu conçois et comment tu construis la**
117 **relation soignant-soigné. C'est peut-être ma question qui n'est pas très claire ?**

118 **Rose** : Si, si c'est clair c'est juste que c'est compliqué de répondre direct comme ça. Bon du
119 coup euh... Je dirais que...euh... Je la vois comme le cœur de la prise en charge. C'est vraiment
120 grâce à elle qu'on arrive à ce que le patient se livre. Ils nous racontent son histoire, ses
121 traumatismes de l'enfance, ses difficultés de son quotidien qui peuvent expliquer par exemple
122 une décompensation. Il nous partage ses peurs, ses angoisses, sa tristesse, ses envies, ses projets.
123 C'est un peu notre outil de travail surtout quand on fait des entretiens infirmiers. Après je serais
124 pas trop te dire exactement comment je construis la relation parce que je pense que ma manière
125 de faire est différente à chaque fois. Puis toute façon c'est logique car déjà faut être deux donc
126 ça dépend surtout du patient. Déjà je pense qu'il faut faire attention de jamais prendre le dessus
127 sur lui.

128 **Moi** : C'est-à-dire tu peux préciser un peu car finalement il me semble que quand vous
129 étiez 4 à l'injecter vous preniez le dessus sur elle non ?

130 **Rose** : Oui je suis d'accord mais c'était une indication thérapeutique pour gérer une crise.
131 Quand je dis faut pas prendre le dessus c'est plus faut pas croire que parce qu'on est soignant
132 on peut se permettre de tout faire envers les patients, qu'on a tous les droits quoi. Voilà moi
133 j'essaye toujours de détendre un peu l'atmosphère en faisant de l'humour parce que quand ils
134 arrivent ils sont souvent un peu stressés ou perdus. Après quand ça passe pas ben je m'abstiens
135 et je tente autre chose comme de le rassurer ou de l'encourager. En fait je peux pas te dire
136 vraiment car ça dépend en partie du patient, comment il vit son hospitalisation, dans quel état
137 il est, son humeur etc... Je m'adapte vraiment à lui. J'ajuste ma façon d'être à sa façon d'être
138 et parfois je pose un peu des limites quand il n'est par exemple pas adapté ou trop familier.
139 C'est vraiment aléatoire mais voilà c'est toujours dans le plus grand respect et la plus grande
140 bienveillance. Je crois qu'on arrive à faire plein de chose grâce à cette relation. Ça nous aide
141 vraiment à adapter notre prise en charge car il se dit aussi beaucoup de chose et ça aide le patient
142 à mieux accepter les soins aussi. Bon après c'est sûr que le patient il faut qu'il ait confiance
143 sinon ça peut pas le faire.

144 **Moi** : Justement en parlant de confiance comment tu as réussi à créer cette confiance ?

145 **Rose** : Ben avec le temps et beaucoup de patience...(Rire)...Non, après on a favorisé le
146 relationnel parce que même si au début elle refusait d'être en relation avec nous c'est pas pour
147 autant qu'on lui parlait pas. On faisait souvent un monologue mais au moins on continuait à lui
148 expliquer les soins, le déroulement de sa prise en charge, on lui demandait si elle avait des
149 envies particulières etc. Bon on restait souvent face à un mur mais au moins on se contentait
150 pas juste de lui amener les repas, faire les surveillances obligatoires et basta. Parfois elle avait
151 des demandes utilitaires comme de demander l'heure ou d'éteindre la lumière puis 20 minutes
152 après de la rallumer. Comme si finalement elle cherchait tout de même un certain contact avec
153 nous...(Silence)... Ou alors c'était aussi peut être pour nous tester... Je sais pas trop. Après
154 peut être que je me trompe parce que j'ai pas non plus beaucoup d'expérience mais je le
155 ressentais comme ça. Du coup j'accédais de temps en temps à ses demandes tu vois pour lui
156 montrer un peu qu'on était là quand même pour l'aider. Après franchement je pense que la
157 confiance c'est un grand mot parce qu'en vrai moi j'ai jamais confiance à 100% au patient.

158 **Moi** : Comment ça ?

159 **Rose** : Enfaite je pense que j'ai confiance au patient quand il me montre un comportement
160 adapté, quand il fait des efforts pour entendre ce qu'on dit genre qui se préoccupe un peu de ce
161 qu'on lui reproche ou du moins qu'il essaye d'y réfléchir. Mais j'ai jamais entièrement
162 confiance. C'est bien pour ça qu'il y a certaines règles du service qu'ils doivent respecter
163 comme débarrasser leur assiette, ne pas utiliser le téléphone quand ils mangent etc. La confiance
164 faut que ça aille dans les deux sens et le fait de déjà respecter ce cadre institutionnel ça nous
165 aide nous en tant que soignant à avoir un peu confiance en eux. En plus, en psy la maladie
166 mentale elle peut vite prendre le dessus donc faut toujours être sur ses gardes. C'est délicat je
167 trouve de créer une confiance avec ce genre de patient quand tu sais qu'il y a justement cette
168 maladie et aussi le caractère qui entre en jeu comme les psychopathes. Ils sont vachement dans
169 la manipulation donc faut se méfier. D'ailleurs cette dame était beaucoup dans la manipulation.
170 Elle faisait souvent genre que ça n'allait pas comme simuler un malaise ou se mettre à pleurer
171 du coup on se précipitait et en fait ben elle essayait de sortir et de nous frapper. Elle jouait pas
172 mal avec les affects de chacun d'ailleurs ça avait tendance à m'énerver car à chaque fois je me
173 faisais avoir.

174 **Moi : Comment tu as fait pour gérer ça ?**

175 **Rose :** Je me suis appuyée sur mes collègues, je me reposais un peu sur eux parce que par
176 moment sérieusement j'arrivais à saturation. Elle me pompait mon énergie mine de rien parce
177 qu'avec elle c'était comme si on faisait un pas en avant et trois en arrière. Au bout d'un moment
178 c'était juste pas possible parce qu'elle finissait par m'agacer et je perdais patience. Alors déjà
179 qu'on était dans une impasse niveau prise en charge si en plus de ça les soignants commencent
180 à partir en vrille, on n'est pas dans le moïse ! Donc je déléguais la prise en charge de cette dame
181 mais bon pas tout le temps hein... car je dois moi aussi faire ma part du travail. N'empêche,
182 j'ai pas mal culpabilisé d'être agacée comme ça. Ça m'a fait de la peine d'arriver à ce stade.
183 Bon c'est pas tout le temps heureusement, là c'était la première fois mais bon je pense que ça
184 sera pas la dernière...(Rire)... L'avantage de la psy c'est qu'on discute beaucoup entre nous et
185 avec les médecins et j'avoue que parfois ça fait du bien de vider son sac... (Rire)... En plus on
186 fait souvent des staffs ciblés sur les patients qui posent problème pour justement essayer de
187 trouver des solutions. Après voilà je me dis que si les patients sont hospitalisés c'est pas pour
188 rien, en vrai ils y sont pour rien c'est la maladie qui les rend comme ça. Et du coup de pas
189 oublier ça ben ça m'aide à retourner à l'essentiel. Tu vois ce que je veux dire ?

190 **Moi : Non pas vraiment désolé, qu'est-ce que tu veux dire ?**

191 **Rose :** Ben au prendre soin des patients car en vrai s'ils t'agacent je pense pas que ta prise en
192 charge soit optimale pour eux.

193 **Moi : Qu'entends-tu par prendre soin ?**

194 **Rose :** Ben c'est un tout autant psychique que physique. C'est écouter le patient, évaluer ses
195 capacités pour respecter son autonomie, c'est l'accompagner à tous les niveaux pour l'aider à
196 aller mieux. D'ailleurs je pense que ça rejoint un peu le soin en général qu'on parlait au début.
197 Et ça passe je pense aussi par le fait de chercher et de trouver les meilleures solutions en équipe
198 pour personnaliser notre prise en charge...(Silence)... D'ailleurs je pense aussi que prendre
199 soin de quelqu'un c'est aussi pouvoir se remettre en question professionnellement et
200 personnellement. À mon avis ça aide à adapter la prise en charge. Voilà. Toute façon on peut
201 pas faire autrement car même si les patients ont la même pathologie ils réagissent différemment
202 donc faut toujours s'adapter à eux. Après faut aussi que le patient en a envie car au final sans
203 son accord on peut rien faire.

204 **Moi : Ah oui ça c'est sûr mais faut aussi je pense lui donner envie d'avoir envie.**

205 **Rose :** Bien dit ! Tu vois pour la dame par exemple on a dû aller à son rythme car au début
206 comme je t'ai expliqué elle n'était pas apte à accepter notre aide. Je pense que ... euh... déjà
207 les traitements ont fait qu'elle s'est calmée et dans la mesure où son état était stable on a pu
208 commencer à travailler notre relation. Tu vois petit à petit on a commencé à échanger sur sa vie
209 perso, sur sa prise en charge, je lui ai expliqué un moment qu'on n'était pas là pour lui faire du
210 mal, qu'on comprenait son mal-être. Bon après je trouve quand même ça un peu hypocrite de
211 dire qu'on comprend son mal-être car finalement on sait jamais vraiment ce que les patients
212 vivent pendant leur crise. Mais bon moi j'essaye de me l'imaginer à chaque fois. Franchement
213 parfois ça fait vraiment de la peine car ils sont angoissés et le plus dur c'est quand ils se rendent
214 compte qu'il y a un truc qui cloche. Généralement c'est dans ces moments-là qu'ils ont besoin
215 d'un soutien relationnel alors je prends le temps de les réassurer, de les reconforter etc. Quand
216 tu vois leurs états à certains quand ils arrivent, ils souffrent psychiquement un truc de fou donc
217 on peut que compatir.

218 **Moi : Tu peux m'en dire plus sur cette notion de compassion ?**

- 219 **Rose** : Qu'est-ce que tu veux que je te dise de plus ?
- 220 **Moi** : **Ce que ça t'évoque par exemple ou comment tu l'exprimes et comment tu gères ça ?**
- 221 **Rose** : C'est si important que ça ? tu vas loin un peu dans tes questions non ?
- 222 **Moi** : **Tu trouves ? Bah je sais pas... Je te pose les questions comme elles viennent. Si ça**
- 223 **te dérange y a pas de soucis je peux changer de question.**
- 224 **Rose** : Non c'est bon t'inquiète c'est que parfois c'est dur d'argumenter...(Silence)... La
- 225 compassion pour moi ben euh...c'est... la compassion ça se lie avec l'empathie tu vois c'est
- 226 genre se mettre à la place de l'autre. Être empathique c'est essentiel dans notre boulot c'est
- 227 finalement ce qui nous rend sensible à l'autre. Mais bon je trouve que c'est quand même une
- 228 notion complexe car c'est propre à chacun je trouve, à ce qu'on a vécu, à nos valeurs, à notre
- 229 éducation, à nos ressentis etc... Après le plus dur c'est euh ... de...euh... c'est juste de la jauger
- 230 parce que ça peut nous renvoyer à notre propre vécu et donc ça peut nous déstabiliser. Mais
- 231 d'un autre côté c'est ce qui permet de garder une part d'humanité dans le soin et de se
- 232 questionner genre : « Comment moi je serais à sa place ? Qu'est-ce que je ressentirais ? ».
- 233 C'était quoi déjà ta question ?
- 234 **Moi** : **Comment tu montres cette empathie au patient et comment tu la jauges comme tu**
- 235 **dis ?**
- 236 **Rose** : Je pense que déjà quand je prends le temps de l'écouter ça lui montre que je m'intéresse
- 237 à lui. Puis aussi avec des gestes, des regards attentionnés ou même des sourires bah ça prouve
- 238 que je suis vraiment à 100% avec lui enfin je pense. Après c'est peut-être au patient finalement
- 239 qu'on devrait poser cette question. Quand je dis : « je le jauge » c'est qu'enfaite...disons que
- 240 je prends du recul à certain moment après parfois c'est difficile car ça nous renvoie des choses
- 241 persos mais j'essaie de ne pas oublier la position soignante.
- 242 **Moi** : **La position de soignante, c'est-à-dire ? Tu peux approfondir un peu plus ?**
- 243 **Rose** : J'oublie pas le rôle soignant quoi, je sais pas comment t'expliquer ça moi. Il faut pas se
- 244 laisser envahir par les émotions, il faut garder toujours la tête froide pour être efficace et pour
- 245 être opérationnel pour le patient. Moi quand je sens qu'il y a des trucs qui me touche un peu
- 246 trop je me force à penser à comment mieux l'aider. Enfaite je me trouve une sorte de diversion
- 247 tu vois pour contourner un peu mes émotions, du cou je me focalise pas dessus. Ça m'arrive
- 248 aussi d'en parler à l'équipe et quelquefois ça m'aide à comprendre pourquoi à ce moment-là
- 249 j'ai ressenti ça. Je vais pas te cacher que voilà j'ai déjà été bouleversée par certaines histoires
- 250 de vie des patients mais le truc c'est que voilà je n'oublie pas que c'est leurs histoires, pas les
- 251 miennes. Enfaite je pense qu'il faut faire attention à ne pas s'oublier dans nos pratiques. Faut
- 252 être capable de prendre soin des autres tout en prenant soin de nous.
- 253 **Moi** : **Ça c'est une belle phrase pour conclure cet entretien. Merci de ta participation.**
- 254 **Rose** : Ben de rien. Bon courage à toi pour la suite.
- 255 **Moi** : **Merci.**

Annexe V: Entretien n°4 « Jasmine »

- 1 **Moi** : Tout d'abord je tiens vraiment à te remercier de m'accueillir chez toi et de prendre
2 le temps de répondre à mes questions sachant que tu travailles de nuit.
- 3 **Jasmine** : Ben écoute c'est un honneur de participer à cet entretien, ça me rappelle de vagues
4 souvenirs...(Rire)
- 5 **Moi** : Pour commencer peux-tu te présenter : donc âge, ancienneté et parcours
6 professionnel ?
- 7 **Jasmine** : Alors j'ai 36 ans et je travaille de nuit dans un service d'urgence pour adultes depuis
8 bientôt 12 ans. Enfaite depuis que je suis diplômée.
- 9 **Moi** : Ok ok, merci. Alors pour introduire cet entretien, peux-tu me raconter une situation
10 de soin qui t'as marqué dans le cadre de la relation soignant soigné ?
- 11 **Jasmine** : Tu sais aux urgences on a un flux de patient constant avec une moyenne de 200
12 passages par 24h. Ce sont rarement les mêmes patients qui reviennent et on a rarement le temps
13 de prendre le temps avec eux. Mais ça arrive parfois et c'est le cas d'une personne, Madame M
14 qui revient très souvent. Elle a 34 ans et a un cancer multi métastasé qui est donc incurable et
15 c'est vrai qu'avec elle c'est pas comme avec les autres patients. Je suis très touchée par ce qui
16 lui arrive et à chaque fois qu'elle est dans le service je vais la voir pour passer un peu de temps
17 avec elle. J'en parle beaucoup avec l'équipe car on connaît et elle aussi connaît d'ailleurs les
18 aboutissants de sa maladie. Autant te dire que quand tu es infirmière et que tu sais qu'il n'y a
19 plus rien à faire pour ton patient si ce n'est que de le soulager de ses douleurs c'est difficile à
20 encaisser. Surtout quand il y a une sorte de relation privilégiée qui s'est installée entre vous.
- 21 **Moi** : N'est-ce pas un peu paradoxal de souligner le fait de pas avoir le temps de prendre
22 le temps avec les patients et de justement prendre le temps avec cette patiente ?
- 23 **Jasmine** : Oui c'est vrai mais après je prends pas ce temps au détriment des autres patients. Je
24 le prends généralement sur mon temps de pause. J'ai appris à la connaître avec le temps et le
25 fait qu'elle revienne régulièrement ben ça a favorisé un certain attachement.
- 26 **Moi** : Qu'entends-tu par attachement ?
- 27 **Jasmine** : J'entends tout simplement avoir de l'affection pour quelqu'un et c'est le cas pour
28 cette dame. Je sais que si demain elle décède je vais avoir beaucoup de peine car ça fait des
29 mois que je la suis du coup je suis assez proche d'elle. Je pense que quand il y a une relation au
30 long cours, une forte empathie et une certaine complicité qui se crée l'attachement c'est quelque
31 chose d'inévitable dans la relation avec le patient.
- 32 **Moi** : Tu peux approfondir un peu cette notion d'empathie ?
- 33 **Jasmine** : Ben pour moi, l'empathie c'est simplement notre capacité à se mettre à la place de
34 l'autre, à faire « comme si » on était à sa place mais ça s'arrête là. Ça ne va pas plus loin car ça
35 doit pas nous affecter en tant que personne du moins en théorie. Qu'est-ce que je peux te dire
36 de plus ? ... (Silence)... Je dirais même que c'est l'essence de notre métier car c'est ce qui nous
37 rend soucieux de ce que vit le patient. Ça nous pousse en quelque sorte à être attentif à ce qu'il
38 ressent. Je pense vraiment que c'est une qualité primordiale parce qu'en vrai sans empathie il
39 n'y aurait pas ce côté humain dans les soins. Pour ma part j'essaie de ne pas être affectée et
40 dans la majorité des cas j'arrive à ne pas trop m'impliquer émotionnellement dans la relation
41 mais quelques fois c'est difficile.

42 **Moi : Quelles sont les ressources que tu mobilises pour ne pas être affecté ?**

43 **Jasmine** : C'est une bonne question ça ? Je ne sais pas trop...(Silence)... Le seul truc que je
44 peux te dire c'est que quand je sens que la situation m'affecte un peu trop j'en parle avec
45 l'équipe et je délègue tout simplement. Ça me permet si tu veux de souffler un peu et de me
46 reconcentrer sur mon travail, de passer à autre chose. Puis franchement avec tous les patients
47 qu'on voit la nuit même si c'est quand même relativement un peu plus calme que la journée j'ai
48 pas trop le temps de réfléchir à ce que je ressens et ce que ça me fait. Mais avec Mme M c'est
49 différent. En prenant un peu de recul, il y a des moments où en rentrant chez moi j'avais pas le
50 moral parce que quand je quittais Mme M elle n'était pas bien. Ça m'est arrivé aussi d'envoyer
51 un message à une collègue quand j'étais en repos pour prendre de ses nouvelles. Le pire c'est
52 que je n'en avais pas conscience, c'est en discutant avec mes collègues et mon entourage que
53 je me suis rendu compte que j'avais tendance à en fait surinvestir un peu la relation avec Mme
54 M.

55 **Moi : Pourquoi tu dis que tu surinvestis cette relation ?**

56 **Jasmine** : Honnêtement dans mon service c'est vraiment pas commun de rendre visite aux
57 patients pendant notre pause ou de rester un petit moment avec eux pour discuter de tout et de
58 rien avant de rentrer chez soi. Disons que mes collègues insistent sur le fait qu'il faudrait que
59 je mette de la distance parce qu'elles pensent que notre relation est trop affective. Apparemment
60 quand c'est pas moi qui m'en occupe Mme M elle est éteinte, pas très sympathique avec
61 l'équipe, elle refuse parfois les soins et elle demande constamment de mes nouvelles. Elle fait
62 aussi des comparaisons entre moi et mes collègues. D'ailleurs ça a tendance à les agacer car
63 elles font jamais assez bien. Alors qu'avec moi elle n'est pas du tout comme ça, elle est
64 souriante, adorable et compliante aux soins. La dernière fois on devait lui poser une VVP mais
65 elle à refusait que ce soit ma collègue qui la pique. Du coup j'ai dû me détacher pour aller du
66 côté de l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée pour pouvoir la piquer.

67 **Moi : De quelle distance parle tes collègues ?**

68 **Jasmine** : De la distance qu'on est censé garder avec les patients, le fait de ne pas trop s'attacher
69 au patient et de pas trop s'impliquer émotionnellement. Enfaite je pense que la distance
70 professionnelle ça sous-entend une barrière qui nous sépare du professionnel et de l'affectif. En
71 tout cas c'est comme ça je la vois. C'est vrai qu'elle a son importance dans les pratiques
72 soignantes surtout quand tu construis une relation de soin sur du long terme car le risque majeur
73 ben c'est d'y laisser un peu ses plumes. Tu vois enfaite à trop s'investir, je parle
74 d'investissement affectif c'est sûr qu'à un moment donné on en souffre et le patient aussi peut
75 en souffrir. Ça peut aussi jouer sur notre comportement autant pour nous que pour le patient.
76 Du coup quand j'ai réalisé que j'étais un peu trop prise dans cette relation avec Mme M je me
77 suis quand même posé la question de comment faire pour prendre de la distance ?

78 **Moi : Du coup comment tu comptes t'y prendre ?**

79 **Jasmine** : Franchement je sais pas trop parce que je me dis que d'un côté je fais de mal à
80 personne. Ce que je sais c'est que cette dame elle n'a pas de famille, elle est arrivée du pays il
81 y a 6 ans dans l'espoir de vivre une vie meilleure et depuis le diagnostic de son cancer ben il
82 n'y a plus rien qui va pour elle. Donc si je peux moi lui apporter un peu de soleil je ne vois pas
83 où est le mal. Surtout que quand je vais la voir ça lui fait du bien et elle me le dit clairement.
84 On parle des actualités, de nos vies respectives, on partage des podcasts, on se fait des
85 confidences, on rigole. Et enfaite je vois que ça l'apaise, comme si le temps d'un instant elle ne

86 pensait plus à son cancer et aux difficultés qu'elle rencontre tu vois. Donc c'est que la relation
87 qu'on a construit est quand même bénéfique pour elle.

88 **Moi : Et pour toi tu crois qu'elle est bénéfique ?**

89 **Jasmine** : Je pense oui car finalement ça me fait du bien d'aller la voir et de partager des petits
90 moments comme ça avec elle. En plus vu que je sais qu'elle apprécie je me dis que c'est un
91 plus pour elle. Puis ça me sort un peu de ma routine même si j'adore mon travail aux urgences
92 mais c'est vrai que la relation telle qu'elle est avec Mme M me manque un peu au quotidien.

93 **Moi : Comment tu perçois la relation soignant-soigné ?**

94 **Jasmine** : Pour moi c'est le lien qu'il y a entre le patient et le soignant et je pense que la relation
95 est plus ou moins importante selon les services. Pas dans le sens où elle n'est pas importante
96 dans le soin d'une manière générale mais elle est plus présente par exemple dans les services
97 de longue durée ou avec les patients chroniques. Dans mon service en vrai elle est ponctuelle
98 car les patients ne restent pas longtemps mais tu vois elle peut aussi durer dans le temps et
99 évoluer comme avec Mme M. Et je pense qu'une relation ne peut se construire que sur du long
100 terme.

101 **Moi : Tu peux m'expliquer comment tu construis la relation soignant-soigné ?**

102 **Jasmine** : Le problème aux urgences c'est que même si on entre en relation avec le patient c'est
103 vraiment dans un temps limité. On n'a pas forcément le temps d'approfondir et de réellement
104 construire une relation. Mais j'essaie tant bien que mal de la faire exister un minimum parce
105 que j'imagine que c'est très compliqué pour eux. Tu vois quand ils arrivent, ils sont dans
106 l'incertitude, tout le monde s'agite autour d'eux, ils ne comprennent pas forcément ce qu'on
107 fait et ce qu'on va faire. Bon je vais pas te cacher que malheureusement parfois on oublie un
108 peu le côté relationnel...Euh... Enfaite non on l'oublie pas mais on le met un peu de côté parce
109 qu'il faut se concentrer sur l'état clinique du patient, sur la prise en charge qu'on doit mettre
110 rapidement en place, on anticipe les soins techniques, on essaie de pas perdre de temps quoi. Du
111 coup c'est aussi compliqué pour nous car tout l'enjeu de notre prise en soin c'est d'allier le
112 relationnel dans la technicité sauf que c'est souvent la technicité qui est mise au premier
113 plan...(Soupir)... Après même si on est dans un contexte d'urgence j'essaie vraiment de créer
114 un lien avec le patient.

115 **Moi : Du coup comment tu fais ?**

116 **Jasmine** : En premier lieu je dis honnêtement ce qui se passe aux patients sans positiver ni
117 négativer la situation parce que je pense que c'est pas leur rendre service de leur mentir. J'essaie
118 d'être à leur écoute parce qu'ils ont souvent besoin d'exprimer leurs inquiétudes et je fais tout
119 mon possible pour les rassurer. Généralement je leur prends la main car le contact peau à peau
120 est souvent d'un certain réconfort et je leur explique les soins à venir toujours en leur disant
121 qu'on est là, qu'on va faire notre maximum pour les aider et qu'ils sont entre de bonne main.
122 Mais tout ça c'est vraiment en l'espace de quelques minutes parce qu'après tout s'enchaîne. En
123 revanche c'est vrai qu'on prend plus de temps au déchocage car ce sont des choses graves.
124 Quand on n'est pas en sous-effectif il y a normalement une infirmière, une AS et un médecin
125 pour 4 patients donc on est un peu plus présent et disponible pour prendre soin d'eux.

126 **Moi : Et en ce qui concerne la relation de confiance que tu as évoqué juste avant qu'est-
127 ce que tu peux me dire ?**

128 **Jasmine** : Franchement je pense que quand les patients arrivent aux urgences ils n'ont pas
129 vraiment le choix que de nous faire confiance. Ils attendent qu'un truc c'est qu'on les prenne

130 en charge le plus rapidement possible pour apaiser leur souffrance, régler leur problème de
131 santé ou du moins essayer de les stabiliser pour ensuite les orienter dans le service adapté. Pour
132 moi, la confiance elle se joue enfaite surtout au niveau de la communication parce que c'est par
133 ce biais là qu'on entre en relation. Je trouve que c'est important d'adapter notre communication
134 et d'y mettre les formes pour leur expliquer ce qu'il en est de leur situation et de la prise en
135 charge qu'on va mettre en place. Ça demande une certaine habilité et sensibilité relationnelle
136 parce qu'ils sont souvent dans un état émotionnel particulier.

137 **Moi** : C'est-à-dire ?

138 **Jasmine** : Tu n'as jamais fait un séjour aux urgences ?

139 **Moi** : Si quand j'avais 9 ans mais ça remonte à loin, je m'en souviens plus pourquoi ?

140 **Jasmine** : Bon ben tu as certains patients qui attendent depuis des heures donc quand on les
141 reçoit ils sont impatients, en colère voir agressif. Il y en a d'autres qui sont super angoissés,
142 limite en panique, ce sont souvent des gens qui ont une aversion pour les hôpitaux à cause d'une
143 mauvaise expérience. Après il y a aussi les personnes alcoolisées qui sont souvent dans le refus.
144 Bref on croise vraiment des profils très différents mais dans tous les cas il faut toujours faire
145 preuve d'empathie pour leur montrer qu'on comprend leur situation et pour leur montrer aussi
146 qu'on leur porte de l'intérêt. Et ça, ça demande du tact vu qu'on est souvent pris par le temps
147 et l'urgence faut vraiment que le contenu du message soit le plus adapté possible et qu'il soit
148 accompagné d'une attitude la plus sécurisante et rassurante possible. Si tu veux cette entrée en
149 relation conditionne un peu ce qu'on renvoie au patient donc il faut surtout pas négliger ce côté-
150 là. Puis pour nous ça nous aide à mettre le patient dans des conditions optimales si je peux dire
151 pour prendre soin de lui et ça lui permet d'être un peu plus en confiance. Après tu as des patients
152 qui reviennent régulièrement comme Mme M et c'est avec ce genre de patient que tu peux
153 vraiment travailler la relation.

154 **Moi** : Qu'est-ce que tu entends par prendre soin et qu'est-ce que ça implique pour toi ?

155 **Jasmine** : Prendre soin ça englobe tous les soins que l'on peut faire au patient. Enfaite c'est
156 vraiment prendre en charge le patient dans sa globalité. Ça passe par le moment de l'accueil
157 dans le service avec l'explications des soins à venir, le moment où on administre un traitement,
158 les soins techniques donc tout ce qui est les actes prescrit, toute la partie réassurance et le soutien
159 qu'on leur apporte à ce moment-là. Pour moi ça implique surtout de s'adapter aux besoins du
160 patient pour être efficace car enfaite l'évolution de leur état dépend vraiment de la prise en
161 charge qu'on va mettre en place. Puis ça implique aussi une certaine qualité d'écoute parce
162 qu'ils ont souvent besoin d'exprimer leur inquiétude C'est jamais agréable de faire un séjour
163 aux urgences donc faut être attentif à eux. Et c'est surtout d'accorder une importance à la
164 relation. Tout ça c'est vraiment un idéal hein ! Je dirais même presque une utopie car c'est
165 vraiment difficile par moment de réunir tout ça. Et comme je te disais au début, la relation est
166 parfois mise à l'écart.

167 **Moi** : Du coup est-ce qu'on pourrait dire que les soins techniques priment sur la relation ?

168 **Jasmine** : Malheureusement oui. Clairement parfois c'est de l'abattage. Si tu veux on a un
169 logiciel qui affiche en rouge tous les soins prescrits à faire et notre objectif c'est en premier lieu
170 de faire tous ces soins. Et s'il nous reste du temps, de faire le reste. Même si comme je te le
171 disais j'essaye toujours de faire les deux, mais malheureusement c'est pas valable toutes les
172 nuits et c'est pas une démarche qu'on retrouve chez tous les soignants. Enfaite ça dépend
173 vraiment de l'organisation, du nombre de soignants et des urgences à traiter. Ça peut paraître
174 un peu déshumanisant au premier abord parce que la relation elle est finalement pas au cœur de

175 la prise en charge comme dans d'autres services. Mais si on y réfléchit bien d'un côté ça paraît
176 logique car c'est pas grâce à elle qu'on sauve ou stabilise les patients. C'est vraiment grâce à
177 tous les moyens techniques et thérapeutiques qu'on dispose aujourd'hui. Après je dis vraiment
178 pas qu'elle n'a pas sa place dans le soin, c'est juste que dans notre service c'est pas tout le
179 temps notre priorité. La priorité c'est vraiment l'état clinique du patient et son évolution tu
180 comprends ?

181 **Moi : Oui bien sûr que je comprends, tes arguments tiennent la route je trouve ça juste**
182 **dommage que la relation ne soit pas mise en avant comme elle le devrait.**

183 **Jasmine :** Après comme je te l'ai dit je fais tout mon possible pour la faire exister quand je
184 réalise des soins. Mais... car il y'a toujours un mais...(Silence)...c'est vrai qu'il y a des
185 moments où je suis tellement prise par la charge de travail, les soins techniques et la fatigue que
186 j'en oublie un peu le patient.

187 **Moi : Comment ça ?**

188 **Jasmine :** Ben parfois on fait un peu les soins à la chaîne, on intervient sur le patient sans
189 forcément savoir pourquoi il est là et qu'est-ce qu'on va faire de lui. On sait juste qu'on doit
190 faire tel ou tel soin. On se soucie pas vraiment si tu veux du patient dans sa globalité, de ses
191 états d'âme quand il peut les verbaliser. Mais heureusement que c'est pas tout le temps comme
192 ça hein !, C'est vraiment quand on est dans le rush. Après je t'assure que ma conception du soin
193 elle se limite pas seulement à la technicité. Je suis plus dans l'esprit du prendre soin mais voilà
194 le problème c'est que le système de santé actuel il nous pousse de plus en plus à être ...euuhh...
195 comment te dire ?... à être en désaccord avec nos valeurs du prendre soin et nos pratiques. C'est
196 pour ça que j'essaie le plus possible d'intégrer et de laisser la place à la relation quand je réalise
197 des soins parce que bon on travaille pas avec des boîtes de conserves mais bien avec des êtres
198 humains.

199 **Moi : Ah ça c'est certain ! Pour finir cet entretien as-tu quelque chose à rajouter ?**

200 **Jasmine :** J'espère juste que je t'ai pas donné une vision trop négative des urgences...(Rire)

201 **Moi : Non pas spécialement, mais je suis pas certaine que ça soit trop mon truc. En tout**
202 **cas merci d'avoir répondu à mes questions.**

203 **Jasmine :** Avec plaisir Marine.

204

Annexe VI: Tableau d'analyse des entretiens

Propositions de discussion	Thèmes	Idées principales des infirmières	Cadre de référence
Conception des soins techniques	Les soins et le cure	<p>Entretien n°1 : Les soins = soin complexe relevant du rôle prescrit (l 36-37) Soins et soin s'inscrit dans la relation soignant-soigné (l 38)</p> <p>Entretien n°2 : Les soins techniques nécessitent aussi des valeurs humaines présent dans la relation (l 183-184, l 192-195)</p> <p>Entretien n°3 : Les soins = guérir et maintenir état de santé (l 27), notion de corps-objet (l 28-29) Soin et soins sont inséparables (l 34) + Articulation du cure et care nécessaire (l 207-208)</p> <p>Entretien n°4 : Les soins techniques = actes prescrit (l 158), technicité au premier plan / cure domine car permet de sauver et stabiliser patient (l 112, l 175-176) Soins à la chaîne (l 188-191) = objective patient mais essaye d'y intégrer la relation (l 104, l 113-114, l 183, l 196)</p>	<p>« Actes plus ou moins techniques qui se réfèrent au corps [...] essentiellement des pratiques par lesquelles on conserve ou on rétablit la santé » (Svandra)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Savoir-faire guidé par procédures <p>« Agir sur l'autre sans lui » (Marmilloud)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Notion de corps objet <p>« Soins, traitement, guérison » (Winnicott)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Focaliser sur la maladie/le problème <p>« L'ensemble des soins médicaux, souvent d'une certaine durée, destinés à traiter des maladies (physiologiques ou psychologiques) ou des lésions, en vue de leur guérison » (CNRTL)</p>
Conception du prendre soin	Le soin et le care	<p>Entretien n°1 : Le soin = réponse / action pour résoudre ou maintenir l'état de santé (l 94-97). Qualité du soin grâce au prendre soin (l 100-105)</p> <p>Entretien n°2 : Prendre soin = apaiser les différentes souffrances et veiller au bien-être / ce n'est pas guérir (l 157-158) / Aider, accompagner, soutenir,</p>	<p>« Porter une attention particulière à l'autre, de faire preuve de prévenance, de sollicitude » (Svandra)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Savoir-être tourné vers l'autre

		<p>être présent de différentes manières (l 157-164) = singularité du patient Dépend du patient, contexte, soignant (l 166-168) = instable, évolue mais peut quand même proposer des solutions adaptées (l 177-179) Donc implique disposition + pratique Nécessite des valeurs humaines (l 184-187) Entretien n°3 : Le soin = soutenir, rassurer, l'aider à évoluer, l'accompagner (l 30-33) C'est prendre en compte la dimension physique et psychique (l 194-200) = subjectivité du patient Entretien n°4 : Prendre soin = prise en charge global avec technicité et relationnel (l 156-160) mais vu comme une utopie pour ce service (l 164) Implique : écoute, réassurance, la présence de la relation de soin (l 118-121) l'attention (l 163), L'organisation, les ressources humaines, pression système impactent la relation (l 172-173) = Désaccord entre valeurs du prendre soin et pratiques soignantes (l 194-195)</p>	<p>« <i>Le maintien de la subjectivité du malade [...], par sa souffrance physique ou psychique, par son handicap, le maintien donc de l'identité du sujet souffrant</i> » (Marin) - Respect du patient dans son intégralité</p> <p>« <i>Agir avec l'autre, pour lui</i> » (Marmilloud) - Partenariat avec le patient</p> <p>« <i>D'abord chercher à satisfaire au bien-être de la personne d'un point de vue physique, psychologique, social et spirituel</i> » (Svandra) - <i>Le souci de l'autre / disposition</i></p> <p>« <i>Une pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela, par égard pour cet être même</i> » (Worms) - Activité de soin associé au respect de la subjectivité</p>
	<p>Réflexivité</p>	<p>Entretien n°1 : Posture réflexive et remise en question sur les pratiques = professionnalisme (l 153) Permet de questionner les pratiques pour les comprendre (l 154-161)</p>	

		<p>Entretien n°2 : Remise en question personnelle sur son approche (l 116-118). Importance de la réflexion en équipe (l 122-123) = jugement objectif</p> <p>Entretien n°3 : Réflexion en équipe et remise en question professionnelle pour personnaliser et adapter la prise en charge (l 197-200)</p> <p>Entretien n°4 : Remise en question personnelle grâce à l'équipe sur la relation affective avec le patient (l 52-53) Questionnement personnel pour changer ses pratiques (l 77)</p>	<p>« Un questionnement philosophique sur le sens des règles et normes admises dans la pratique quotidienne » (Poirier Coutansais)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oriente les décisions et actions - Faire des soins raisonnables
<p>Conception de la relation soignant-soigné</p>	<p>La relation de soin</p>	<p>Entretien n°1 : Lien entre soignant et soigné qui se crée dans le soin (l 42) / c'est un travail en commun (l 26-27) Se construit grâce aux valeurs humanistes (l 49, l 69, l 84, l 177) C'est un savoir-être qui s'adapte à chaque patient = singularité (l 180) But : connaître et comprendre le patient grâce à sa parole (l 63-66), instaurer une confiance (l 90), se faire accepter ainsi que les soins (l 78, l 194)</p> <p>Entretien n°2 : Se construit par des approches différentes et implique une créativité relationnelle = singularité (l 29-30, l 35, l 44-45) But : être accepté par le patient (l 30-32), libère la parole (l 50) créer un climat de confiance (l 147)</p> <p>Entretien n°3 : La relation doit être acceptée par le patient (l 101-102) Nécessite une créativité pour tenter d'entrer en relation (l 94) Cœur de la prise en charge (l 119) + outil de travail (l 123)</p>	<p>« Une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires » + Notion d'affectivité qui « est au cœur des relations soit pour les fonder, soit pour les souder, soit pour les défaire » (Manoukian)</p> <ul style="list-style-type: none"> - La relation doit toujours être adaptée au patient - La dimension affective est nécessaire à cette relation <p>« La relation de soins ne relève pas du hasard, avec les soins techniques, elles sont l'expression, l'objectivation de la démarche clinique mise en œuvre dans la</p>

		<p>Se construit différemment pour chaque patient (l 124-125) = singularité</p> <p>Demande un effort de la part du soignant = peut être difficile à créer (l 87-88), éprouvant (l 176)</p> <p>But : relation de confiance (l 66), aide le patient à se livrer (l 120-122), adapter la prise en charge et facilite l'acceptation des soins (l 140-142), être accepté (l 208)</p> <p>Entretien n°4 :</p> <p>Présence d'un besoin affectif mutuel (l 83, l 89-91)</p> <p>La relation se construit sur du long terme (l 99-100)</p> <p>Présence d'affect, d'attachement inévitable si relation au long terme + empathie + complicité (l 24-25, l 28-31)</p> <p>Elle est plus présente dans service longue durée ou patient chronique (l 96-97, l 152-153) / IDE tente de créer malgré tout un lien (l 104, l 113-114, l 183, l 196)</p> <p>Mise de côté au détriment d'une prise en charge technique (l 117), Se construit par les valeurs humaines (l 116-121)</p> <p>But : exprimer ressentis du patient (l 118), soutenir et rassurer (l 120-121), créer climat de confiance (l 151)</p> <p>Note : Pas de notion de relation personnalisée / unique</p>	<p><i>prise en charge de la personne soignée » (Formarier)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Elle est intentionnelle et doit être pensée et réfléchie - Évolue à travers le temps et le contexte <p><i>« Chaque patient est unique, chaque infirmière est différente, chaque rencontre est donc singulière » (Formarier)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Relation toujours singulière - Ne peut être qu'unique à chaque fois <p><i>« La relation a une dimension vitale » (Marmilloud)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Elle est essentielle car donne vie au soin
	<p>L'interdépendance</p>	<p>Entretien n°1 :</p> <p>Notion de relation interdépendante : besoin d'un travail en commun dans la relation pour réaliser le soin (l 26-27)</p> <p>Recherche + développement des capacités de la patiente = évolution de la situation (l 22) / Notion de respect d'autonomie évoquée (l 87)</p> <p>Entretien n°2 :</p> <p>Notion de relation interdépendante : besoin de la réceptivité du patient pour apaiser la situation (l 45-48)</p>	<p><u>Dépendance :</u></p> <p><i>« Subordination », « soumission », « asservissement » (Warchol)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vision négative avec un risque de pouvoir sur l'autre <p><i>« Nous avons besoin de nos patients autant qu'ils ont besoin de nous » (Winnicott)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vision positive - Relation d'interdépendance

		<p>Accompagnement dans incapacités, difficultés et capacités (l 161) Notion de respect d'autonomie évoquée (l 184) Entretien n°3 : Notion de relation interdépendante : pas de relation = pas d'évolution dans la prise en charge donc besoin d'une coopération soignant-soigné (l 85- 89, l 102) Patient dépend du soignant, de la relation, de la prise en charge car besoin d'aide (l 107) Entretien n°4 : Notion d'interdépendance affectif (l 83, l 89-91)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Implique une personne passive et une personne active <p><u>Autonomie :</u> <i>« La capacité d'agir avec réflexion, en toute liberté de choix, mais elle peut être également simplement physique »</i> (Warchol)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pouvoir d'agir de la personne <p>Respecter l'autonomie = rechercher et développer les capacités du patient</p>
	La confiance	<p>Entretien n°1 : Se construit grâce au professionnalisme et aux compétences du soignant (l 66, l 76) Implique le prendre soin = sécurise le patient (l 87-91, l 176-178) + une relation sincère et personnalisée (l 186) Entretien n°2 : Implique un environnement sécurisant (l 45-46), une considération pour le patient (l 47) Se construit grâce à une approche personnalisée (l 153-156) + une relation sincère et une réponse adaptée aux besoins du patient (l 152-154), Entretien n°3 : Ne peut être jamais totale (l 156) = difficulté à construire Notion de confiance partagée (l 164) Besoin de certaines formes de preuve de part et d'autre (l159-165)) Rôle +++ en psy (l 103-106) Entretien n°4 : Aide le patient à être compliant (l 63-65) Aux urgences = pas le choix que d'avoir confiance (l 128-1 131)</p>	<p><i>« Rencontre de la fiabilité avec la dépendance »</i> (Winnicott) Convoque :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des valeurs du prendre soin - Une dimension relationnelle - Un soignant suffisamment bon - Une sensibilité aux ressentis des patients <ul style="list-style-type: none"> - Des compétences

		<p>Se construit sur du long terme (1 99-100) Implique une relation de qualité (1 149-150) + attitude sécurisante et rassurante (1 148)</p>	
	<p>L'empathie</p>	<p>Entretien n°1 : <i>Empathie</i> : Notion de se mettre à la place de la personne (1 30-33) / Fait partie des compétences du soignant (1 71) But : Comprendre le vécu, les besoins, les ressentis (1 72), montrer de l'intérêt, adapter et personnaliser le soin (1 71-75) <i>Sollicitude</i> : Prendre le temps d'être attentif à la personne / discours (1 57-58)</p> <p>Entretien n°2 : <i>Empathie</i> : Imaginer être à la place de l'autre mais influence les affects (1 52), Comprendre l'autre permet de s'adapter à ses besoins et personnaliser le soin (1 152-153), Donne une dimension humaine au soin (1 95-99) <i>Sollicitude</i> : Être sensible à la détresse de l'autre (1 65), attention portée à autrui (1 113-114) = priorité au patient</p> <p>Entretien n°3 : <i>Empathie</i> : Se mettre à la place de l'autre mais met en lien la compassion (1 225-226), Propre à chacun (1 228-229), influence les affects (1 212-213), But : créer une sensibilité (1 213), garder part d'humanité (1 231) <i>Sollicitude</i> : Insistance sur la dimension relationnelle malgré absence de relation (1 145-152)</p> <p>Entretien n°4 : <i>Empathie</i> : Se mettre à la place de l'autre sans être affecté (1 34-35) mais difficulté à ne pas l'être car joue sur le moral (1 49-51), C'est l'essence du métier et une qualité primordiale car favorise la dimension humaine dans les soins (1 36-39), a ses limites car on</p>	<p><u>L'empathie :</u> « Être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible [...] mais sans jamais perdre de vue la condition du comme si » (de Rogers, cité par Simon)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprendre ce que ressent le patient sans être affecté - Diffère de la sympathie et de la compassion <p>Le soignant peut se mettre « <i>en position d'adopter le point de vu du malade, de comprendre ses normes de vie avant et avec la maladie, ainsi que le sens singulier que celle-ci prend pour lui</i> » (Lefève)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise en compte de la subjectivité du patient <p><u>La sollicitude :</u> « Répond en réparant, en aidant au développement ou en protégeant car elle s'exerce en réponse à la dépendance, ce qui implique une combinaison de passivité et d'activité » (Brugère)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nécessite une attention particulière pour entrainer des actions ajustées en réponse à une dépendance

		<p>peut être affecté par l'autre (I 49-50) = Compassion ? Sympathie (I 84-85) ? <i>Sollicitude</i> : attention portée au patient + le rassurer = se soucier (I 118-119)</p>	
	<p>La distance professionnelle</p>	<p>Entretien n°1 : Notion de maîtrise des émotions (I 111) = maîtrise de la distance émotionnelle Stratégies : penser aux motivations qui pousse à faire ce métier (I 123-124), en parler à un membre de l'équipe (I 130), prise de recul sur les ressentis (I 139), Si absence de gestion de ses émotions = risque de souffrir (I 115), d'évitement (I 118), frein à la qualité de la prise en charge (I 121) L'intelligence émotionnelle = évite épuisement psychique (I 143), comportement inadapté (I 146) / protection du patient contre mauvaise prise en charge (I 150)</p> <p>Entretien n°2 : Évolution de la distance physique = passage d'une distance social à distance intime (I 23-24, I 35-36) Utilisation d'une approche affective + tutoiement pour casser le cadre professionnel (I 30, I 44) Les émotions sont présentes en continu dans la relation (I 61-65) et sont essentielle (L 88) Gestions des émotions = faire face à la situation de manière adaptée, de réaliser des soins de qualités (I 70) Stratégies : liées à l'expérience (I 76), tourner toute son attention sur le patient (I 111-114)</p> <p>Entretien n°3 : La distance peut être imposée par : le contexte d'hospitalisation (chambre d'isolement = isolement, restriction d'échange physique et verbal), par la pathologie/comportement du patient (I 84-86), par</p>	<p><u>La distance :</u> La juste distance = « la capacité à être au contact d'autrui en pleine conscience de la différence des places » / contraire = « distance hyperdéfensive » (Prayez)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Être présent dans la relation sans s'identifier au patient - Attention à ne pas aseptiser la relation <p>« Être dans la juste distance est avant tout une question de dosage, ni trop ni trop peu » (Michon)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trouver un équilibre, un juste milieu <p>Besoin d'une « double écoute » (Prayez)/ intelligence émotionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> - Écouter ce qu'exprime le patient et ce qui s'exprime en nous - Reconnaître et maîtriser nos émotions

		<p>le soignant en lien avec l'émergence de ressentis négatifs (1 177) = prise en charge non optimale Gestions des émotions = soignant efficace et opérationnel (1 243-244) Stratégies : poser des limites car permet de maintenir la place de chacun (1 138), déléguer prise en charge (1 180), prise de parole = moyen cathartique + compréhension de ses ressentis (1 184-185, 1 248), penser au moyen d'aider le patient (1 246) Entretien n°4 : Difficulté parfois de trouver la bonne distance (1 39-41) La distance sous-entend pour ses collègues : ne pas trop s'attacher, ne pas s'impliquer émotionnellement (1 68-69) Pour elle c'est : une barrière entre le professionnel et l'affectif (1 70) Stratégie = parler en équipe et déléguer (1 44 45) Danger d'une relation affective / implication trop grande : - surinvestissement de la relation (1 16, 1 53, 1 56-58) - entrave au discernement (90-91) - modification comportement du patient et de l'organisation des soins (1 60-66)</p>	<p><u>La proxémie :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprendre les variations de distance dans les relations - En lien avec l'utilisation de l'espace et la distance physique selon le type de relation qu'on entretient avec l'autre - Existe 4 catégories de distance physique (publique, sociale, personnelle, intime)
<p>Concepts émergents</p>	<p>Les compétences</p>	<p>Entretien n°1 : Nécessaires pour aider et prendre en charge le patient (1 42-43) En lien avec l'écoute (1 48-50), l'empathie (1 72), un savoir-être fondé sur des valeurs humaines (1 87) Entretien n°2 : Notion de performance = renvoi à la technicité / ne concerne pas la relation mais les actes techniques (1 198)</p>	

Annexe VII: Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude



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 : Marine ESTEVAN

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 :

La relation au cœur du soin : Entre complexité et singularité

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 23 mai 2022

Signature : 

La relation au cœur du soin : entre complexité et singularité

La profession d'infirmière s'articule autour de la relation soignant-soigné qui est elle-même au cœur du soin. Cette relation peut parfois être difficile à appréhender pour le soignant, car elle implique deux êtres humains différents qui se rencontrent dans un contexte particulier. Cela m'a amené à poser la question de départ suivante : Qu'est-ce que le soin ? Qu'est-ce que la relation soignant-soigné ? En quoi peut-elle constituer un support fondamental pour le soin ? Pour mener à bien ce travail de fin d'étude, je me suis appuyée sur un cadre de référence construit autour des deux dimensions du soins : le cure et le care. J'ai ensuite réalisé une enquête exploratoire avec quatre infirmières travaillant dans différents services. Pour cela, j'ai utilisé la méthode clinique afin de recueillir leurs expériences personnelles par le biais d'entretiens semi-directifs. Cette recherche a permis de mettre en évidence toute la complexité d'établir une relation de soin de qualité et de savoir trouver la juste distance. En effet, elle évolue au gré des situations, dépend du soignant et du patient et doit toujours être singulière. Ce travail et ce cheminement réflexif m'a permis de comprendre qu'il est nécessaire de prendre soin de la relation autant que les patients.

Mots-clefs : le soin, la relation soignant-soigné, le cure et le care, la juste distance, la singularité

Nombre de mots : 203

The relationship at the heart of care : between complexity and singularity

The nursing profession moves around the relationship between the carer and the patient which is itself at the heart of care. This relationship can sometimes be difficult for the carer to apprehend because it involves two different human beings who meet each other in a particular context. This has brought me to ask the following starting question : What is care ? What is the relationship between the carer and the patient ? How can it be constitute a fundamental support for care ? To carry out this end of course dissertation, i relied on a reference framework built around the two dimensions of care : cure and care. I then conducted a field study with four nurses working in different services. For that, i used the clinical method to collect their personal expériences through semi-structured interviews. This research has highlighted the complexity of establishing a quality caregiving relationship and knowing how to find the right distance. Indeed, it evolves according to the situations, depends of the carer and the patient and must always be unique. This work and this reflexive path allowed me to understand that it is necessary to take care of the relationship as much as the patients.

Key words : care, the relationship between the carer and the patient, the cure and care, the right distance, the uniqueness

Number of words : 200