

MÉTHODOLOGIE

LA RELATION DE SOIN, CONCEPTS ET FINALITÉS

Monique FORMARIER,
Formateur ARSI

INTRODUCTION

Depuis de nombreuses années déjà, la profession d'infirmière a fait de la relation avec le patient un élément central des soins. Personne, aujourd'hui, ne peut plus contester l'importance de l'attitude relationnelle des soignants dans les activités de soin. Il est courant de dire que les infirmières (lire partout infirmier-infirmière) ne passent pas suffisamment de temps relationnel auprès des patients. Cette situation engendre un discours moralisateur qui a comme finalité de mettre le personnel mal à l'aise, voire de le culpabiliser, or, on ne fonde que peu de choses durables sur la culpabilité.

Si nous faisons une rétrospective de l'histoire des infirmières nous pouvons comprendre que le dévouement d'autrefois a laissé place au professionnalisme actuel et que concomitamment depuis cette époque on parle plus de technique, de protocole et d'instrumentation des soins que de relationnel.

Les infirmières au cours de cette évolution auraient-elles perdu leurs qualités humaines, leur attitude d'écoute et d'empathie ?

Je ne le pense pas. Chez de nombreux soignants les qualités humaines sont présentes, mais elles ne sont pas mises en valeur. Bien souvent, les soignants sont confrontés à des dilemmes, partagés entre leurs valeurs professionnelles et les charges de travail à assumer. Or, il est plus facile et plus rapide de parler, d'identifier et de pratiquer des techniques de soins que de décrire et d'aider un patient mourant à gérer son angoisse et la détresse de sa famille.

Une grande partie de l'apprentissage des infirmières (qu'elles soient étudiantes ou novices dans la discipline) se fait par transmission directe des savoirs, des expertes vers les moins expérimentées.

La transmission des attitudes relationnelles est complexe, car elle nécessite d'une part, que l'experte ait identifié et mis en mots les interactions qui se passent entre elle et les patients au moment des soins, ce qui reste très difficile, et, d'autre part, l'acquisition des attitudes relationnelles requises par tous les événements de soins se construit par l'expérience, par confrontation personnelle à la situation, avec une possibilité de verbalisation avec un tiers compétent pour analyser la situation.

Ceci explique peut-être qu'une part non négligeable des budgets hospitaliers de la formation continue soit attribuée, non pas à des formations sur des techniques de soins, mais à des formations sur les approches relationnelles dans les soins et sur l'analyse des pratiques professionnelles.

On ne compte plus les recherches réalisées par des soignants qui ont pour thème des concepts relationnels (relation d'aide, empathie, soutien des familles, coping, relation de confiance, observance, résilience...).

Tous ces travaux ont en commun d'essayer de cerner et de comprendre un aspect du sujet dans un contexte particulier. Mais la question reste inépuisable, car chaque patient est unique, chaque infirmière est différente, chaque rencontre est donc singulière.

Aussi, face à la complexité des situations relationnelles de soin et à la nécessité d'une vision plus globale, de nombreuses infirmières chercheurs en sciences infirmières ont proposé des théories de soins ou des modèles conceptuels (une trentaine en langue française) tous inscrits dans un courant humaniste et tous centrés sur des approches psychologiques et relationnelles des soins. Kérouac et Col (1994) (1)

Mots clés : relation de soins, interaction, représentation, besoins des patients, différentes relations de soin

MÉTHODOLOGIE

LA RELATION DE SOIN, CONCEPTS ET FINALITÉS

De même, toujours dans un souci de globalisation, nous pouvons identifier à partir des résultats de recherches des similitudes dans les interactions des infirmières avec les patients ou leur famille, en fonction de la finalité de la rencontre : Soin technique, soin éducatif, aide, soutien psychologique...

Cet article a pour but de s'intéresser au fondement même de la relation infirmière patient et/ou famille, d'en différencier les aspects, d'en identifier les concepts sous jacents. Il ne vise pas l'exhaustivité, mais a pour simple prétention d'amorcer une réflexion et de donner un éclairage sur ce que les infirmières appellent couramment la «relation soignants/soignés». En fait, cette notion cache un grand nombre d'interactions et de relations très diverses que nous avons tendance à amalgamer plutôt qu'à identifier et à analyser.

GÉNÉRALITÉS SUR LA RELATION DE SOIN

La relation dont il est question ici relève du champ professionnel ce qui implique des rapports sociaux codifiés, pré-établis fixant par avance l'identité sociale, les rôles et les styles d'interactions des protagonistes. Ces relations sont enfermées dans des pratiques répétitives, voire des scénarii, ce qui semble être le cas dans les situations de soins. Cela tient, entre autre, au besoin de sécurité et d'efficacité des soignants qu'apporte la stabilisation dans les relations humaines. En miroir, les soignants attendent des patients, non seulement qu'ils adoptent des comportements attendus, mais qu'ils le fassent dans des temps très brefs.

« Sans régularité dans les comportements, sans codes et actions répétitives qui encadrent l'action, sans horaires fixes, les actions humaines imprévisibles et chaotiques ne pourraient pas se coordonner entre elles. » Reynaud (1997) (2)

Ce type de relation permet au soignant, la plupart du temps, une relative économie de la charge affective et cognitive. Mais, en réalité, aucune situation relationnelle n'est identique, car comme le décrit Garfinkel, loin d'être un « idiot culturel » englué dans un flot de normes qu'il se contenterait d'assimiler et de reproduire, l'acteur social est un individu « compétent » au sens où il met en œuvre d'authentiques « savoirs en actes » nécessaires pour évaluer (et évoluer dans) son environnement. » Coulon (1987) (3)

Dans une approche systémique, on ne peut plus avoir une vision unidirectionnelle, statique de la relation et se contenter d'un modèle linéaire basé sur le schéma émetteur-récepteur. Il faut considérer les relations comme des éléments dynamiques qui font sans cesse évoluer les situations, en interdépendance avec l'environnement.

Les relations de soins ne relèvent 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.

Les relations soignants – patients – familles sont donc à la fois codifiées et imprévisibles, ce qui les rend, quel que soit le contexte, toujours délicates. Bien entendu, cette distinction est analytique, les soignants vivent les différentes dimensions de la relation dans la simultanéité.

On note cependant qu'avec le développement des protocoles et procédures (procédure d'accueil, recueil de données standardisées), on serait tentés de parler d'interactions plutôt que de véritables relations.

Interaction ou véritable relation ?

L'interaction selon Hartup (1988) cité par Sorsana (1999) (4-1) se définit par « des rencontres significatives entre individus, mais qui restent ponctuelles, alors que les relations sont une accumulation d'interactions entre individus qui durent et qui impliquent des attentes, des affects et des représentations spécifiques... On peut définir une relation comme une succession d'interactions s'inscrivant dans une continuité et un lien ; chaque interaction est affectée par les interactions passées et affecte à son tour les interactions futures. Et, ce n'est pas tant le cadre formel des rencontres humaines (durée, répétition...) qui permet de distinguer interaction et relation mais les significations cognitives et affectives que les interactants projettent dans cette interaction. »

Cette distinction entre interaction et relation est reprise par Ficher (1996) (5-1) « La notion d'interaction suppose une mise en présence concrète de deux personnes qui vont développer entre elles une succession d'échanges ; la notion de relation est plus abstraite et désigne une dimension de la sociabilité humaine... elle révèle des facteurs cognitifs et émotionnels à l'œuvre. »

La différence notionnelle est importante dans le cadre des soins car d'une part, dès qu'il s'agit d'un patient ou de sa famille on parle invariablement de relation, alors qu'il peut s'agir d'interaction. D'autre part, en fonction de leurs représentations respectives et des rôles qu'ils jouent, les patients et les soignants peuvent avoir des attentes différentes, ce qui peut entraîner des discordances, des déceptions de la part des patients qui sont majoritairement dans une relation chargée d'affects, alors que le personnel soignant, dans son rôle de soignant peut être dans des interactions. Un exemple que connaissent bien les infirmières et aides soignantes des services de soins concerne l'accueil des patients. La plupart des patients (et des familles) qui viennent pour la première fois dans un service d'hospitalisation gardent longtemps en mémoire la personne qui les a accueillis. Ils sont capables, plusieurs jours après l'événement de l'identifier au sein d'une équipe. Cette situation a donné naissance à ce que les infirmières américaines appellent la « Primary Nurse » et qui correspond en français à « l'infirmière référente », celle avec qui le patient pourra tisser une véritable relation dès son entrée dans la structure et tout au long de son séjour.

Néanmoins, si des situations de soins ne nécessitent que des interactions entre le patient et les soignants, la plupart des prises en charge des patients devraient être basées sur des relations.

L'importance des représentations dans la relation

Les représentations des individus jouent un rôle essentiel dans les relations de soins. «*La représentation est une vision du monde, vision fonctionnelle permettant à un individu de donner un sens à ses conduites (elle détermine ses comportements), de comprendre la réalité à travers son propre système de référence (donc de s'y adapter, de s'y définir une place).*» Abric (1999) (6-1)

Depuis les travaux de Moscovici (1961) les auteurs qui ont travaillé sur les représentations (Jodelet 1984, Herzlich 1969, Abric 1999, Fischer 1996) s'accordent pour dire qu'elles ont un ancrage psychologique et social. L'ancrage psychologique est lié à des schèmes de perception et de comportement acquis tôt dans l'enfance, qui s'enrichissent au fil des ans et qui sont influencés par la culture, les croyances et les valeurs véhiculées par l'entourage.

L'ancrage social vient s'ajouter à l'ancrage psychologique des représentations. «*La représentation sociale est la construction sociale d'un savoir ordinaire élaboré à travers les valeurs et les croyances partagées par un groupe social concernant différents objets (personne, événements, catégories sociales, etc) et donnant lieu à une vision commune des choses, qui se manifeste au cours des interactions sociales.*» Fischer (1999) (5-2)

Si les représentations s'installent dans un groupe professionnel et qu'elles y perdurent, ce n'est pas du fait du poids des habitudes, ou de la résistance au changement, mais, elles ont, pour le groupe, une fonction identitaire et elles orientent et prédisent l'action. «*La représentation sociale est un guide pour l'action, elle détermine face à une situation, un ensemble d'anticipations et d'attentes qui pré-détermine l'interaction. Elle est inductrice de sens par le système de pré-décodage qu'elle engendre.*» Abric (1999) (6-2)

Ces représentations communes sont particulièrement ancrées dans le monde des soignants. Elles permettent à un groupe de se définir, de renforcer son identité mais, stigmatisées, elles peuvent être à l'origine de stéréotypes. Les pré-supposés constituent la zone de vulnérabilité théorique de toutes relations.

On peut ainsi comprendre et expliquer le décalage qu'il y a entre les attentes relationnelles des patients et des familles qui ont des représentations qui leurs sont propre, issues de leur culture, de leur vision de la santé, de leur expérience de la maladie et qui font de la relation de soin une relation singulière, unique et les pratiques relationnelles des soignants qui s'appuient sur des représentations collectives, plus ou moins pré-codées et qui, dans bien des cas, ne dépassent pas le stade des interactions.

Les interactions asymétriques

Dans l'apprentissage des infirmières, il est fréquent de dire que le malade est «sujet de soins» et non pas «objet de soins». On peut penser que c'est un truisme de faire cette distinction. Le personnel soignant traiterai-il volontairement les patients d'objets ? Ferait-il preuve de ce que Goleman dans son ouvrage «l'intelligence émotionnelle» appelle *l'illettrisme émotionnel* ? Là encore, je ne le pense pas. Il faut plutôt considérer cette situation qui s'avère souvent vraie, comme une conséquence des décalages que j'ai déjà évoqués.

Ce phénomène peut se concrétiser dans ce que Sorsana (1999) (4-2) appelle les «interactions asymétriques». 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. Un des objectifs des soignants dans la relation de soins, en particulier dans la phase d'accueil, devrait être de restaurer une «relation symétrique» et de permettre au patient de retrouver une autonomie et d'être, avec les soignants, dans des interactions et des relations égalitaires.

Cette sensation d'être un «objet de soins» est renforcée chez les patients par le contenu même des interactions qui sont le plus souvent de type informatif ou éducatif et qui induisent une «recherche d'influence» dans l'interaction.

J'emprunte ce terme à Marc (2005) (7) qui désigne ainsi le fait que de nombreuses interactions se jouent, de façon consciente ou non, «dans une visée d'influencer autrui ; de le convaincre, de le pousser à agir dans tel ou tel sens, de le commander de le séduire, de le menacer». Les conseils, les injonctions qui sont donnés au patient et à sa famille ne sont pas faits consciemment dans un but de recherche d'influence. Mais comment sont-ils reçus par ces derniers ? Dans l'interaction qui se joue, au delà de la compréhension du sens, les représentations et les résonances émotionnelles vont induire chez les patients des réactions (mécanismes de défense) dont la plus fréquente est la soumission qui renforce les relations asymétriques.

La relation comme un des éléments de réponse aux besoins des patients

L'école de pensée qui prédomine en sciences infirmières en France est sans conteste l'école des besoins de Henderson (1964) inspirée de Maslow (1954). Selon cette école de pensée, les soins infirmiers sont accomplis dans le but d'aider la personne à répondre à ses besoins, soit en maintenant son indépendance dans la satisfaction des besoins, soit en l'aidant ou en la remplaçant quand elle ne peut les satisfaire elle-même.



Cette conception, depuis déjà un certain temps, influence fortement les pratiques de soins et sert de base à l'enseignement dans de nombreux centres de formation. L'approche est très réductionniste quand elle se contente de mettre en œuvre les « quatorze besoins » de V. Henderson et elle a comme inconvénient d'induire une standardisation des interactions entre les soignants et les patients.

Chacun sait que, bien souvent, derrière la notion de besoin objectivé, le patient cache une autre demande (désirs) qui est plus floue, plus personnelle, souvent difficile à décrypter et qui ne peut être entendue par le soignant que dans le cadre d'une relation de confiance qui sort des chemins standardisés. Ceci est d'autant plus vrai que les émotions que vivent le patient et sa famille (insécurité, stress, angoisse, séparation, perte, douleurs...) sont autant de parasites qui font obstacles à une relation facile et spontanée.

Si l'on veut construire une relation avec le patient, qui s'appuie, comme je l'ai souligné plus haut, sur ses représentations et qui répond non seulement à ses besoins mais aussi à ses demandes, il semble nécessaire de compléter la conception de Henderson par d'autres approches qui offrent des perspectives plus centrées sur le développement d'une relation interpersonnelle entre l'infirmière et la personne soignée. Les approches des soins relationnels ne manquent pas dans la science infirmière. J'en retiendrai deux :

Celle du *caring* de Watson (1979) qui a démontré « que le *caring*, dont la finalité est la satisfaction de la personne soignée, favorise le développement des potentialités permettant à une personne de choisir la meilleure action pour elle-même à un moment donné, en tenant compte de l'entourage... Il peut être pratiqué de façon efficace, dans les activités de soins, au travers de relations interpersonnelles. » Watson traduction Bonnet 1998 (8)

L'autre approche, qui semble aussi pertinente dans le contexte des soins actuels, est l'*approche perceptuelle*, de Combs (1976) Fawcett 1995 (9) qui s'enracine dans la phénoménologie.

Selon cette conception, une personne agit en fonction de ses représentations et de ses perceptions face à une situation. Le comportement de chaque personne est déterminé, non pas par des faits objectifs, mais par sa propre perception et interprétation des faits. Ce qui prévaut dans cette approche, c'est la compréhension du comportement de la personne à partir de son propre point de vue afin de saisir ce qu'elle vit dans le moment présent et d'ajuster la réponse à la situation telle que perçue par le patient.

Sans tomber dans un idéalisme qui voudrait que les infirmières soient capables d'appréhender tous les problèmes des patients et de répondre à toutes leurs demandes, il semble nécessaire de faire évoluer les conceptions de soins, de changer de regard et de stratégie pour considérer le patient comme une personne autonome, porteur de ressources (et non seulement de besoins), acteur dans la prise en charge de sa santé et de ses soins.

La rupture des liens et des significations qui avait assuré jusqu'alors un modèle de représentations professionnelles est en train de s'amorcer dans bien des endroits. Pour passer des interactions à des relations identifiées, efficaces, en adéquation avec les différentes situations de soins, dans un contexte créatif, les soignants doivent s'appropriier des connaissances spécifiques. La relation perd tout son sens si elle limite l'infirmière à une confidente, incapable de se situer dans la relation de soins, sans maîtrise sur ses finalités. La gentillesse, la disponibilité, les bonnes intentions ne suffisent pas pour aider les patients. Ces qualités humaines doivent être optimisées par un réel savoir professionnel en sciences humaines centré sur les soins et qui englobe les différents types de relations les plus souvent rencontrés dans la relation soignant – soigné.

Le conseil que donne Bourdieu 1985 (10) me semble particulièrement pertinent « *Ne pas déroger de son rôle en lien avec ses compétences, ni dans le « pas assez », ni dans le « trop », qui dépasse nos limites et faire appel aux autres en cas de nécessité.* »

LES DIFFÉRENTES RELATIONS DE SOINS

Sans caractériser toutes les interactions et relations de soins qui sont multiples, un certain nombre de recherches, réalisées à partir de situations concrètes (description, analyse, compréhension) ont montré que suivant les finalités de l'interaction (aide, éducation, information, soutien...), on pouvait identifier différentes formes de relations infirmière - patient (ou famille) à partir des concepts sur lesquels elles s'organisent.

Chaque relation est singulière, elle est une création unique, elle doit faire place à l'imprévisible mais, ce qui peut être commun à un ensemble de relations, ce sont les concepts sous jacents et leurs attributs qui définissent et orientent son contenu.

On retrouve dans les écrits professionnels 7 types de relations de soins autour desquels il y a (plus ou moins) consensus.

I. La relation de civilité

C'est une interaction. Elle se situe en dehors du soin, elle répond à un code culturel et social ritualisé ou chaque interlocuteur, sans en être toujours conscient, joue un rôle au sens où l'entend Rocheblave-Spenle 1968 (11) « *La notion de rôle se dégage comme un modèle auquel se réfèrent les comportements des individus en interaction. Nous proposons donc de définir le rôle comme un modèle organisé de conduites relatif à une certaine position de l'individu dans un ensemble interactionnel* »

Dans le cadre d'une relation soignant - patient, la relation de civilité comprend des obligations sociales pour le soignant : gentillesse, courtoisie, politesse, netteté, repères identitaires (présentation de l'interlocuteur)... Dans cette interaction qui peut être très impersonnelle, il faut avoir en mémoire la théorie de MacLuhan 1964 qui part du principe que dans la communication le média (forme) est aussi important que le message (fond), la présentation influe l'interaction.

2. La relation de soins

Elle peut être simple interaction ou relation suivant les interactants, leur connaissance mutuelle, le contexte dans lequel se situe le soins : domicile, service hospitalier, bloc opératoire...

Cette relation est la plus fréquente en milieu hospitalier. Support d'échanges avec le patient ou sa famille, elle est mise en œuvre par le soignant pendant les soins techniques ou de confort. Elle est centrée sur le présent, sur l'acte technique, sur l'activité en cours, sur le devenir immédiat du patient : traitement, confort, douleur, planning de soins, visite médicale... Elle est essentiellement de type informatif.

Au cours des échanges formels ou informels, elle peut être source d'informations importantes données par le patient, mais ce qui prime dans ce temps de rencontre, c'est le soin technique. Or, on sait maintenant que dans un contexte de technologie de plus en plus complexe ou dans le cas de lourdes charges de travail, les soignants, centrés sur l'activité en cours, ne peuvent simultanément être disponibles et réceptifs psychologiquement.

La répartition du travail dans les équipes de soins a un impact sur la qualité des relations infirmière patient. Elle peut entraîner une segmentation du travail ou au contraire favoriser la continuité dans les prises en charge des patients (infirmière référente) et aider considérablement les soignants à établir une relation avec les patients : connaissance mutuelle, identification des besoins, demandes, ressources du patient, perception des émotions...

3. La relation d'empathie

L'empathie est souvent considérée comme étant l'approche la plus appropriée dans la relation soignant - patient. Depuis 1963 date où Rogers développe le concept d'empathie de nombreux auteurs (chercheurs) ont tenté de donner une définition de ce concept. Dans l'ouvrage collectif «l'empathie» 2004 (12-1) Decety dit «Il existe presque autant de définitions du concept d'empathie que d'auteurs écrivant sur le sujet». L'empathie dont il est question dans la relation de soins est de type cognitive. Il existe une empathie de type affective utilisée en thérapie.

Dans le champ de l'empathie cognitive, je retiendrai la définition large et consensuelle donné par Pedinielli 1994 (13-1) «l'empathie c'est ressentir le monde intérieur du client avec la signification qu'il a pour lui, le ressentir comme si il était son monde à soi, sans jamais perdre la qualité de «comme si»».

L'empathie se caractérise donc par «deux composantes primaires : 1) une réponse affective envers autrui qui implique parfois (mais pas toujours) un partage de son état émotionnel, et 2) la capacité cognitive de prendre la perspective subjective de l'autre personne sans confusion avec ses propres affects.» Decety 2004 (12-2)

Dans son article «Neurosciences : les mécanismes de l'empathie» Decety 2004 (14) explique que l'empathie se développe chez l'individu parallèlement à la conscience de soi et des autres. Néanmoins quand l'empathie devient un concept de base dans les relations professionnelles, on doit favoriser son développement et son apprentissage. L'auteur ajoute que l'empathie, dans les relations professionnelles, sert à comprendre la situation d'autrui (partage affectif sans perdre de vue la mise à distance), et à y réagir de manière appropriée mais que cette relation nécessite une attention soutenue.

La base de l'empathie est l'écoute, «non pas une écoute interprétative ou évaluative, mais une écoute compréhensive. C'est dans les situations où les individus se sentent réellement écoutés qu'ils s'expriment le plus et le mieux, c'est-à-dire le plus authentiquement possible... Celui qui souhaite faciliter l'expression de l'autre est donc soumis à deux impératifs : - manifester cette attitude de compréhension ; - contrôler ses réactions spontanées qui vont beaucoup plus dans le sens de l'évaluation, de l'interprétation, et de l'aide ou du questionnement que celui de la compréhension.» Abric 1999 (6-3)

L'empathie ne se limite pas à l'expression verbale, mais elle porte également sur les comportements, car les êtres humains émettent et reçoivent des messages par deux processus différents, cognitif et comportemental. L'empathie est donc une attitude active, conscientisée que le soignant est capable d'exprimer à son interlocuteur et qui va être le socle d'une relation de confiance.

«Dans nos sociétés contemporaines le ciment d'un échange social durable reste la confiance. Cette confiance n'est pas donnée, elle doit être construite dans et par le processus même de l'échange» Médard 1995 (15)

L'empathie est un concept qui a été longtemps controversé dans le milieu des soins infirmiers. Les articles publiés dans RSI sur le sujet par G. Forsyth 1999 (16-1) et par J. Morse 1999 (17) soulignent des courants de pensée différents. Aujourd'hui en France, compte tenu de l'influence des universités de sciences humaines sur la profession infirmière, l'empathie est reconnue comme un des concepts relationnels les plus utilisés en soins infirmiers.

G. Forsyth, a travaillé sur ce concept pour l'adapter au contexte des soins infirmiers et plus spécifiquement à l'attitude des infirmières dans la relation infirmière – patient. Dans son analyse du concept on peut identifier les attributs suivants : - l'empathie sous tend une relation consciente et volontaire de la part de l'infirmière, - la relation nécessite une écoute active pour donner un sens aux paroles échangées, en fonction de la personne qui les dit (la personne est prise comme référence), - l'empathie a des dimensions temporelles limitées à l'interaction en cours, - l'empathie implique d'être objectif et exempt de jugement de valeur, - L'infirmière peut valider l'expérience de la relation, c'est-à-dire que sa connaissance du patient lui permet d'analyser le contenu de l'entretien sans l'interférence de ses propres représentations. Forsyth 1980 (16-2)

L'empathie sert de support aux relations infirmière - patient qui sont centrées sur la personnalisation des soins : recueil de données, évaluations des besoins et des ressources du patient et de sa famille, élaboration d'une démarche clinique pluridisciplinaire, prise de décisions de soins avec le patient, aide à la gestion des émotions du patient (stress, angoisse perte...) gestion des problèmes sociaux, réconfort...

D. Jorland, directeur de recherches aux CNRS, s'est intéressé aux résultats de recherches menées dans différents pays sur l'empathie chez les infirmières et les médecins. «Les résultats montrent que plus les infirmières font preuve d'empathie, moins les patients sont anxieux, dépressifs ou furieux. Autrement dit, non seulement l'empathie favorise le traitement thérapeutique, mais elle facilite la relation thérapeutique. En faisant l'effort de comprendre leurs patients, les infirmières se facilitent la tâche.» Jorland 2006 (18)

4. La relation d'aide psychologique

Le terme relation d'aide est galvaudé en soins infirmiers car sous ce vocable se cache des représentations et des pratiques fort différentes dont certaines n'ont que peu de ressemblance avec la relation d'aide telle que décrite par Rogers.

La relation d'aide, qui s'appuie sur la confiance et l'empathie, est une relation à visée thérapeutique qui a pour but d'aider, de façon ponctuelle ou prolongée, un patient (et/ou une famille) à gérer une situation qu'il juge dramatique pour lui : Annonce d'un diagnostic difficile, aggravation de la maladie, fin de vie, perte, deuil, souffrance, maladie chronique, accident... Cette relation d'aide visent également des personnes qui sont confrontées (comme victime ou comme témoin) à des situations de crise violentes par leur intensité et leur survenue inattendue : Violence, viol, crise familiale, harcèlement, accident... Chaque personne, en fonction de son seuil de tolérance, aura plus ou moins besoin d'aide psychologique souvent dans un délai court après l'événement. Je ne parle pas ici de la relation d'aide utilisée auprès de patients qui souffrent de pathologies mentales et qui s'exerce dans un contexte différent.

Rogers résume ainsi les finalités de la relation d'aide : «La relation d'aide psychologique est une relation dans laquelle la chaleur de l'acceptation et l'absence de toutes contraintes, de toutes pressions personnelles de la part de l'aidant, permet à la personne aidée d'exprimer au maximum ses sentiments, ses attitudes et ses problèmes» Rogers 1963 (19)

Dans son ouvrage, *la relation d'aide*, Hetu insiste sur le fait que l'aide dont la personne a besoin, est singulière, définie par la personne elle-même et située dans un espace temps. Il précise :

«La relation d'aide s'articule autour de trois composantes : 1) Une défaillance de la personne qui restreint son autonomie en limitant sa capacité à répondre aux exigences ordinaires du cadre social commun. 2) cette défaillance intime induit un besoin d'aide de la part des institutions médicales ou sociales plus important que celui auquel répondent les aides ordinaires. 3) Ce besoin particulier articulé aux fragilités spécifiques de la personne enclenche une personnalisation de l'aide.» Hetu 2000 (20-1).

Il explique que la relation d'aide n'est pas une simple relation d'empathie, ou une relation de confiance, il la décrit ainsi : «La relation d'aide est une relation bien structurée, avec ses limites de temps, de responsabilité et de gestion des affects que le conseiller s'impose à lui-même. Dans cette expérience unique de liberté émotionnelle complète, dans un cadre bien défini, le client est libre de reconnaître et de comprendre ses impulsions et ses structures, qu'elles soient positives ou négatives, mieux que dans une autre relation.» Hetu 2000 (20-2)

Chacun peut comprendre que ce type de relation ne peut pas être exercé par l'aidant sans un apprentissage qui dépasse largement le cadre théorique et qui nécessite en amont un travail sur ses propres affects.

Rogers conseille aux personnes qui pratiquent la relation d'aide de se poser 10 questions : « 1) Suis-je authentique ? 2) Ai-je bien conscience de moi ? 3) Suis-je capable de relations positives ? 4) Ai-je la force d'être distinct ? 5) Ai-je assez de sécurité intérieure pour laisser l'autre libre ? 6) Ma compréhension empathique, jusqu'où peut-elle aller ? 7) Puis-je accepter l'autre tel qu'il est ? 8) Puis-je lui apporter la sécurité dans notre relation ? 9) Suis-je sans jugement ni évaluation ? 10) Puis-je voir l'autre comme une personne en développement ? » Rogers 1961 (21)

La relation d'aide est-elle une relation pratiquée par les infirmières ? Oui, si ces dernières reçoivent une formation complémentaire et appropriée. De plus en plus de formations post diplôme d'état ont inscrit la formation à la relation d'aide à leur programme : infirmières cliniciennes, DU (Diplôme Universitaire) douleurs, DU soins palliatifs, DU accompagnement en fin de vie, DU cancérologie, formation de stomathérapeute... La formation continue est aussi un bon moyen pour permettre aux infirmières d'acquérir des compétences dans ce domaine.

Si toutes les infirmières ne peuvent pas pratiquer la relation d'aide auprès d'un patient, elles doivent, par contre, être en mesure d'évaluer son état psychologique et de

mobiliser les personnes ressources plus aptes à aider le patient. (Médecins psychiatres, psychologues, infirmières, bénévoles formés...)

Un patient qui a établi une relation de confiance avec une infirmière sera plus enclin à lui parler de sujets délicats et à accepter de se faire aider.

Le counselling

Une relation proche de la relation d'aide est l'activité de counselling. Venant des pays anglo-saxons, cette activité a été introduite en France avec l'apparition des patients atteints de SIDA. Elle est décrite comme une méthode de soutien. *« Son rôle est de faciliter la vie du sujet d'une manière qui respecte ses valeurs, ses ressources personnelles et sa capacité de décision. La méthode utilisée est l'entretien dont le style peut varier en fonction des écoles théoriques de référence. Ces entretiens permettent d'aider le patient à évoquer ses difficultés, à ramener son angoisse à des proportions plus contrôlables, à faire l'exploration de ses propres réactions et à prendre ses propres décisions. »* Pedinielli 1994 (13-2)

Comme la relation d'aide, le counselling exige de la part des aidants une solide formation. Cette relation est pratiquée le plus souvent par des psychologues, des médecins, des infirmières, dans le cadre de consultations spécialisées.

5. La relation thérapeutique

Cette relation est utilisée en psychiatrie auprès de patients souffrants de pathologies mentales ou de conduites addictives. Elle a pour but de soigner le patient. Elle est réalisée dans le cadre d'un projet de soins thérapeutique, toujours sur prescription médicale. Les infirmières qui travaillent en secteur psychiatriques peuvent être amenées à pratiquer des entretiens thérapeutiques après avoir reçu une formation adéquate.

6. La relation éducative

Relation très utilisée par les soignants, elle est mise en œuvre, lorsque que pour des raisons de santé, le patient doit changer d'habitudes de vie (régime alimentaire, rythme de vie...) subir un sevrage (alcool, drogues, tabac...) ou doit pratiquer des auto – soins (injection, sondage...). Elle comprend à la fois une approche psychologique qui repose sur la connaissance de la personne et de son entourage (représentations, affects, ressources, capacités, besoins), une approche cognitive (ce que la personne doit intellectuellement connaître et si besoin mémoriser) et une approche technique (maîtrise des gestes techniques, habilité manuelle).

Pour aboutir positivement la relation éducative peut être basée sur l'observance. En effet, la relation éducative encore appelée démarche éducative, ne relève

pas seulement d'un transfert de savoir du soignant vers le patient, mais également d'un soutien et d'un accompagnement psychologique pour que le patient suive les conseils, justifiés par son état de santé, et retrouve une qualité de vie satisfaisante pour lui. La relation éducative peut être concomitante avec la relation d'aide quand le patient doit, en même temps, apprendre à gérer un nouveau mode de vie (sevrage, diabète, traitement médicamenteux lourd, stomie...) et retrouver un équilibre après le choc psychologique qu'il subit.

Le concept de l'observance a d'abord été travaillé en médecine. Son développement est lié à l'évolution sociale de la médecine qui engendre depuis une vingtaine d'années un rapport médecin - patient plus empreint de respect mutuel et d'ouverture. Un autre facteur important dans l'émergence de ce concept, est l'importance donnée à la qualité de vie dans le cas de maladie chronique, de handicap, de traitement lourd... Nous sommes passés d'une situation de soins centrée sur la pathologie, à une situation centrée sur le patient et sa qualité de vie. La démarche éducative ne peut répondre à elle seule à cette nouvelle exigence.

Rioux et Sylvain 2004 (22) ont travaillé sur l'adaptation du concept de l'observance dans les soins infirmiers. Dans le travail d'analyse du concept elles définissent l'observance comme : *« l'action d'observer de façon persévérante et volontaire une prescription, une coutume, une règle, une conduite en respectant les prescriptions ou les consignes données. »* Les attributs du concept sont les suivants : *« - établir une relation de confiance entre le professionnel et le patient, c'est l'attribut prévalent dans ce concept, c'est le plus important. Le patient doit se sentir compris, soutenu, satisfait d'être aidé tout en gardant son autonomie, - prendre en compte ses représentations, ses croyances, sa culture, ses habitudes de vie, - adapter les connaissances qu'il doit acquérir à ses capacités intellectuelles, - aider le patient à surmonter le traumatisme affectif et/ou psychologique entraîné par son nouvel état de santé (relation d'aide) – aider le patient à inventorier toutes les ressources disponibles pour qu'il retrouve une qualité de vie satisfaisante pour lui. »*

Dans la mise en œuvre de la relation éducative, les résultats ne sont pas toujours au rendez-vous, il y a souvent non observance malgré tout le soutien que les soignants peuvent apporter. Dans son article « repérer les facteurs d'inobservance » Giraud 2000 (23) dit *« l'observance est un défi clinique pour le professionnel de santé »*

7. La relation de soutien social

Cette relation est tout à fait particulière car il s'agit plutôt d'une relation famille, entourage – patient. Le rôle du soignant se situe à l'interface entre le patient et sa famille (aidants naturels).



Le soignant peut apporter un soutien direct au patient mais il peut aussi aider la famille épuisée par son activité de soin et de soutien auprès d'une personne atteinte de pathologie aiguë ou chronique, de handicap, de pathologie mentale, de démence sénile, de conduite addictive, des patients en fin de vie... En fonction du patient, de sa situation personnelle et de sa pathologie, les aidants naturels peuvent être sollicités pour une brève période, ou au contraire pour un temps très long.

L'évolution des pratiques médicales (séjours hospitaliers de plus en plus courts, présence permanente des familles auprès du patient hospitalisé, hospitalisation à temps partiel), le développement des soins à domicile, et le manque de place d'hébergement pour les personnes âgées ou handicapées font de la relation de soutien social une relation prioritaire à développer chez les professionnels de santé.

Le soutien social du patient

Le soutien social est apporté par la famille, l'environnement (amis, voisins, collègues), les professionnels de santé, les professionnels sociaux ou encore des personnes significatives pour le patient (officier du culte, supérieur hiérarchique...) Dans certains cas, il peut venir d'associations, de bénévoles...

Il a comme finalité d'aider et de soutenir un patient à mobiliser toutes ses ressources (physiques, psychologiques, émotionnelles, cognitives, matérielles...) pour qu'il fasse face à sa situation, pour qu'il conserve sa dignité, pour alléger sa souffrance ou pour qu'il finisse sa vie dans les meilleures conditions possibles.

L'influence positive du soutien social sur l'état des patients n'est plus à démontrer. De nombreuses études et recherches sur le sujet, entreprises depuis les années 70, le prouvent. (Caplan, 1974 ; Cassel, 1974 ; Cobb, 1976 ;) Au fil des ans, les recherches ont ciblé l'impact du soutien social sur des patients porteurs de pathologies précises et la répercussion sur l'état de santé des aidants naturels. Je ne citerai que quelques références francophones : Bruchon-Schweitzer, Dantzer, 1994 ; (24-1), Chouinard, 2003 ; (25), Duhamel, 1995 ; (26-1), Gagnon, 1990 ; (27), Ricard, 1991 ; (28)

Le concept de soutien social est un concept complexe difficile à appréhender. Plusieurs approches existent, l'une plus centrée sur le réseau social dans un aspect quantitatif, l'autre prend davantage en compte l'aspect qualitatif (personnes significatives pour le patient qui apportent soins et protection). En fait, ces deux approches se complètent.

« Plutôt qu'un concept unifié, il faut parler à propos du soutien social d'un concept pluridimensionnel que les chercheurs ont tenté de clarifier en construisant une typologie fonctionnelle du soutien » Bruchon-Schweitzer, Dantzer 1994 (24-2)

On retrouve donc cette typologie chez les différents auteurs.

Quatre domaines se dégagent :

Le soutien émotionnel. Il se définit comme étant l'amour, la protection, l'approbation qu'une personne procure à une autre.

Le soutien d'estime qui vise à donner à la personne une perception positive d'elle-même, de ses compétences, de sa valeur, de ses ressources, pour renforcer la confiance en soi.

Le soutien matériel et financier, encore appelé soutien instrumental, réfère aux activités de la vie courante (aide aux soins de confort, médicaux, alimentaires, ménagers, aides aux activités de loisirs, transports...) et au soutien financier.

Le soutien informatif comprend les conseils, l'aide à la recherche d'informations significatives, la mise en lien avec des personnes ressources.

En fonction des domaines, et selon les personnes qui l'apporte, le soutien sera plus ou moins bien perçu par le patient et donc plus ou moins efficace : Exemple : les patients attendent plus des soignants un soutien informatif, qu'un soutien émotionnel.

Le soutien des familles

Les nouvelles approches thérapeutiques donnent une place importante à la famille, très longtemps éloignée des soins. L'évolution est perceptible en particulier avec le développement de la systémie familiale. Duhamel, dans son livre « *la santé et la famille, une approche systémique en soins infirmiers* » 1995 (26-2) montre la nécessité de changer de regard sur les familles. Elle dit : « *Les professionnels de santé ont trop longtemps considéré la famille comme une extension du patient, au lieu de considérer le patient comme une extension de la famille.* ».

La dynamique des relations au sein des familles est un phénomène complexe, difficilement perceptible d'emblée par les professionnels de santé. Mais, quelque soit la situation de la famille (harmonie, ou conflits) la maladie d'un de ses membres entraîne détresse émotionnelle, déstabilisation et souffrance, certains auteurs relatant les propos des familles parlent de « fardeau ». Dans son article « *prendre soins des autres : un travail invisible* » Halpern 2006 (29) souligne plusieurs points concernant les familles : - La pénibilité au quotidien, pour les familles, de s'occuper d'une personne malade, d'effectuer un travail souvent ingrat, peu reconnu, socialement invisible. - La présence chez les familles de sentiments ambivalents amour, tendresse mais aussi impatience, dégoût, agressivité qui engendrent culpabilité et usure psychologique.

La capacité d'une famille à soutenir un patient est très variable en fonction de ses ressources internes : liens sécurisants, capacité d'adaptation, acceptation d'aide extérieure, densité du réseau externe ou isolement, conditions de vie matérielles.

La capacité de la famille est flexible et peut varier en fonction de la durée, de la survenue d'événements, de sa stabilité affective. L'expérience montre que la situation d'aidant naturel est toujours une épreuve qui peut avoir des répercussions graves sur tous les membres de la famille, entraîner sa déstabilisation et son isolement social.

L'aide que peut apporter le personnel soignant à ces aidants naturels est variable en fonction de leurs ressources, de leur demande, du contexte, de la qualité et de l'efficacité du réseau externe.

Mais, il ne faut jamais perdre de vue que les patients et les familles possèdent des croyances, des forces, des compétences, des ressources, des habilités qui leurs sont propres. La relation soignant – famille – patient est une relation d'accompagnement basée sur l'empathie, la confiance, le soutien, la valorisation et la déculpabilisation, l'absence de jugement, les conseils, l'aide à la réflexion, à l'analyse objective de la situation. Les infirmières ont une place privilégiée, les patients et les familles sont plus à l'aise pour discuter avec elles de leurs difficultés, autant physiques que psychologiques, car la proximité des soins les rapproche.

Ces différentes relations montrent, s'il en était besoin, l'étendue du travail relationnel que peuvent avoir les soignants suivant les situations de soins auxquelles ils sont confrontés. Formaliser les relations de soins, c'est à la fois les rendre plus visibles, plus intelligibles, pouvoir les analyser et contrôler leur efficacité, mais en même temps cela revient à les appauvrir, à négliger la spontanéité, à les priver de leur authenticité, à ne pas tenir compte des émotions qui les animent, en quelque sorte à les réduire à des outils intellectuels. Entre ces deux aspects, il faut trouver un juste milieu pour ne pas enfermer la relation de soin dans un carcan théorique, mais pour ne pas faire n'importe quoi dans la relation «soignant/soigné».

CONCLUSION

Quelle que soit l'évolution technologique et la reconfiguration du travail infirmier, la relation de soin restera au cœur des soins. Les infirmières sont les mieux placées pour répondre aux besoins relationnels des patients. Mais, malgré le fait que tous les soignants y attachent de l'importance, en réalité on sait peu de chose sur ces relations, sur la façon dont les soignants les vivent au quotidien (enrichissement ? usure ?) et leur impact réel sur les patients et les familles. Les recherches menées par des soignants sur le travail réel qu'ils accomplissent dans ce domaine sont encore trop peu nombreuses pour nous permettre de cerner le sujet et de tirer des enseignements qui enrichiraient la pratique.

Pourtant, il me semble qu'il serait grand temps de s'y intéresser. Dans son article «Infirmières : des pratiques en redéfinition» la sociologue F. Acker 2005 (30) qui a mené des recherches sur le travail infirmier, constate qu'une partie de plus en plus importante des soins relationnels n'est plus assurée par les infirmières des services qui pratiquent les soins techniques, mais par des infirmières spécialisées, des psychologues, des bénévoles. Est-ce bénéfique pour les patients et les familles ? Qu'en pensent les infirmières ? Quelles sont les causes qui engendrent cette situation ? Ce phénomène suit-il une évolution normale liée au développement des professions de santé et à leur complémentarité ? Autant de questions qui mériteraient des recherches pour éviter les spéculations hasardeuses et les réponses partisans et qui permettraient de faire évoluer la profession infirmière dans la bonne direction.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) KEROUAC (S), PEPIN (J), DUCHARME (F), DUQUETTE (A), MAJOR (F)
La pensée infirmière
Ed Etudes vivantes Laval – Québec 1994
- 2) REYNAUD (J-D) Les règles du jeu ; l'action collective ou la régulation sociale
Ed Armand Colin Paris 1997 (p 110)
- 3) COULON (A) L'éthnométhodologie
Ed PUF Col Que sais - je ? Paris 1987 (p 25)
- 4) SORSANA (C) Psychologie des interactions socio-cognitives
Ed Armand Colin Paris 1999 (4-1 p 47, 4-2 p 27)
- 5) FISCHER (G – N) Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale
Ed Dunod Paris 1996 (5-1 p 31, 5-2 p 124)
- 6) ABRIC (J-C) Psychologie de la communication. Théories et méthodes
Ed Armand Colin Paris 1999 (6-1 p 13, 6-2 p 16, 6-3 p 37)
- 7) MARC (E) La communication. Etat des savoirs
Livre coordonné par CABIN (P) DORTIER (J-F)
Ed Sciences Humaines 2^{ème} ed Auxerre 2005 (p 87)

- 8) WATSON (J) Le caring
Traduction Bonnet (J)
Ed Seli Arslan Paris 1998 (p 36)
- 9) FAWCETT (J) Analysis and evaluation of conceptual models of nursing
Ed Davis Company Philadelphia 1995 (p 265)
- 10) BOURDIEU (P) Ce que parler veut dire
Ed Fayard Paris 1982 (p 126)
- 11) ROCHE- BLAVE (A-M) La notion de rôle en psychologie sociale
Ed PUF Paris 1968 (p 172)
- 12) DECETY (J) L'empathie
Sous la direction de BERTHOZ (A) JORLAND (G)
Ed Odile Jacob Paris 2004 (12-1 p 35, 12-2 p 43)
- 13) PEDINIELLI (J-L) Introduction à la psychologie clinique
Ed Nathan Université Paris 1994(13-1 p 31, 13-2 p 100)
- 14) DECETY (J) Neurosciences : les mécanismes de l'empathie
In «Sciences Humaines n° 150 2004(p 31)
- 15) MEDARD (J-F) Théorie de l'échange
Ed Université Bruxelles 1995 (p 75)
- 16) FORSYTH (G) Analyse du concept d'empathie ; illustration d'une approche
In «Recherche en soins infirmiers» n° 58 1999 (16-1 p 46, 16-2 p 51)
- 17) MORSE (J), ANDERSON (G), BOTORFF (J), YONG (O), O'BRIEN (B), SOLBERG (M) Analyse de l'empathie : est-ce un concept adapté à la pratique des soins infirmiers.
In «Recherche en soins infirmiers» n° 58 1999 (p 54)
- 18) JORLAND (G) Empathie et thérapeutique
In «Recherche en soins infirmiers» n° 84 2006 (p 65)
- 19) ROGERS (C) La relation thérapeutique, les bases de son efficacité
In «Bulletin de psychologie» n° 17 1963 (p 12)
- 20) HETU (J-L) La relation d'aide
Ed Gaëtan Morin Boucherville-Québec 3^{ème} ed 2000, (20-1 p 51, 20-2 p 37)
- 21) ROGERS (C) Comment puis – je établir une relation d'aide
Extrait de « On becoming a person » Boston 1961 – Traduction KAUFFMAN (O)
Sur site internet «crogers»
- 22) RIOUX (H), SYLVAIN (H) Le concept de l'observance ; analyse et exemple : l'observance de la contraception orale
In «Recherche en soins infirmiers» n° 77 2004 (p 20)
- 23) GIRAUD (M) Repérer les facteurs d'inobservance
In «Revue de l'infirmière» n° 54 2000(p 47)
- 24) BRUCHON- SCHWEITZER (M-L), DANTZER (R) Introduction à la psychologie de la santé
Ed PUF Paris 1994(24-1 p 124, 24-2 p 126)
- 25) CHOUINARD (M-C), ROBICHAUD-EKSTRAND (S) La contribution du soutien social à la sortie et à l'adoption et au maintien de sains comportement de santé
In «Recherche en soins infirmiers» n° 75 2003 (p 22)
- 26) DUHAMEL (F) sous la direction de La santé et la famille. Une approche systémique en soins Infirmiers
Ed Gaëtan Morin Montréal 1995(26-1 p 109, 26-2 p 81)
- 27) GAGNON (L) La qualité de vie de paraplégiques et quadriplégiques. Analyse relative à des variables de l'environnement. In Revue canadienne de recherches en sciences infirmières – Vol 22 1990(p15)
- 28) RICARD (N) Etat de santé et réseau de soutien social des soignantes naturelles d'une personne atteinte de trouble mental
In revue canadienne de santé mental Vol 10 1991 (p 111)
- 29) HALPEN (C) Prendre soins des autres : un travail invisible
In sciences humaines n° 177 2006(p 34)
- 30) ACKER (F) Infirmières : des pratiques en redéfinition
In sciences humaines Hors série La santé un enjeu de société, N° 48 2005 (p 48)