

L'influence de l'aidant dans la relation soignant - soigné



Unité d'enseignement 5.6 S6

Analyse de la qualité et traitement des données
scientifiques et professionnelles

Directrice de Mémoire : Madame VIAU Corine

Note aux lecteurs :

« Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une formation conduisant au diplôme infirmier à l'IFSI d'Avignon. Ce travail ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de l'IFSI. »

REMERCIEMENTS

Ce travail de recherche marque à la fois l'aboutissement de trois années d'études intenses, riches en émotions, en apprentissages et en remises en question, et le début de mon entrée dans la vie professionnelle. Il représente un précieux chemin parcouru, fait d'évolutions personnelles autant que professionnelles.

Je tiens tout d'abord à exprimer mes remerciements envers ma directrice de mémoire, Madame Viau, pour sa disponibilité, son accompagnement bienveillant et ses précieux conseils tout au long de l'élaboration de ce projet.

Je souhaite également adresser mes remerciements sincères à ma référente pédagogique, Madame Pieri, pour son écoute précieuse et son soutien qui ont été d'une importance majeure tout au long de mon parcours de formation.

Mes remerciements s'adressent plus largement à l'ensemble de l'équipe pédagogique et des intervenants de l'institut. Merci pour la richesse de vos enseignements, votre engagement et votre volonté de nous transmettre non seulement un savoir, mais aussi de solides valeurs professionnelles.

Je tiens aussi à saluer et remercier chaleureusement tous les professionnels de santé croisés sur le terrain lors de mes différents stages. Votre dévouement, votre humanité et votre réalité au quotidien ont été une source d'inspiration pour ma future pratique soignante.

Sur un plan plus personnel, je remercie profondément ma famille et mes parents. Merci de croire en moi à chaque étape, de m'avoir soutenue sans faille et de ne m'avoir jamais laissée baisser les bras, même dans les moments les plus compliqués.

Enfin, je dédie une pensée particulière à mes amis, pour leur écoute, leur aide et surtout pour leur présence. Merci de m'avoir permis de décompresser lorsque j'en avais besoin, de m'avoir fait rire dans les moments difficiles et de m'avoir encouragée à continuer lorsque le doute s'installait.

Table des matières

INTRODUCTION	1
1. SITUATION D'APPEL	2
1.1 Description de la situation	2
1.2 Questionnements	4
2. QUESTION DE DÉPART	5
3. CADRE DE RÉFÉRENCE	6
3.1 La relation triangulaire soignant, soigné, aidant : le passage d'un duo à une triade ..	6
3.1.1 La relation de soin	6
3.1.2 La relation de confiance	7
3.1.3 La relation triangulaire	8
3.1.4 Les limites de cette relation triangulaire.....	10
3.1.5 Les atouts de cette triade	12
3.2 Le proche aidant	13
3.2.1 Définition.....	13
3.2.2 Le rôle de l'aidant.....	15
3.2.3. Les limites de l'aidant.....	16
4. ENQUETE EXPLORATOIRE.....	19
4.1 Méthodologie utilisée	19
4.1.1. La méthode clinique	19
4.1.2. Outil choisi et mode de recueil	19
4.1.3. Population et lieux d'enquête	20
4.2 Réalisation de l'enquête.....	21
4.3 Résultats de l'enquête.....	23
4.3.1. Synthèse des entretiens.....	23
4.3.2. Analyse thématique des entretiens	26

5. PROBLEMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE	34
CONCLUSION	37
BIBLIOGRAPHIE	39
SOMMAIRE DES ANNEXES	41

INTRODUCTION

Au cours de mon parcours de formation, j'ai rapidement pris conscience de l'importance de la relation soignant – soigné – famille. Toutefois, je ne mesurais pas encore l'impact réel que l'entourage pouvait avoir sur la qualité et la sécurité du soin. C'est lors de mes expériences de stage que j'ai été confrontée à des situations cliniques où la présence du proche modifiait sensiblement l'atmosphère et le déroulement des actes techniques.

Ce sujet m'interpelle tout particulièrement dans la perspective de mon futur projet professionnel. En effet, je souhaite me spécialiser en tant qu'infirmière puéricultrice. Dans ce domaine, la triade « enfant-parent-soignant » est le socle même de la prise en charge. Comprendre comment intégrer l'aidant sans compromettre l'alliance thérapeutique ou la sécurité du patient est, à mon sens, une compétence essentielle pour garantir des soins humanisés et sécurisés, quel que soit l'âge du patient. De ce fait, j'ai fait le choix d'axer mon travail de recherche sur l'influence de l'aidant dans la relation de soins.

Pour structurer cette réflexion, dans un premier temps, ce travail comporte ma situation d'appel vécue en stage. De celle-ci, émergeront plusieurs questionnements, qui me permettront d'identifier une question de départ servant de fil conducteur à mon travail. J'explorerai cette dernière dans mon cadre de référence, dans celui-ci je ferai référence à différents auteurs sur lesquels je m'appuierai pour étayer ma réflexion à propos de la relation triangulaire soignant – soigné – aidant. Ensuite je décrirai ma rencontre avec les professionnels de santé en libéral et en services de réanimation, d'Unité pour Malades Difficiles et de néonatalogie, entretiens qui ont pour objectif d'apprécier la réalité du terrain afin de mettre en lumière des aspects complémentaires de ma question de départ. J'analyserai ensuite les entretiens de manière thématique. Au terme de la phase exploratoire, je proposerai une problématique, qui sera la discussion entre le cadre théorique et les résultats de l'enquête de terrain. Elle aboutira à une question de recherche. Pour finir, je conclurai ce travail en proposant une transférabilité dans mon exercice professionnel infirmier présent et à venir.

1. SITUATION D'APPEL

1.1 Description de la situation

J'effectue mon cinquième stage d'ESI en Consultation Externe de Chirurgie dans un Centre Hospitalier de la région. Le service est composé de 3 bureaux infirmiers, 2 salles de pansements, ainsi que de plusieurs salles de consultations. Chaque demi-journée, une spécialité (orthopédie, vasculaire, thoracique, viscérale, plastique...) est attribuée à un bureau infirmier, qui comprend une infirmière et une aide-soignante. J'assiste à de nombreuses consultations, pré et post opératoires, avec les chirurgiens dans diverses spécialités. Je pratique de nombreux soins sur les patients, notamment des pansements. Je découvre différentes pathologies et traitements liés aux différentes spécialités. Chaque jour, je suis confrontée à de nouvelles situations qui m'amènent à réfléchir, me questionner. Toujours entourée du personnel de soins, je n'hésite pas à les solliciter afin de trouver des réponses à mes questions.

J'accueille ce jour, Mme G qui a rendez-vous avec le chirurgien orthopédique pour une consultation post-opératoire avec ablation de plâtre suite à une fracture du radius de l'avant-bras droit il y a 1 mois. Sa fille l'accompagne pour son rendez-vous. Âgée de 84 ans, la patiente réside actuellement dans un EHPAD.

Nous installons Mme G dans la salle de pansement, en présence de sa fille, afin de procéder à l'ablation de son plâtre. La patiente semble soulagée à l'idée de l'enlever. Dès le début, nous expliquons à Mme G, d'un ton calme et rassurant, que l'acte peut paraître impressionnant en voyant la scie, et que cela fait beaucoup de bruit mais que c'est un outil inoffensif pour ce soin. Par la suite, tout en s'exprimant clairement et lentement, nous prenons le temps de décrire les étapes du soin "Nous allons commencer par fendre légèrement le plâtre d'un côté. Si cela devient inconfortable, n'hésitez pas à lever votre autre main afin de stopper l'intervention". Tout cela accompagné de gestes simples de démonstration avec le matériel, de manière à instaurer une prévisibilité ainsi qu'une sécurité perceptible.

Sa fille, présente au fond de la salle, intervient rapidement et chuchote que sa mère est atteinte de la maladie d'Alzheimer et que "de toute façon elle n'écoute rien et n'en fait qu'à sa tête..." Sa fille nous laisse comprendre qu'elle n'a pas l'habitude de l'accompagner à ses rendez-vous médicaux, que c'est un "poids pour elle" et que c'est souvent sa sœur qui s'en occupe. Cette dynamique triadique soignant-patient-famille conduit à une tension palpable, où la

communication non verbale (distance, orientation du corps, regard) peut soit augmenter l'angoisse de Mme G, soit au contraire la rassurer.

Par la suite, sa fille s'installe sur une chaise au fond de la salle et nous informe que le plâtre de sa mère était trop serré et que Mme G a dû retourner aux urgences car sa main avait triplé de volume. Nous constatons avec l'infirmière que la main de la patiente est œdématiée avec un état cutané très asséché. Le plâtre a donc été fendu aux urgences, nous constatons des lésions cutanées présentes au niveau de son pouce, probablement dues à son plâtre trop serré ainsi qu'à la macération de sa peau.

Après avoir informé la patiente, nous nous munissons chacune d'une paire de gants puis nous nous installons confortablement afin d'être dans les meilleures conditions. Nous commençons à fendre un côté du plâtre. Petit à petit, j'aperçois l'infirmière se débattre avec la patiente qui devient de plus en plus agitée, la tension se voit dans ses gestes et ses expressions, ce qui effraie de plus en plus sa fille. Nous essayons donc de rassurer Mme G et nous la réinstallons plusieurs fois de manière à ce qu'elle soit le plus confortable et le moins algique possible afin de faciliter le soin. Par ailleurs, en voyant la réaction de sa mère, sa fille se lève et se rapproche de nous. Elle devient de plus en plus invasive dans le soin, elle réagit au moindre mouvement de sa mère et nous coupe à de nombreuses reprises, pour commenter nos moindres faits et gestes. Dans un mouvement brusque, elle heurte l'infirmière et crie que nous allons la couper ou lui faire mal. Bousculée, l'IDE fait un faux mouvement et se griffe la main avec l'appareil. La fille de Mme G ne semble pas sereine et laisse paraître un manque de confiance envers nous (soignants), ce qui semble se transférer sur sa mère.

L'atmosphère devient de plus en plus pesante, l'infirmière commence à perdre patience... elle demande plusieurs fois à Mme G et à sa fille de se détendre et de nous faire confiance afin de poursuivre le soin dans de meilleures conditions. L'ide me regarde avec insistance, désespérée par l'attitude de la fille de Mme G. Elle ne me sollicite pas spécialement face à son comportement. En revanche, je perçois dans son regard comme un "appel à l'aide", le soin devenant de moins en moins confortable pour la patiente et pour l'IDE qui se tordait en quatre pour enlever le plâtre.

Pendant que l'infirmière poursuit l'ablation du plâtre, je prends en charge la fille de Mme G. Je l'invite à se rasseoir au fond de la pièce où je m'écarte avec elle, en lui expliquant calmement que nous avons l'habitude de procéder ainsi et qu'elle peut nous faire confiance en nous

laissant travailler tranquillement. Étonnamment, elle me répond de manière obséquieuse et paraît tout à fait comprendre ce que je lui explique. Son comportement me semble assez ambivalent, mais un calme relatif s'installe progressivement. Le changement de comportement de la fille semble se répercuter sur la mère, qui paraît davantage détendue. Ainsi, nous poursuivons le soin, une atmosphère plus sereine s'installe alors dans la pièce.

Une fois le soin terminé, nous réinstallons la patiente et sa fille dans la salle de consultation en attendant que le chirurgien arrive.

1.2 Questionnements

Cette situation clinique met en lumière la complexité de la dynamique triadique soignant–patient–aidant et interroge directement sur l'impact de la présence d'un proche quant à la qualité et à la sécurité du soin. Elle fait émerger plusieurs questionnements professionnels et éthiques concernant la place de l'aidant dans la prise en charge infirmière. Si la présence d'un proche est souvent considérée comme un levier thérapeutique, notamment pour favoriser l'apaisement, la compréhension et l'adhésion aux soins chez un patient présentant des troubles cognitifs comme Mme G, il convient toutefois de s'interroger sur les situations dans lesquelles cette présence peut devenir un obstacle au bon déroulement du soin. En effet, la présence de l'aidant revêt un caractère ambivalent : elle peut constituer un soutien psychologique essentiel et faciliter l'observance thérapeutique, mais également majorer l'anxiété du patient lorsque l'aidant projette sa propre charge mentale, sa méfiance ou ses difficultés émotionnelles sur la situation de soins. Comme observé dans cette situation, un comportement intrusif ou invasif peut perturber la communication, générer des tensions et impacter directement le stress des soignants ainsi que la fluidité de la prise en charge. Dès lors, il apparaît essentiel pour l'infirmière d'interroger la pertinence de la présence du proche au regard de l'intérêt du patient, afin de trouver un juste équilibre entre l'intégration de la famille et le maintien d'un cadre de soins sécurisé et apaisant.

Le comportement de la fille de Mme G, oscillant entre détachement et intrusion agressive, interroge profondément l'impact psychologique et émotionnel de l'aidant dans la relation de soins. Le rôle de l'aidant ne se limite pas au soutien affectif et à la transmission d'informations utiles aux professionnels, mais s'accompagne fréquemment d'une charge mentale importante, faite de fatigue, de stress, de culpabilité et parfois d'un sentiment d'impuissance ou de contrainte. Cette surcharge émotionnelle peut altérer sa capacité à faire confiance aux soignants,

engendrer des attitudes de méfiance ou des comportements envahissants, et ainsi se projeter dans la relation soignant-soigné. Ces tensions internes sont susceptibles de perturber la communication, de fragiliser la coopération et de rompre l'alliance thérapeutique, allant jusqu'à compromettre le déroulement du soin ainsi que la sécurité physique et émotionnelle du patient et des professionnels. Cette situation met en évidence combien l'état psychologique de l'aidant influence directement la qualité de la relation de soins et nécessite une attention particulière de la part des soignants.

La présence de l'aidant auprès du patient soulève ainsi des enjeux majeurs pour la pratique infirmière, notamment celui d'évaluer, en situation, si cet aidant constitue un facteur facilitant ou, au contraire, un facteur de risque pour la prise en charge. Il s'agit de trouver un équilibre entre l'intégration du proche dans le processus de soins et le maintien d'une posture professionnelle claire, garantissant un cadre sécurisant pour le patient. Si l'implication de l'aidant peut être bénéfique lorsqu'elle est accompagnée, expliquée et contenue, elle devient un défi lorsque les rôles se confondent ou que la relation se tend. La pratique infirmière mobilise alors pleinement ses compétences relationnelles, de communication et de médiation afin de contenir les émotions, préserver la relation soignant-soigné et assurer une prise en charge globale, humanisée et sécurisée. En développant une capacité d'évaluation fine des dynamiques relationnelles et en instaurant un cadre rassurant, l'infirmière peut optimiser la collaboration avec l'aidant, améliorer la qualité des soins et contribuer à une prise en charge respectueuse des besoins du patient, du proche et de l'équipe soignante.

2. QUESTION DE DÉPART

À la suite des questionnements suscités par cette situation, il me semble que les éléments analysés me conduisent à une interrogation plus précise. En effet, la relation avec le soigné, l'aidant et le soignant m'amène à me poser la question suivante :

En quoi la présence d'un aidant influence-t-elle la relation soignant-soigné ?

3. CADRE DE RÉFÉRENCE

Afin de mettre en perspective les enjeux de cette triade, il apparaît essentiel de débiter ce cadre de référence par une étude conceptuelle de la relation triangulaire soignant-soigné-aidant, de ses limites et de ses atouts tout en se concentrant par la suite sur la place particulière de l'aidant, ses avantages et ses inconvénients.

3.1 La relation triangulaire soignant, soigné, aidant : le passage d'un duo à une triade

Pour analyser ma situation d'appel, j'ai choisi de structurer mes recherches autour d'un axe central : le passage d'un soin technique à une dynamique relationnelle complexe. Mon objectif est de comprendre comment le soin se construit au carrefour des émotions du patient, de ses proches et des soignants.

3.1.1 La relation de soin

La relation de soin est entendue comme l'espace où se rencontrent le soignant, le soigné et dans certaines situations, l'aidant. Cette relation ne se réduit pas à l'acte technique, elle constitue un processus intersubjectif fondé sur la connaissance mutuelle, la communication et la confiance. Dans la situation de Mme G, la présence constante de sa fille vient modifier la configuration classique du soin, faisant émerger une relation triangulaire dont les enjeux méritent d'être analysés. Quant à elle, la relation soignant-soigné constitue le socle de toute la prise en charge. Le soin ne peut donc être pensé indépendamment de la relation humaine qui le soutient.

D'après le cadre de santé et formateur Philippe Manoukian (2008), dans son ouvrage intitulé « *La relation soignant – soigné* », la relation de soin est naturellement inégalitaire, non pas par volonté de domination, mais en raison même des spécificités de la situation clinique. Cette inégalité se base sur le déséquilibre entre l'individu qui souffre, le soigné, et celui qui détient les moyens d'apporter un soulagement, le soignant. Il s'agit donc d'une relation asymétrique dans laquelle le soignant détient le savoir et le pouvoir d'agir, tandis que le soigné se trouve en situation de vulnérabilité. De plus, cette vulnérabilité contraint le patient à livrer son intimité, à la fois physique et psychique, entre les mains des professionnels. Cela va donc imposer une responsabilité éthique forte au professionnel, qui doit veiller à préserver l'autonomie, la dignité et l'identité de la personne soignée, tout en instaurant un cadre sécurisant. Dans cette situation,

Mme G se trouve à l'intersection de deux vulnérabilités : la fragilité physique liée à son bras œdématisé et la fragilité cognitive due à la maladie d'Alzheimer. Pour Philippe Manoukian, cette asymétrie impose au soignant d'être le garant de la sécurité. Or, l'intrusion de sa fille rompt ce cadre. Comme l'écrit Manoukian, « *la relation de soin est une rencontre entre une confiance et une conscience* ». Ici, la conscience de l'infirmière est entravée par l'agitation, et la confiance de la patiente est parasitée par l'anxiété de sa fille. L'acte technique du retrait du plâtre, « le cure », devient alors une source de tension qui menace l'intégrité de la patiente.

Selon la théorie de Jean Watson (1979), le véritable soin, le « *caring* », doit viser l'intégrité de l'individu plutôt que de se concentrer uniquement sur l'organe malade. Dans cette situation, je perçois que le véritable défi réside dans la dimension relationnelle, tandis que l'infirmière se fatigue en tentant de retirer le plâtre. Watson souligne que « *le soin est l'essence même de l'infirmière* », en se focalisant principalement sur le soin technique, elle en oublie presque le soin relationnel que cette relation nécessite.

3.1.2 La relation de confiance

La confiance est un facteur essentiel de l'alliance thérapeutique. Dans le cadre de la relation triangulaire, elle ne se limite pas au lien entre le soigné et le soignant ; elle implique également une relation de confiance entre l'équipe soignante et l'aidant (ou le proche).

Selon le dictionnaire de l'Académie Française, la confiance est une « *espérance ferme que l'on place en quelqu'un, en quelque chose, certitude de la loyauté d'autrui* ». Cette définition souligne la dimension subjective et interpersonnelle du concept.

D'après la chercheuse en science du langage et ingénieure pédagogique, Christine Paillard (2024), la confiance possède une dimension dynamique. Elle cite « *Elle est produite le plus souvent par une expérience relationnelle ou acquise naturellement en lien avec des valeurs partagées, spontanées ou réfléchies. Cette estime de l'autre ou d'un groupe favorise la parole, l'abandon de soi, de façon ponctuelle, durable, fraternelle ou regrettée.* ». Dans le contexte des soins, la confiance entre le soignant, le patient et son entourage favorise une prise en charge de qualité, où la place au doute est limitée. Elle a pour but d'établir une communication fiable, indispensable à la sécurité des soins. Cette relation de confiance, souvent déterminante pour le vécu du patient, s'initie dès l'accueil et se consolide tout au long du parcours de soins. Le

sociologue Hammer, cité par Paillard (2024), identifie cinq types de confiance qui peuvent être au centre des relations de soins, quel que soit le service :

- La confiance cléricale : le soigné est passif et s'en remet au soignant qui dispose des connaissances nécessaires pour le traiter.
- La confiance pragmatique : le soigné n'accorde sa confiance qu'après avoir eu la preuve des compétences du soignant.
- La confiance professionnelle : elle naît des représentations que le soigné se fait du rôle du soignant et de ce qu'il attend légitimement de lui.
- La confiance affinitaire : elle se matérialise par les liens de proximité et la qualité du relationnel qui s'installe entre le soignant, le patient et son proche.
- La confiance rationnelle : elle se focalise sur l'objectivité de la science et des protocoles que le soignant met en œuvre.

Ces différents types de confiance, tels qu'expose Hammer, constituent autant de piliers sur lesquels le soignant doit savoir s'appuyer pour construire, avec le patient et son aidant, une alliance thérapeutique durable et adaptée.

3.1.3 La relation triangulaire

La prise en soin ne se limite pas à un face-à-face entre le professionnel et le patient. Elle s'inscrit de plus en plus dans une dynamique dite triangulaire. Cette configuration met en relation trois acteurs essentiels : le soigné, les soignants et l'aidant (ou le proche). La contribution majeure de Pascale Wanquet-Thibault réside dans sa remise en question de la relation soignant-soigné classique. Pour elle, l'hôpital ne doit plus être pensé comme un lieu d'exclusion de la famille, mais comme un espace où celle-ci est partie intégrante du processus de soin. Dans son ouvrage *« L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage »*, le premier apport de l'auteure se base sur l'élargissement de la notion d'accueil. Elle pose le principe que l'accueil d'une personne malade est indissociable de l'accueil de ses proches : *« Accueillir [le patient] à l'hôpital, implique d'accueillir ses parents [ou ses proches]. Dans ce contexte, la traditionnelle relation soignant/soigné devient une relation triangulaire dans laquelle idéalement tous les acteurs sont en relation les uns avec les autres. »* (Wanquet-Thibault, 2015, p. 9). Cette citation fondamentale souligne que la triade n'est pas une option ou un aménagement, mais bien une réalité structurelle. Le soignant ne peut plus se concentrer exclusivement sur la pathologie du patient sans interagir avec son système familial. Cette « triangulation » exige que le soignant

sorte de sa posture de technicien solitaire pour devenir un médiateur au sein d'un groupe. À travers son ouvrage, Pascale Wanquet-Thibault insiste sur le fait que cette nouvelle configuration ne doit pas conduire à une confusion des rôles. Le partenariat ne signifie pas que le proche devient soignant, ou que le soignant devient membre de la famille. Au contraire, le soin de qualité réside dans la capacité à définir des espaces de légitimité pour chacun : « *Travailler avec la famille et l'entourage nécessite de clarifier la place de chacun. Le soignant doit pouvoir offrir un espace où les proches se sentent accueillis sans pour autant être dépossédés de leur fonction d'aidant.* » (Concept développé par Wanquet-Thibault, 2015). Pour l'auteure, le risque majeur est celui de l'usurpation : soit le soignant rejette la famille (la tenant à distance des soins), soit la famille s'efface (par peur de déranger), soit elle est envahie (par angoisse). Le rôle du soignant est donc de garantir le cadre : il doit permettre aux proches de rester des proches, tout en intégrant leur expertise de vie dans le parcours de soin. L'approche de Wanquet-Thibault invite les professionnels à passer d'une logique d'application de protocoles à une logique de co-construction. Le « travailler avec » n'est pas seulement un slogan éthique, c'est une stratégie d'efficacité thérapeutique. Comme l'auteure le souligne dans son ouvrage sur les dynamiques de triade, le soin, dans sa dimension humaine, ne peut se concevoir sans une alliance. Cette alliance nécessite que le soignant reconnaisse la famille non comme un visiteur, mais comme un partenaire expert du quotidien. Cette réflexion rejoint le besoin de reconnaître l'aidant comme une ressource. Si le soignant maintient une relation triangulaire fluide, il diminue les résistances, favorise l'observance thérapeutique et, surtout, sécurise le patient qui se sent soutenu par un système cohérent et unifié.

Dans son ouvrage « *Face à la maladie : L'accompagnement du malade et de ses proches* » (2004), la psychologue et psychanalyste Martine Ruzniewski, complète la vision de Pascale Wanquet-Thibault en proposant une lecture psychanalytique essentielle de la relation de soins, qu'elle envisage moins comme une exécution de tâches que comme une architecture émotionnelle fragile. Pour l'auteure, la maladie ne frappe pas seulement un individu, elle déstabilise tout un système relationnel au sein duquel le soignant occupe une place de médiateur central. La première dimension soulignée est celle de la famille, souvent considérée comme un « second patient » : dans une détresse profonde mêlant angoisse et impuissance, le proche devient vulnérable, ce qui nécessite de la part de l'équipe soignante une capacité à accueillir cette souffrance sans pour autant se laisser submerger. Cette dynamique est fréquemment parasitée par ce que Ruzniewski appelle la « conspiration du silence », où les proches et les

soignants, dans une connivence protectrice, maintiennent un secret autour du diagnostic ou du pronostic. Cette stratégie, bien qu'animée par le désir de protéger le malade, finit par l'isoler au moment où il a le plus besoin de partager sa réalité. Face à ces tensions, le rôle du soignant est défini par une fonction de « contenance » ou de *holding* : il doit offrir une présence stable capable de recevoir les projections émotionnelles (peurs, colère, désespoir) des membres de la triade sans réagir de manière défensive ou s'effondrer. C'est là une limite psychique majeure, qui exige que le soignant bénéficie lui-même d'espaces de parole pour ne pas s'épuiser. Enfin, pour Ruzniewski, l'équilibre de cette triade repose sur le respect rigoureux des places de chacun : la famille doit rester le témoin de l'histoire et le soutien affectif, tandis que le soignant demeure le garant du cadre et de la sécurité technique. Lorsque ces rôles se confondent, par exemple, si le proche tente de se substituer au professionnel ou si le soignant devient trop fusionnel, la relation thérapeutique se fragilise. En somme, l'accompagnement, tel que le définit Ruzniewski, n'est pas une simple compétence technique, mais une « présence engagée » qui nécessite une lucidité permanente sur soi-même pour transformer les tensions émotionnelles en un espace de soin véritablement humain.

Le succès de cette dynamique repose donc sur un partenariat dont la réussite dépend d'un soutien réciproque. Le soignant s'appuie sur le « savoir expérientiel » de l'aidant, tandis que l'aidant trouve auprès du soignant la réassurance et le cadre nécessaires. Selon cette perspective, soignants et aidants doivent « conjuguer » leurs efforts pour recréer un environnement suffisamment sécurisé malgré le contexte médicalisé. Il est désormais admis que la présence et l'implication de l'aidant participent à réduire la détresse du soigné et favorisent son alliance thérapeutique. La notion de partenariat réoriente ainsi la responsabilité collective autour du patient. À travers ces différents cadres conceptuels, nous constatons que chaque acteur doit occuper une place définie afin de prodiguer les soins dans les meilleures conditions possibles. La relation triangulaire n'est donc plus une exception, mais une partie intégrante et structurante de la clinique contemporaine.

3.1.4 Les limites de cette relation triangulaire

Dans son ouvrage « *La qualité du soin infirmier* » (2002), Walter Hesbeen, infirmier et docteur en santé publique, définit le soin avant tout comme une « *pratique de relation humaine* ». Cette vision, qui replace la singularité de la personne au cœur de l'intervention, se heurte inévitablement à des limites structurelles. Si la relation de soins est initialement une rencontre

entre un soignant et un soigné, l'irruption de la famille ou de l'aidant transforme cette dynamique en une structure triangulaire complexe, démultipliant les enjeux éthiques et émotionnels.

La première limite à laquelle se heurte le soignant est la technicisation. Dans un environnement médicalisé, la pression institutionnelle pousse souvent à privilégier l'acte sur la personne, transformant le patient en un objet de soin ou un simple « cas » à traiter. Hesbeen est formel, il cite « *Le soin infirmier est une pratique de relation humaine, et non une simple technique de réparation.* ». Cette tendance à la réification est renforcée par la standardisation : si les protocoles assurent la sécurité, ils peuvent devenir des entraves s'ils imposent une rigidité qui occulte la singularité du patient. La qualité du soin réside alors dans la capacité du soignant à s'affranchir de la norme pour répondre aux besoins spécifiques et uniques de la personne.

Lorsque la triade soignant-soigné-famille s'installe, cette quête de singularité se heurte à de nouveaux obstacles. Le premier est le risque d'effacement du sujet soigné : dans les échanges entre professionnels et proches, le patient devient parfois un objet de discussion, perdant sa place d'acteur principal. Comme le souligne Hesbeen, « *le soin de qualité exige de reconnaître l'autre comme sujet, non comme objet d'une discussion entre tiers* ». Cette configuration place le soignant dans une position délicate de double allégeance ou de conflit de loyauté. Il doit naviguer entre les besoins exprimés par le patient et les angoisses ou exigences des proches, agissant comme un médiateur constant dans un espace où « *la relation de soin est une négociation du sens permanente* ». Cette médiation est d'autant plus périlleuse qu'elle confronte la rigidité du cadre institutionnel (protocoles, horaires) à l'affectivité familiale (sphère privée, émotionnelle), rendant la flexibilité du soignant indispensable.

Face à cette complexité, l'engagement émotionnel du soignant trouve ses limites dans le risque d'épuisement. La « juste distance » est ici cruciale : elle permet d'éviter l'indifférence froide, qui déshumanise, autant que la fusion émotionnelle, qui épuise les ressources du soignant. Hesbeen rappelle que « *l'engagement du soignant est une réponse à la vulnérabilité rencontrée* » et qu'il ne peut s'étendre à l'infini.

En fin de compte, le soin reste une « démarche de sens » qui demande au soignant de décider, à chaque instant, la direction de son action. Les limites soulevées par Hesbeen, qu'elles soient liées à la technique, à l'institution ou à la complexité de la triade, ne sont pas des échecs, mais les conditions structurelles du soin. L'enjeu est de transformer ces tensions en une véritable «

alliance soignante » où, malgré la multiplication des acteurs et des contraintes, le patient demeure, en dépit des voix multiples, le maître de son propre projet de soin.

3.1.5 Les atouts de cette triade

Le passage d'un duo soignant-soigné à un trio incluant les proches marque un tournant majeur dans les soins infirmiers actuels. Loin d'être une contrainte, l'intégration de la famille et de l'aidant est aujourd'hui reconnue comme un levier fondamental pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Cette approche repose sur la conviction que le soignant ne travaille plus seul sur un patient, mais en collaboration avec lui et son entourage.

L'un des atouts majeurs du partenariat réside dans la reconnaissance d'une égalité des savoirs. Si l'infirmier détient une expertise clinique et technique, le patient et sa famille possèdent un savoir expérientiel irremplaçable. Comme le souligne la littérature sur le partenariat, *« le savoir professionnel du soignant ne peut être efficace sans l'intégration du savoir expérientiel du patient et de ses proches »*. En croisant ces deux perspectives, l'équipe soignante accède à une compréhension holistique de la personne, permettant de personnaliser les soins en fonction des habitudes de vie, des valeurs et des besoins réels du patient, bien au-delà du cadre strict de la pathologie.

La présence active de la famille constitue un atout de sécurité inégalé. Le proche aidant, par sa proximité constante et sa connaissance intime du soigné, agit comme une « sentinelle » capable de détecter les signaux faibles d'une dégradation ou d'un inconfort que le soignant pourrait ne pas percevoir immédiatement. Dans cette optique, la famille, partenaire de la vigilance, assure la continuité du prendre-soin au-delà des murs de l'institution. Cette alliance sécurise non seulement le séjour hospitalier, mais facilite également les transitions, notamment lors du retour à domicile, en garantissant que les soins se poursuivent dans un environnement préparé et informé.

Le partenariat transforme radicalement la posture du patient. En impliquant la famille, on brise le modèle paternaliste pour favoriser l'autonomisation. L'idée centrale est de passer d'une posture de « faire pour » l'autre à une posture de « faire avec » l'autre. Lorsque le proche est reconnu comme un partenaire crédible par l'équipe soignante, le patient se sent soutenu dans sa capacité d'agir. Cette reconnaissance renforce son sentiment de dignité et son implication dans

son propre traitement, transformant ainsi le soin en un projet de vie partagé plutôt qu'en une série de contraintes médicales subies.

Enfin, l'atout relationnel de la triade est déterminant pour le climat de soin. L'inclusion de la famille permet de transformer l'angoisse et l'impuissance des proches en une participation constructive. En étant informés et impliqués, les aidants voient leur stress diminuer, ce qui impacte positivement le patient. La littérature souligne que « *soutenir le proche aidant, c'est contribuer directement au rétablissement du patient* ». Un entourage apaisé et valorisé devient une ressource thérapeutique précieuse qui favorise un environnement propice à la guérison et à la résilience.

Le partenariat avec les familles, tel qu'analysé dans les publications de 2019 intitulés « *L'infirmière* », redéfinit la qualité du soin non plus comme une performance technique isolée, mais comme une co-construction. Les atouts de la triade résident dans cette synergie entre compétences cliniques et savoirs de vie. En faisant de la famille un allié plutôt qu'un tiers, le soignant multiplie l'efficacité de son action et garantit au patient une prise en charge plus humaine, plus sûre et plus respectueuse de sa singularité.

3.2 Le proche aidant

Suite à l'analyse de cette relation triangulaire, j'ai choisi de centrer ma recherche sur la notion d'aidant, qui m'est apparue comme un axe fondamental de compréhension des situations de soin complexes.

3.2.1 Définition

En effet, la fille de Mme G. n'est pas une professionnelle de santé, pourtant elle occupe une place prépondérante dans l'espace de soin. Si on fait référence au sens principal du terme, un aidant est une personne qui aide quelqu'un, régulièrement il s'agit d'une personne dépendante, malade ou handicapée. Il est fort de constater que dans la santé, il s'agit très souvent d'un membre de la famille. Le code de l'action sociale et des familles, article R254-7 de 2008, est considéré comme aidant « *le conjoint, le concubin, la personne, l'ascendant, le descendant...* ». Il est introduit dans cet article la notion de rémunération, en effet l'aidant « *n'est pas salarié pour cette aide* ». De plus, en 2014, les recommandations de la HAS, intitulées « *Le soutien des aidants non professionnels* », viennent définir l'aidant comme :

La personne qui vient en aide à titre non professionnel, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités quotidiennes. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non. Cette aide peut prendre plusieurs formes.

Ce texte permet de poser le cadre d'une aide non professionnelle, régulière et multidimensionnelle, ancrée dans la solidarité familiale. Cette définition pose un caractère « non lucratif » et « affectif » de l'aide.

Comme dit précédemment, les termes de « proche aidant » ou « aidant naturel », se caractérisent par un lien préexistant (conjoint, enfant, parent, ...) fondé sur l'affectivité et la solidarité familiale. Cette aide peut néanmoins prendre plusieurs formes. L'aidant apporte un soutien psychologique avec une présence et une écoute rassurante. Il aide le patient dans les actes de la vie quotidienne tels que la prise des repas, les courses, le ménage ou encore la gestion administrative. De plus, l'aidant participe aux soins et à son hygiène de vie, il est également l'élément central de la coordination entre les différents professionnels de santé.

Toutefois, il est essentiel de faire la différence entre l'aidant naturel et l'aidant professionnel. L'engagement de l'aidant naturel repose sur la « neutralité » du lien tant dis que pour l'aidant professionnel, l'action est régie par un contrat ainsi que des compétences techniques. La HAS souligne l'importance de la complémentarité entre ces deux intervenants. Le défi consiste à empêcher que l'aidant naturel ne se transforme en « professionnel de substitution » par faute de ressources, ce qui mènerait inévitablement à l'épuisement. Quant à lui, l'aidant professionnel est là pour prendre le relais technique et permettre à l'aidant naturel de retrouver sa place de fils, de fille ou de conjoint.

L'appellation « naturel » peut parfois être trompeuse. Comme l'illustre cette situation, l'aide n'est pas toujours innée ou volontaire mais peut s'apparenter à une construction sociale parfois subie. A travers l'ambivalence et la lassitude observées chez la fille de Mme G., qui verbalise son sentiment de « poids » et délègue habituellement ce rôle à sa sœur, on comprend que l'aidant n'agit pas selon un protocole mais selon une histoire de vie complexe et parfois conflictuelle. Son attitude invasive, née d'un mélange de culpabilité et de méfiance, montre que la dynamique de soin est indissociable de l'histoire singulière de la dyade mère-fille, bien loin du rôle de soutien idéalement projeté par l'institution. Le soin peut alors être ressenti comme un sacrifice pouvant impacter directement la sécurité et la sérénité du soin.

3.2.2 Le rôle de l'aidant

Dans un second temps, je vais mener mes recherches sur le rôle spécifique de l'aidant au sein de la prise en charge. Le concept des « cercles de résilience », développé notamment par Louis Ploton, psychiatre français, et Boris Cyrulnik, psychiatre et psychanalyste français, dans leur ouvrage collectif de 2012 « *Résilience et travail social* », va nous permettre de comprendre davantage le rôle de l'aidant face à une institution qui tend parfois à "standardiser" le patient, de ce fait l'aidant protège le patient ce qui en fait l'unicité de la personne.

D'après ces auteurs, on retrouve trois types de cercle. Premièrement, le cercle de l'intime, celui qui fait l'unicité du patient. Deuxièmement, c'est celui du proche, qui recentre l'aidant familial ainsi que tous les liens affectifs qui l'entourent, c'est ici que se joue le maintien de l'identité. Puis dans un troisième cercle on retrouve le social, l'institutionnel, avec les soignants, l'hôpital, le cadre juridique. Dans leur ouvrage, ils citent « *L'aidant familial est celui qui, par sa présence et son récit, permet au sujet âgé de maintenir un sentiment de continuité narcissique alors que tout son environnement et ses capacités propres tendent à la fragmentation.* » Le rôle de l'aidant va donc être de faire le pivot entre le deuxième et le troisième cercle afin que l'institution n'écrase pas l'identité du patient. L'aidant en apportant des objets personnels, en évoquant des souvenirs communs, aide le patient à se reconnaître lui-même malgré la maladie. Comme le soulignent Ploton et Cyrulnik, « *Le tuteur de résilience est celui qui, par son regard, redonne une place de sujet à celui que l'institution risque de transformer en objet de soins.* », face à l'institution qui peut parfois regarder le patient comme une pathologie, l'aidant exige que le patient soit traité comme un Sujet et non comme un Objet de soins. Ainsi, l'aidant agit comme un bouclier en préservant la dignité du patient et en s'opposant à une vision purement technique ou biologique, donc « *L'aidant devient le médiateur nécessaire entre le monde interne du patient et le monde normé de l'institution, traduisant des comportements jugés aberrants en expressions d'un désir ou d'une histoire.* » Louis Ploton.

De plus, l'aidant peut interpréter les silences ou les refus du patient pour leur redonner un sens identitaire face à l'institution. Il met du sens là où le soignant n'en voit pas. Néanmoins, ces auteurs soulignent l'importance d'avoir une stabilité entre ces trois cercles de résilience, « *La résilience n'est jamais un acte isolé, c'est une tricoteuse de liens. Si l'institution ne soutient pas l'aidant, elle fragilise le tuteur et, par ricochet, condamne le patient à l'isolement psychique.* » Louis Ploton.

Pour enrichir les idées précédentes, la philosophe et spécialiste de la bientraitance, Alice Casagrande, dans son ouvrage, « *L'accompagnement des proches aidants* », nous définit le concept d'expert d'usage. Elle cite « *L'aidant est un expert de la singularité de la personne aidée. Il détient un savoir expérientiel irremplaçable, qui complète le savoir théorique des professionnels.* », ici le rôle de l'aidant va être de partager son expertise aux soignants afin d'améliorer sa prise en charge et d'ajuster les protocoles. De plus, Casagrande souligne « *L'aidant est le gardien de l'histoire du sujet. Il permet de passer d'une logique de "prise en charge" (centrée sur la maladie) à une logique d'accompagnement (centrée sur la personne).* », cette expertise est un atout majeur pour le soignant professionnel dans l'élaboration du projet de soin car elle permet d'ajuster les interventions à la singularité du patient, on parle donc d'individualisation du soin.

Le professeur de médecine interne et de gériatrie français, Claude Jeandel, rejoint Alice Casagrande sur le fait que l'aidant détient une expertise irremplaçable sur la singularité du patient. Pour lui, transformer la relation en partenariat, c'est accepter que le soignant apporte la réponse à la pathologie, tandis que l'aidant apporte la clé de compréhension de la personne. Cette reconnaissance mutuelle permet de sortir des rapports de force pour entrer dans une alliance où chaque acteur se sent légitime et valorisé. Selon Jeandel, le soignant doit solliciter l'aidant non pas comme un simple informateur, mais comme un « codécideur » des modalités d'accompagnement. Cette alliance permet de passer d'une gestion de crise permanente à un accompagnement fluide et humanisé.

3.2.3 Les limites de l'aidant

La place des proches aidants dans le parcours de soins est aujourd'hui largement reconnue. Cependant, bien que leur rôle soit essentiel dans l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie, il présente également certaines limites. La notion la plus utilisée pour analyser ces limites est celle du « fardeau de l'aidant », conceptualisée par le gérontologue américain Steven H. Zarit dans les années 1980.

À travers ses recherches portant notamment sur les aidants de personnes âgées atteintes de Maladie d'Alzheimer, Zarit souligne l'impact psychologique et social de la prise en charge d'un proche dépendant. Dans son article fondateur publié en 1980, il définit le fardeau de l'aidant comme une expérience complexe qui comprend les répercussions émotionnelles, sociales et physiques liées à l'accompagnement d'un proche. Toutefois, la charge ressentie ne dépend pas

uniquement de la gravité de la pathologie, mais aussi de facteurs tels que la durée de l'aide, le soutien social ou encore les ressources personnelles de l'aidant.

Afin de mieux comprendre et mesurer cette expérience, Zarit et ses collaborateurs ont développé un outil d'évaluation : la Zarit Burden Interview. Cette échelle va donc permettre d'objectiver le niveau de charge ressenti par les proches aidants. Elle prend la forme d'un questionnaire composé de plusieurs items évaluant différents aspects du vécu de l'aidant, tels que la fatigue, le stress, la perturbation de la vie sociale ou encore le sentiment de perte de liberté. Les questions mettent en évidence deux dimensions majeures du fardeau : la charge émotionnelle et la perte de liberté personnelle. En effet, le rôle d'aidant peut progressivement entraîner une réduction du temps personnel, un isolement social et une difficulté à concilier les différentes sphères de la vie quotidienne. Cette approche met en évidence les limites du rôle d'aidant, qui ne peut être considéré comme une ressource illimitée dans l'accompagnement des personnes dépendantes. Dans certaines situations, la charge ressentie peut conduire à un épuisement physique et psychologique, voire à l'apparition de troubles anxieux ou dépressifs. Ainsi, l'apport des travaux de Steven Zarit a contribué à une meilleure reconnaissance des besoins des proches aidants. En permettant d'objectiver le fardeau ressenti grâce à l'échelle de Zarit, ces recherches ont favorisé la mise en place de dispositifs visant à soutenir les aidants et à prévenir leur épuisement.

Quant à la revue intitulée « *Soins Gériatrie, 2017* » éclaire la notion de « patient caché » qui repose sur un mécanisme psychologique de projection. Elle met en garde contre l'effacement total de l'aidant derrière la pathologie de son proche. Il est souligné « *L'aidant devient un "patient caché" dès lors que sa propre santé s'étiole dans l'ombre de la maladie de l'autre, faisant de son abnégation le moteur de sa propre vulnérabilité.* », en se focalisant sur les besoins du proche dépendant, l'aidant considère ses propres signaux d'alerte comme secondaires. La charge mentale peut même induire un état dépressif masqué, avec une irritabilité et de l'anxiété au quotidien. De plus, le texte insiste également sur le fait que l'aidant néglige ses propres besoins vitaux, ce qui mène à une situation où « *Le déni de ses propres symptômes par l'aidant est souvent le premier signe d'un épuisement qui menace l'équilibre même du maintien à domicile.* ». Enfin, la revue Soins Gériatrie résume l'enjeu de la détection de ce patient invisible, elle cite « *Il est urgent de soigner l'aidant pour qu'il ne devienne pas, à son tour, celui que l'on doit porter.* ».

D'après la psychologue Pascale Molinier, le soin ne se limite pas à une série de gestes techniques ; c'est une activité de l'esprit, une vigilance attentive qui, parce qu'elle est « invisible », a une incidence considérable sur la psychologie de celui qui l'exerce. On comprend que l'invisibilité du travail de soin conduit à l'invisibilité de la souffrance de l'aidant. Molinier considère ce travail comme naturel et pour lui il n'est pas reconnu comme une expertise. C'est alors que l'absence de reconnaissance sociale aggrave la charge psychique. La charge psychique de l'aidant peut également provenir d'un sentiment de ne jamais en faire assez. Selon Molinier, la recherche incessante de perfection engendre une obligation qui lorsqu'elle est défaillante se transforme en une culpabilité dévastatrice.

L'épuisement de l'aidant, analysé à travers le prisme de Pascal Prayez, docteur en psychologie,, se manifeste par une rupture de la « juste distance », cet équilibre vital entre l'empathie et la préservation de soi que l'auteur définit comme une « *présence à l'autre qui ne soit ni une fuite dans la technique, ni une noyade dans l'émotion* ». Sous l'effet du fardeau chronique, l'aidant bascule dans une fusion-confusion où, n'ayant plus le recul clinique nécessaire, il perçoit toute intervention soignante comme une menace ou une remise en cause de son dévouement, car selon Prayez, « *quand la distance se perd, l'aidant ne voit plus l'autre tel qu'il est, mais tel qu'il le ressent à travers son propre prisme de douleur* ». Cette perte de limites psychiques transforme souvent le partenaire de soin en un « contrôleur » hyper-vigilant, déplaçant sur les soignants une agressivité qui n'est, en réalité, que « *la face cachée d'une culpabilité dévorante de ne pas pouvoir "sauver" l'être aimé* ». Conformément aux recommandations de la HAS, le recours aux solutions de répit devient une nécessité thérapeutique pour réintroduire un « tiers médiateur » et restaurer une saine distanciation, garantissant que l'aidant puisse quitter son statut de « patient caché » pour retrouver sa place de proche affectif, car comme le rappelle Prayez, « *c'est en acceptant de s'éloigner un peu qu'on se donne les moyens de rester vraiment présent* ».

4. ENQUETE EXPLORATOIRE

Pour mettre en perspective les concepts théoriques précédemment développés et répondre à ma question de départ, j'ai mis en place une démarche d'enquête exploratoire. Dans cette partie, je présenterai d'abord la méthodologie utilisée, puis je décrirai le déroulement de l'enquête, avant de partager les résultats obtenus.

4.1 Méthodologie utilisée

Je vais aborder la méthode de recherche qui m'a semblée la plus appropriée afin d'effectuer cette enquête exploratoire. Je présenterai ensuite l'entretien semi-directif qui représente l'outil choisi et j'expliquerai le choix concernant la population choisie pour cette enquête ainsi que les différents lieux d'enquête.

4.1.1 La méthode clinique

La méthode de recherche utilisée est la méthode clinique. Elle consiste « à la fois à produire des connaissances et à changer les pratiques professionnelles. Le projet se construit avec un groupe d'acteur de terrain et donne lieu à un contrat entre le chercheur et le terrain. Les données restent locales, car la collecte de données se fait dans l'institution d'appartenance des acteurs professionnels » (Boissart, 2013, p.92).

Le choix de cette méthode se centre sur l'individu, la singularité, la totalité et l'implication. Elle va permettre une étude approfondie d'individus particuliers afin de les comprendre. Ainsi, le chercheur va recueillir des données auprès de l'individu et recevoir les informations, le vécu que l'individu accepte de lui transmettre.

4.1.2 Outil choisi et mode de recueil

Pour réaliser mon enquête exploratoire sur le terrain, j'ai décidé d'utiliser l'entretien semi-directif car, il représente le moyen le plus adapté afin de recueillir des informations auprès de professionnels les plus représentatives et descriptives de leur expérience au quotidien. Cela apporte une libre expression guidée par mes questions des professionnels interrogés en centrant de ce fait leurs discours sur le thème défini au préalable. Mais aussi, « c'est une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches

qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes. » (Imbert, 2013, p.24).

La réalisation de l'entretien semi-directif sera fondée sur une grille d'entretien préalablement établie et consultable en annexe 1. Elle inclura les principales questions à poser à mes interlocuteurs. Les questions seront de type « ouverte » dans la mesure du possible, non ciblées et qui n'orientent pas les réponses afin de laisser la possibilité aux répondants de s'exprimer librement.

4.1.3 Population et lieux d'enquête

Concernant la population choisie, je vais mener mes entretiens auprès de quatre infirmier(e)s diplômés d'État. Je ne souhaite pas faire de restrictions de genre, d'âge ou années d'expérience puisque ce n'est pas déterminant pour l'enquête que je souhaite mener.

Afin d'apporter une réponse globale à ma problématique, j'ai choisi de mener mon enquête exploratoire auprès d'infirmiers exerçant dans des secteurs d'activités variés. Cette approche comparative vise à analyser la diversité des influences que peut exercer l'aidant sur la relation de soin selon le contexte pathologique et le profil du patient.

En premier lieu, il me paraît indispensable d'inclure la perspective d'une infirmière libérale afin de confronter les dynamiques hospitalières à la réalité du domicile. Dans ce contexte d'exercice, le soignant pénètre dans l'intimité et le territoire du patient et de son entourage. L'aidant y occupe une place centrale, souvent continue, ce qui redéfinit les rapports de force et la collaboration : il s'agira d'analyser comment l'infirmier négocie sa place et maintient l'alliance thérapeutique face à un proche parfois omniprésent.

Par ailleurs, je souhaite interroger une infirmière en pédiatrie. Ce service constitue le socle théorique de la triade parent-enfant-soignant. Ici, la présence de l'aidant est institutionnalisée et indispensable, elle permet d'étudier comment l'alliance thérapeutique se construit avec un tiers qui détient l'autorité légale et une connaissance intime du patient.

À l'opposé, mon expérience de stage en psychiatrie m'a permis d'observer une influence plus complexe de l'entourage. Dans ce contexte, l'aidant peut parfois devenir un facteur de fragilisation de l'alliance thérapeutique. J'ai notamment remarqué que la famille pouvait être à l'origine de l'introduction de produits stupéfiants ou d'objets interdits au sein de l'unité, venant

ainsi contrecarrer le projet de soin et mettre en difficulté la posture sécuritaire et soignante de l'infirmier.

Enfin, le service de réanimation me permettra d'aborder la place de l'aidant lors de la confrontation brutale à la fin de vie ou lors de l'incertitude du pronostic. Dans ces situations de grande vulnérabilité où le patient est souvent inconscient ou intubé, l'aidant devient le porte-parole du patient. Il s'agira de comprendre comment le soignant intègre ce proche dans l'environnement hautement technique de ce service, entre soutien psychologique face au choc émotionnel et gestion de la détresse face à la mort imminente.

Ces différents témoignages permettront de mettre en lumière si l'aidant agit comme un levier facilitateur ou, au contraire, comme un frein à la qualité de la relation soignant-soigné selon les spécificités et les enjeux de chaque mode d'exercice.

4.2 Réalisation de l'enquête

Pour commencer j'ai demandé des autorisations de réalisation d'entretiens afin de pouvoir les initier (annexe 2). La direction des soins des centres hospitaliers ciblés m'a répondu plutôt rapidement et de façon favorable. J'ai ensuite contacté les cadres de santé des différents services qui m'ont donné des dates pour la réalisation de mon enquête dans des délais assez brefs. Cela m'a permis de ne pas prendre de retard sur mon travail. La totalité des entretiens ont été réalisés dans les lieux d'exercices des professionnels de santé. Pour une question de facilité et de disponibilité, les infirmier(e)s interrogé(e)s étaient tou(te)s en poste au moment des entretiens. Avant de débiter chacun de mes entretiens, je me suis présentée et j'ai expliqué la raison de ma venue dans le service. Je les ai informé(e)s que l'anonymat des lieux et des personnes serait respecté, pour permettre une expression sans appréhension ou la crainte d'être jugé. Pour cela, j'ai attribué à chaque infirmier(e) un prénom choisi de façon aléatoire. Je leur ai enfin demandé s'il était possible d'enregistrer les entretiens à l'aide d'un dictaphone et de mon téléphone afin de faciliter l'étape de retranscription.

Mon premier entretien a été effectué avec une infirmière libérale. Je n'ai pas rencontré de difficultés particulières pour celui-ci. Durant cette période, j'effectuais mon stage libéral avec cette infirmière. Nous avons donc profité d'un creux dans le planning pour nous entretenir au cabinet.

Concernant mon deuxième entretien, il devait avoir lieu dans le service de néonatalogie. J'avais contacté la cadre du service en amont, avec laquelle nous avions convenu d'un rendez-vous. Cependant, lorsque je me suis présentée dans le service, les infirmières n'avaient pas l'air d'être au courant de ma venue. Une des infirmières m'a dit gentiment de patienter dans le salon des familles car c'était le moment des soins et que toutes les infirmières étaient occupées. Ce n'est qu'une trentaine de minutes plus tard que la cadre du service est venue me voir pour me demander s'il était possible de repasser trois quart d'heure plus tard afin qu'une infirmière soit libre pour l'entretien.

Pour éviter de perdre du temps, j'en ai profité pour aller voir la cadre du service de réanimation du même hôpital avec laquelle j'avais échangé par téléphone quelques semaines auparavant. Durant l'appel, elle m'avait demandé de lui envoyer mes disponibilités par mail afin de fixer une date pour l'entretien, or je n'ai eu aucun retour de sa part... Par ailleurs, il se trouvait qu'une connaissance effectuait, durant cette même période, un stage dans ce service. Elle m'avait confirmé que la cadre ne répondait pas souvent aux mails. Je me suis donc dit que c'était l'occasion de fixer une date pour ce rendez-vous. J'ai donc été accueillie par la cadre qui était désolée de ne pas m'avoir répondu et qui était d'accord pour qu'on trouve une date pour programmer cet entretien. En sortant son planning, elle m'a demandé combien de temps ça allait me prendre et je lui ai répondu que mon entretien précédent avait duré six minutes. Elle m'a donc proposé de l'effectuer instantanément avec une infirmière qui travaillait ce jour. L'entretien s'est très bien déroulé, nous avons juste été interrompues une fois par une de ses collègues de travail.

Une fois cet entretien terminé je suis retournée dans le service de néonatalogie et je me suis à nouveau présentée à une infirmière. Je lui ai expliqué que la cadre du service m'avait donné rendez-vous il y a une heure mais que personne n'était disponible et qu'il m'avait été demandé de repasser plus tard. Je lui ai également précisé que je n'en aurais pas pour longtemps. L'infirmière s'est donc dirigée vers ses collègues qui se trouvaient en salle de soins, mais elle est revenue deux minutes plus tard en me demandant de repasser un autre jour. Cela me paraissait compliqué car j'effectuais parallèlement un stage en libéral près de mon domicile à quarante-cinq minutes de route de l'hôpital, avec des horaires coupés. En discutant avec l'infirmière avec qui je travaillais, celle-ci a accepté de réajuster mon emploi du temps de façon à ce que je puisse me libérer un peu de temps le lendemain afin de pouvoir effectuer mes deux derniers entretiens.

Mon troisième entretien s'est déroulé dans le service d'entrée d'une Unité pour Malades Difficiles (UMD). Après avoir envoyé ma demande auprès de la direction des soins, c'est la cadre de service qui m'a contactée par mail, en me demandant de prendre contact avec l'équipe soignante afin de planifier l'entretien. Etant donné que j'avais effectué un stage l'an passé dans ce service, j'ai directement contacté un infirmier que je connaissais. Il m'a répondu assez rapidement et on a pu convenir d'un rendez-vous peu de temps après. J'ai alors informé la cadre du service de ma venue par mail. L'entretien s'est très bien déroulé.

À la suite de ce troisième entretien, je suis retournée dans le service de néonatalogie pour interroger une infirmière puéricultrice. L'entretien s'est bien déroulé. L'infirmière avait l'air d'avoir pas mal de connaissances sur le sujet. Elle a évoqué une prise en charge de l'enfant mais également des parents, et plus spécifiquement de la mère qui joue un rôle essentiel. Néanmoins, elle a souligné que parfois d'autres personnes ou membres de la famille pouvaient nuire à la prise en charge de la mère et de son enfant.

4.3 Résultats de l'enquête

Les différents entretiens réalisés sont des données brutes, que l'on peut retrouver en annexes 3, 4, 5 et 6. Je vais dans un premier temps présenter chacun des entretiens de façon synthétique, ensuite je réaliserai une analyse croisée en lien avec les différentes thématiques abordées dans mon cadre de référence.

4.3.1 Synthèse des entretiens

Entretien 1 :

Le premier entretien a duré six minutes. L'infirmière interrogée s'appelle Laure. Elle est diplômée depuis 2000, cela fait 17 ans qu'elle a quitté le secteur hospitalier pour s'installer en libéral. A travers son parcours professionnel, elle n'a pas suivi de formation centrée sur le relationnel ou sur l'accompagnement de la famille. Au fil du temps et de la régularité des soins prescrits, elle s'intègre naturellement au milieu de la cellule familiale, au point de parfois avoir le sentiment d'en faire partie. Pour impliquer l'aidant, elle mise beaucoup sur la prévention et l'éducation thérapeutique, en lui transmettant des conseils adaptés aux besoins du patient. Pour elle, un aidant est une personne de l'entourage (famille ou voisinage) qui accompagne

régulièrement le patient dans ses besoins quotidiens. Bien que la relation se passe généralement bien, elle évoque des situations plus complexes où les aidants dépassent le cadre du soin en sollicitant l'infirmière pour des tâches domestiques. Elle spécifie que ce glissement de rôle, vers celui d'aide-ménagère, peut être agaçant, et que la manière de poser les limites peut parfois jeter un froid dans la relation de soins.

Entretien 2 :

La seconde infirmière interrogée s'appelle Clara. L'entretien a duré sept minutes. Elle a été diplômée en juillet 2025 et travaille en service de réanimation depuis août 2025. Elle n'a pas suivi de formation sur le sujet, mais a réalisé son mémoire de fin d'études sur la relation triangulaire en pédiatrie. Face à l'environnement impressionnant et anxiogène de la réanimation, elle se positionne comme un repère pour renseigner, expliquer les machines avec un vocabulaire adapté et rassurer les proches, notamment face à la culpabilité. Pour impliquer les aidants, elle les incite à apporter des affaires personnelles, maintient des horaires de visite larges et encourage les appels téléphoniques avec les soignants de manière à limiter l'angoisse. Lors du réveil du patient, la présence de visages ou de voix familières s'avère être un atout précieux pour apaiser l'agitation. Pour elle, un aidant est un proche (famille, ami, conjoint) qui connaît les habitudes de vie du patient et transmet des informations cliniques essentielles (comme les traitements à domicile). Elle évoque néanmoins des situations complexes où l'aidant fait obstacle : l'une vécue en stage de pédopsychiatrie où une mère a bloqué la prise en charge de son adolescente, et d'autres en réanimation lors de limitations et arrêts des thérapeutiques (LATA), où la famille se raccroche à des réflexes moteurs ce qui freine le processus et nécessite alors un important travail de discussion et de négociation avec l'équipe médicale.

Entretien 3 :

Le troisième infirmier interrogé s'appelle Aurélien. L'entretien a duré neuf minutes. Il travaille en psychiatrie depuis 2015 et a exercé au sein d'un service d'accueil crise fermé pendant deux ans et demi, avant d'intégrer une Unité pour Malades Difficiles (UMD) en janvier 2017, où il travaille depuis neuf ans. Il n'a suivi aucune formation centrée sur le relationnel ou l'accompagnement des familles. En psychiatrie, son positionnement consiste d'abord à évaluer

si l'entourage est réellement une « personne ressource » sur laquelle l'équipe et le patient peuvent compter, ou s'il le met en difficulté. Pour lui, un aidant est une personne présente et fiable (parent, ami ou même ancien patient ayant vécu des troubles similaires) qui apporte un soutien émotionnel, financier ou matériel, sans aller à l'encontre des décisions médicales. À l'UMD, face à l'isolement des patients, l'équipe favorise le maintien ou la reconstruction des liens par des appels et des visites. Cependant, il évoque des situations critiques où l'aidant nuit à la prise en charge : des mères qui, voulant faire plaisir, dissimulent des toxiques lors des visites, ou des familles qui agressent verbalement le patient face à la gravité de ses actes passés. Aurélien spécifie que si l'évaluation montre que l'entourage est néfaste et menace la sécurité ou l'état émotionnel du patient, l'équipe n'hésite pas à poser des limites strictes, allant jusqu'à suspendre ou arrêter les visites, et cherche alors d'autres ressources extérieures, comme un infirmier de CMP.

Entretien 4 :

La quatrième infirmière interrogée s'appelle Marine. L'entretien a duré neuf minutes. Elle travaille en service de néonatalogie depuis environ 27 ans, après avoir enchaîné ses diplômes d'infirmière et de puéricultrice, elle a débuté sa carrière par quatre ans de réanimation pédiatrique. Au cours de son parcours, elle a suivi plusieurs formations continues, notamment un DU sur les soins de développement et un diplôme de secourisme en santé mentale l'année passée pour mieux accompagner les familles en difficulté. En néonatalogie, son positionnement place la prise en charge de la famille au cœur du soin : elle veille à donner une place prépondérante aux parents, à cerner leurs difficultés et à leur rappeler que ce sont eux qui détiennent le rôle principal auprès de leur enfant. Pour impliquer les aidants, elle favorise leur présence bienveillante et place le « peau à peau » au centre des soins quotidiens. Pour elle, un aidant est une personne disponible, à l'écoute et bienveillante qui entoure l'enfant dans son parcours. Elle précise que c'est aux parents de déterminer qui constitue une « personne ressource » (ami, marraine, grands-parents), d'autant plus que les restrictions de visites en période hivernale accentuent la solitude des familles. Elle évoque comme situation complexe le cas classique où l'entourage extérieur s'immisce dans le projet d'allaitement en suggérant un biberon ou en doutant de la qualité du lait maternel. Marine spécifie que cette ingérence

extérieure déstabilise la mère, fragilise son positionnement et peut altérer la relation de confiance, allant jusqu'à mettre en péril la poursuite de l'allaitement pour l'enfant.

4.3.2 Analyse thématique des entretiens

Dans l'objectif d'analyser les différents entretiens réalisés ainsi que d'en extraire les données principales, j'ai décidé de réaliser une analyse thématique. Au cours de cette analyse, les différents thèmes abordés dans mon cadre de référence ont émergé, ainsi que des thématiques auxquelles je n'avais pas pensé. Pour réaliser cette analyse au mieux j'ai utilisé le tableau situé en annexe 7.

La relation triangulaire

L'analyse des entretiens réalisés souligne l'importance de la relation triangulaire soignant-soigné-aidant dans les différentes prises en charge rencontrées par les infirmiers interrogés. Les témoignages recueillis montrent que cette relation ne se limite pas à une simple présence du proche auprès du patient, mais qu'elle représente une véritable dynamique de soin dans laquelle chaque acteur occupe une place spécifique. Les soignants interrogés évoquent une relation basée sur la communication, la collaboration, la confiance, mais également sur l'importance de maintenir un cadre afin de préserver l'équilibre de la triade. Ainsi, les données recueillies rejoignent les concepts élaborés dans le cadre de référence, en particulier ceux de Pascale Wanquet-Thibault, Martine Ruszniewski, Walter Hesbeen ou encore Jean Watson.

En effet, à travers ces entretiens, la relation triangulaire est décrite comme un élément incontournable du soin, même si son impact et sa distance clinique peuvent varier selon les contextes. Laure, infirmière libérale, explique qu'au fil du temps elle se retrouve « *un petit peu au milieu de cette famille* » et que certains patients l'intègrent même à leur quotidien, allant jusqu'à l'inviter aux repas (Annexe 3, 1.20). Cette proximité montre que la relation de soin dépasse le simple acte technique et devient une relation humaine durable, faisant écho à l'asymétrie atténuée par l'habitude. De la même manière, Marine, infirmière en néonatalogie, explique que la prise en charge ne concerne pas uniquement l'enfant mais également sa famille, affirmant que « *la prise en charge de sa famille est au cœur de nos préoccupations* » (Annexe 6, 1.24).

Ces propos rejoignent les travaux de Pascale Wanquet-Thibault, qui explique que la relation soignant-soigné classique évolue vers une relation triangulaire dans laquelle les proches deviennent des acteurs à part entière. Les entretiens montrent qu'en s'effaçant volontairement, le soignant laisse la place principale aux parents : « *ces enfants ne sont pas nos enfants, mais ce sont les leurs et qu'il faut que ce soit eux qui aient le rôle principal* » (Annexe 6, 1.32-33). Cette posture peut donc s'identifier à la philosophie du *caring* de Jean Watson, où la préservation de l'intégrité globale de l'individu et de sa cellule familiale sont mises en avant, plutôt que sur le seul versant curatif du *cure*.

Par ailleurs, les entretiens mettent en évidence l'importance accordée à la place de l'aidant dans la prise en charge. Les professionnels interrogés considèrent majoritairement l'aidant comme une ressource essentielle permettant d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Clara, infirmière en réanimation, explique notamment que les familles apportent des « *renseignements essentiels pour la prise en charge* » concernant les habitudes de vie ou les traitements du patient (Annexe 4, 1.49-50). Elle ajoute que la présence des proches lors des réveils de patients sédatisés permet de « *rassurer le patient* » grâce à « *des visages communs* » et « *une voix qu'ils connaissent* » (Annexe 4, 1.36-37).

Ces observations correspondent aux concepts développés dans le cadre théorique concernant le savoir expérientiel des aidants. L'aidant possède une connaissance du quotidien et des habitudes du patient que les soignants ne peuvent acquérir uniquement par les données médicales. Aurélien, infirmier en psychiatrie, rejoint cette idée lorsqu'il définit l'aidant comme « *une personne ressource* » capable d'apporter un soutien émotionnel, matériel ou relationnel au patient (Annexe 5, 1.30).

Les entretiens soulignent aussi le rôle crucial de la relation de confiance dans l'équilibre de la triade, influencée par des typologies théorisées par Hammer. Les professionnels adoptent une approche basée sur l'écoute, la réassurance et la communication avec les proches. En réanimation, Clara explique que les familles peuvent « *appeler quand elles veulent* » afin de limiter leurs angoisses et recevoir des explications adaptées sur l'état du patient et les dispositifs techniques présents dans la chambre (Annexe 4, 1.33). Cette confiance rationnelle et informative, basée sur la vulgarisation de la haute technicité, « *les machines, le respirateur, les dialyses, des fois les ECMO* » (Annexe 4, 1.19-20), permet de désamorcer un environnement anxiogène.

Cette volonté de rassurer les proches s'inscrit dans les travaux de Paillard sur la confiance relationnelle, qui permet d'améliorer la communication ainsi que l'alliance thérapeutique. Marine, en néonatalogie, souligne également l'importance de « *donner une place aux parents qui est énorme* » (Annexe 6, 1.25), en créant une confiance à la fois professionnelle et affinitaire pour éviter l'isolement. Les soignants cherchent donc à établir une relation de confiance non seulement avec le patient, mais également avec son entourage, afin de sécuriser la prise en charge et de favoriser une dynamique de collaboration active.

Cependant, les entretiens mettent en lumière les limites et les tensions qui peuvent apparaître dans cette relation triangulaire. Plusieurs professionnels décrivent des situations dans lesquelles l'aidant devient un obstacle à la prise en charge ou bouscule la juste distance professionnelle. Laure évoque par exemple certaines familles qui demandent aux infirmières de réaliser des tâches ne relevant pas de leur rôle propre, comme « *faire chauffer le petit déjeuner* », « *ouvrir les volets* » ou « *sortir la poubelle* » (Annexe 3, 1.45-46). Elle explique que ces situations peuvent devenir « *agaçantes* » et créer « *un froid* » dans la relation de soin (Annexe 3, 1.50-52). Ces remarques reprennent les avertissements de Walter Hesbeen concernant les limites de la relation de soin et le risque de confusion des rôles dans la triade, illustrant comment l'action soignante peut se retrouver parasitée par des exigences domestiques qui altèrent le cadre professionnel.

En psychiatrie, ces situations montrent aussi une difficulté du maintien du cadre relationnel face à des comportements perturbateurs de l'entourage. Aurélien explique que certains proches peuvent être néfastes pour le patient, notamment lorsqu'ils remettent en question les traitements ou introduisent des substances toxiques dans le service : « *les mamans [...] dissimulent de la drogue, souvent du cannabis, dans les gâteaux, dans les shampoings* » (Annexe 5, 1.72-75). Il précise que certaines familles « *mettent souvent plus le patient en difficulté qu'autre chose* » (Annexe 5, 1.17). Dans ces situations, les soignants doivent alors réévaluer la place de l'aidant dans la prise en charge et parfois limiter les visites afin de protéger le patient.

Ces éléments s'appuient sur les travaux de Martine Ruszniewski, qui insiste sur le fait que le soignant doit maintenir une fonction de « *contenance* » (*holding*) et garantir le cadre thérapeutique malgré les tensions émotionnelles présentes au sein de la triade. L'infirmier devient alors le régulateur des barrières psychiques de la triade : « *"si vous, vous êtes pas prêts*

à venir en visite, vous ne venez pas". Le but c'est pas de démolir la personne émotionnellement
» (Annexe 5, 1.98-99).

Les entretiens montrent également que les émotions et l'angoisse des proches peuvent faire obstacle aux décisions de soins, basculant parfois dans la posture de "contrôleur" décrite par Prayez. Clara évoque notamment les situations de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives (LATA) en réanimation, durant lesquelles les familles « *se raccrochent à ce qu'elles peuvent* » (Annexe 4, 1.82) et font parfois obstacle aux décisions médicales en surinterprétant des réflexes physiques, « *"oui mais il a bougé la main"* » (Annexe 4, 1.80-81). Cette difficulté met en évidence la vulnérabilité émotionnelle des proches, décrite par Ruszniewski, qui considère la famille comme un « second patient » nécessitant un accompagnement spécifique pour avancer vers l'acceptation. Les soignants doivent donc trouver un équilibre entre écoute, empathie et maintien de l'objectivité clinique.

Les contraintes institutionnelles peuvent accentuer le fardeau de l'aidant, rejoignant les concepts développés par Zarit. Marine rappelle ainsi qu'en période hivernale, la fermeture des services aux personnes ressources extérieures plonge les parents dans « *des moments un peu de solitude ou un peu difficiles* » (Annexe 6, 1.52-53). De même, elle illustre l'intrusion d'un tiers toxique à travers les conflits liés à l'allaitement, où les remarques de l'entourage, « *est-ce que vous croyez que son lait il est bon ?* » (Annexe 6, 1.78-79), déstabilisent la mère et mettent en péril l'objectif de soin.

Enfin, les entretiens mettent en évidence la nécessité impérieuse pour les soignants de clarifier la place de chacun au sein de la relation triangulaire. Marine insiste sur le fait que « *ces enfants ne sont pas nos enfants, mais ce sont les leurs* » (Annexe 6, 1.32), rappelant ainsi l'importance de préserver le rôle parental malgré l'hospitalisation. Aurélien explique quant à lui que tous les proches ne peuvent pas être considérés d'emblée comme aidants, et que cette place dépend de leur capacité réelle à soutenir constructivement le patient (Annexe 5). Ces propos rejoignent directement les travaux de Pascale Wanquet-Thibault, qui insiste sur la nécessité de définir rigoureusement les espaces de légitimité de chacun afin d'éviter les confusions de rôles au sein de la triade.

Ainsi, l'ensemble des entretiens met en évidence que la relation triangulaire soignant-soigné-aidant constitue aujourd'hui une dimension essentielle et incontournable du soin. Les professionnels interrogés décrivent une relation idéale fondée sur la collaboration, la confiance

et la reconnaissance des savoirs de chacun. Toutefois, cette dynamique s'avère particulièrement oscillante et peut générer des tensions aiguës, nécessitant de la part du soignant un travail constant de médiation, de réassurance et de maintien du cadre thérapeutique. Les discours recueillis valident ainsi les apports théoriques du cadre de référence en montrant que la relation triangulaire représente à la fois une richesse clinique et une complexité éthique majeure dans la pratique soignante contemporaine.

Le proche aidant

L'analyse des entretiens réalisés souligne le rôle important et la place centrale de l'aidant dans la relation de soins. Les infirmiers interrogés décrivent l'aidant comme un acteur incontournable, dont l'implication permet de maintenir la singularité du patient au sein de l'institution. Les informations recueillies montrent que les aidants, malgré l'absence de statut professionnel, apportent un soutien indispensable dans la coordination des soins, la compréhension de la singularité du patient et la protection de son identité. Les discours recueillis rejoignent ainsi les concepts développés dans le cadre de référence, notamment ceux de Louis Ploton, Boris Cyrulnik, Alice Casagrande, Steven Zarit et Pascal Prayez.

En effet, les quatre professionnels interrogés décrivent l'aidant comme une personne ressource essentielle dans la prise en charge du patient. Laure, infirmière libérale, définit l'aidant comme « *quelqu'un qui aide* » et qui accompagne la personne « *dans ses besoins quotidiens* » (Annexe 3, 1.36/1.40). Cette aide non lucrative et multidimensionnelle, basée sur le soutien familial, peut concerner l'alimentation, l'hygiène ou encore la surveillance des traitements. De son côté, Clara, infirmière en réanimation, explique que l'aidant est « *quelqu'un qui connaît le patient* » (Annexe 4, 1.42) et qui peut apporter « *des renseignements essentiels pour la prise en charge* » (Annexe 4, 1.49-50). Aurélien, infirmier en psychiatrie, rejoint cette idée en définissant également l'aidant comme « *une personne ressource* » capable d'apporter un soutien émotionnel, matériel ou relationnel au patient (Annexe 5, 1.30). Ces propos rejoignent directement les définitions proposées par la HAS et le Code de l'action sociale et des familles, qui présentent l'aidant comme une personne non professionnelle apportant une aide régulière et polymorphe à un proche dépendant.

Par ailleurs, les entretiens mettent en évidence l'importance du rôle de l'aidant dans le maintien de l'identité et de la singularité du patient face au risque de standardisation ou de fragmentation des soins au sein de l'institution. Marine, en néonatalogie, explique que « *le plus important pour ces enfants, c'est la présence des parents* » (Annexe 6, 1.34-35). Elle insiste sur la nécessité de donner une place centrale à la famille afin que les parents restent les principaux acteurs auprès de leur enfant hospitalisé. Cette idée s'éclaire à la lumière des « cercles de résilience » développés par Louis Ploton et Boris Cyrulnik. En effet, les auteurs expliquent que l'aidant familial est celui qui, par sa présence et son récit, permet d'agir comme un pivot et un lien entre le monde intime du patient et l'institution soignante.

Les entretiens montrent que les proches permettent de préserver l'identité du patient en traduisant son histoire. Clara explique par exemple que les familles apportent des éléments sur les habitudes de vie ou les préférences des patients (Annexe 4). En apportant ces repères intimes, l'aidant devient un véritable « tuteur de résilience » qui, par son regard, exige que le patient soit traité comme un sujet unique et non comme un simple objet de soins.

Les discours recueillis illustrent également le rôle d'« expert d'usage » conceptualisé par Alice Casagrande. Les professionnels reconnaissent que les aidants possèdent un savoir expérientiel irremplaçable, complémentaire au savoir médical et technique des professionnels. Aurélien explique notamment que certains aidants connaissent parfaitement les troubles psychiatriques du patient et peuvent aider les équipes à mieux comprendre certaines réactions ou comportements (Annexe 5). Clara souligne également que les proches permettent d'obtenir des informations capitales lorsque les patients sont inconscients ou incapables de communiquer (Annexe 4). Ces éléments rejoignent les travaux de Claude Jeandel, selon lesquels le partenariat entre soignants et aidants permet de passer d'une logique de pure « prise en charge » à une logique d'accompagnement, conjuguant l'expertise pathologique du soignant et la connaissance intime de la personne par le proche afin d'individualiser les soins.

Cependant, les entretiens éclairent aussi les limites structurelles et relationnelles du rôle d'aidant, qui ne peut être considéré comme une ressource inépuisable. Plusieurs professionnels décrivent des situations dans lesquelles la charge de l'aidant devient problématique. Laure évoque certaines familles qui demandent aux infirmières de réaliser des tâches ne relevant pas du soin, comme « *faire chauffer le petit déjeuner* », « *ouvrir les volets* » ou « *sortir la poubelle* » (Annexe 3, 1.45-46), provoquant un sentiment d'agacement chez les soignants. Ces situations

traduisent la lassitude et la difficulté des aidants à faire face seuls à la dépendance, illustrant les travaux de Steven Zarit sur le « fardeau de l'aidant ». La charge mentale et physique liée à l'accompagnement quotidien peut entraîner un épuisement profond.

L'invisibilité de la souffrance de l'aidant résonne avec les travaux de Pascale Molinier, qui rappelle que le soin est une activité de l'esprit, une vigilance attentive souvent invisible et perçue comme "naturelle", ce qui prive l'aidant d'une reconnaissance sociale, accentue sa charge psychique et engendre une culpabilité dévastatrice face au sentiment de ne jamais en faire assez.

Cette souffrance de l'aidant apparaît également dans les situations aiguës décrites en réanimation et en psychiatrie. Clara explique que certaines familles, confrontées à des décisions de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives, « *se raccrochent à ce qu'ils peuvent* » (Annexe 4, l.82) et ont du mal à accepter la situation médicale, faisant parfois obstacle aux décisions en interprétant des réflexes physiques, « *"oui mais il a bougé la main"* » (Annexe 4, l.81). De son côté, Aurélien décrit des situations extrêmes où les familles introduisent des substances toxiques dans le service ou remettent en question les traitements prescrits, « *les mamans [...] dissimulent de la drogue, souvent du cannabis, dans les gâteaux, dans les shampoings* » (Annexe 5, l.72-75).

Ces comportements mettent en évidence les limites psychiques de certains proches aidants, submergés par l'angoisse, la culpabilité ou le déni. Les propos recueillis rejoignent ici les travaux de Pascal Prayez concernant la perte de la « juste distance ». Lorsque l'aidant est trop impliqué émotionnellement sous l'effet du fardeau chronique, il bascule dans une fusion-confusion où il se transforme en un « contrôleur » hyper-vigilant, déplaçant sur l'équipe une agressivité qui n'est que la face cachée de sa souffrance.

Les entretiens montrent ainsi que sous l'effet de cette usure, certains aidants peuvent eux-mêmes devenir des « patients cachés », comme le souligne la revue « *Soins Gériatrie* ». En psychiatrie, Aurélien évoque ces familles épuisées, en difficulté face aux troubles du proche, et devenant incapables de maintenir une posture aidante stable (Annexe 5). De même, Laure décrit des situations où les proches semblent déléguer progressivement toutes les responsabilités aux professionnels, traduisant une forme de saturation ou de sacrifice personnel (Annexe 3, l.50-52). Le déni de ses propres symptômes par l'aidant menace alors directement sa propre santé, faisant de son abnégation le moteur de sa vulnérabilité.

Enfin, les entretiens soulignent la nécessité de construire un véritable partenariat entre soignants et aidants, tout en garantissant le cadre thérapeutique. Marine insiste sur la nécessité de mettre les parents « *en avant* » (Annexe 6, l.25) pour préserver le rôle parental légitime malgré l'hospitalisation. Aurélien explique quant à lui que tous les proches ne peuvent pas être considérés d'emblée comme aidants, et qu'il est nécessaire d'évaluer leur capacité réelle à soutenir constructivement le patient (Annexe 5). Ces idées montrent que la relation entre soignants et aidants repose sur un équilibre fragile qui exige communication, reconnaissance mutuelle des savoirs et clarification rigoureuse des rôles de chacun.

Ainsi, l'ensemble des entretiens met en évidence le fait que l'aidant occupe aujourd'hui une place essentielle et complexe dans le parcours de soin. Les professionnels interrogés reconnaissent son rôle majeur dans le maintien de l'identité du patient, l'individualisation des soins et la continuité de l'accompagnement. Toutefois, les témoignages recueillis mettent également en avant les limites éthiques et les risques d'épuisement liés à ce rôle. Les entretiens rejoignent ainsi les apports théoriques du cadre de référence en montrant que l'aidant constitue à la fois une ressource précieuse pour le soignant et une personne éminemment vulnérable, nécessitant elle aussi une attention et une vigilance particulières au sein de la relation de soin contemporaine.

5. PROBLEMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE

Les différents entretiens avec les infirmier(e)s m'ont permis d'approfondir mes connaissances sur les thématiques abordées dans mon travail de recherche. Ils ont également fait ressortir des exemples concrets qui illustrent des notions que je n'avais pas envisagées. Ces différents éléments me conduisent à élaborer une nouvelle réflexion qui va donner lieu à ma question de recherche. Pour commencer, reprenons ma question de départ :

« En quoi la présence d'un aidant influence-t-elle la relation soignant-soigné ? »

Tout d'abord, au travers de mes entretiens, il est revenu que la prise en charge au sein de la relation triangulaire est quelque chose qui tient à cœur aux soignants. L'accueil et la collaboration sont des points clés qui reviennent, facilitant ainsi la mise en confiance et l'intégration à l'équipe pour l'aidant. Cette dynamique contribue à lui permettre de trouver sa place et de faire évoluer la relation soignant-soigné classique vers une triade thérapeutique. L'accompagnement repose essentiellement sur des compétences relationnelles et de communication, Laure (libérale) expliquant qu'elle se retrouve « *un petit peu au milieu de cette famille* » (Annexe 3, 1.20) et Marine (néonatalogie) affirmant que « *la prise en charge de sa famille est au cœur de* » nos préoccupations (Annexe 6, 1.24-26). Mais, l'animation de cette triade reste souvent peu formalisée, reposant plus sur l'adaptation et l'intuition que sur une formation spécifique. De plus, la relation au sein de cette triade demeure asymétrique, notamment en raison de la responsabilité légale du soignant vis-à-vis du patient et du cadre thérapeutique qu'il va y avoir à maintenir dans le service. Mais les soignants dans la globalité cherchent à instaurer une relation équilibrée axée sur la bienveillance et la confiance réciproque, poussant les trois acteurs à collaborer activement, tout en imposant une fonction de contenance (*holding*) et des barrières claires pour éviter que l'angoisse des proches ne devienne un frein majeur dans la prise en charge.

De plus, l'analyse des entretiens a pu révéler que certaines notions propres au proche aidant, comme celle de fardeau, restent difficiles à comprendre pour les soignants. Les réponses obtenues sont parfois hésitantes, nécessitant de la reformulation. Cependant, les professionnels associent cette notion à des idées communes telles que l'usure physique, la charge mentale ou

encore l'épuisement lié à l'accompagnement quotidien. Le fardeau peut aussi entraîner une perte de vigilance ou un sacrifice de soi, transformant l'aidant en un « patient caché ». On peut voir que les représentations des soignants concernant ce thème rejoignent les apports théoriques, surtout sur le fait que la fatigue chronique et l'invisibilité de la souffrance des proches peuvent conduire à une diminution de la juste distance et à des demandes débordant sur le domaine domestique, comme le décrit Laure lorsque les familles demandent de « *sortir la poubelle* » (Annexe 3, 1.46).

Lorsque l'on demande aux soignants des situations concrètes où le proche aidant modifie la relation de soin, la plupart parlent de situations avec des contextes d'urgences ou de forte charge émotionnelle qui va nécessiter de prioriser la sécurité. Ce qui peut conduire à des comportements d'hyper-vigilance ou de déni chez l'aidant. Clara (réanimation) évoque les familles qui « *se raccrochent à ce qu'elles peuvent* » (Annexe 4, 1.81) lors d'arrêts des thérapeutiques actives, et Aurélien (psychiatrie) décrit des mères fusionnelles qui dissimulent des substances toxiques dans le service. Ces éléments soulignent que la posture de l'aidant s'inscrit dans un contexte contraint, influencé par des facteurs psychologiques et humains complexes.

En ce qui concerne la routine et les contraintes institutionnelles, elles apparaissent comme un facteur central dans ce processus. Bien qu'elles soient nécessaires au bon fonctionnement des services, elles peuvent induire une perte de reconnaissance du rôle de l'aidant. Les entretiens montrent également des résultats mitigés, en effet l'institution peut être à la fois sécurisante et structurante pour l'équipe mais aussi contraignante si elle impose, comme le décrit Marine en hiver, des fermetures de services qui plongent les proches ressources dans des « *moments de solitude* » (Annexe 6, 1.52). Cette nuance appuie l'idée que le statut du proche aidant est complexe dans la pratique soignante et que cela nécessite un équilibre constant. Le thème du soin montre qu'il est perçu non comme un acte technique mais aussi comme un acte relationnel global, où l'aidant est reconnu comme un « expert d'usage » possédant une connaissance intime du patient, les infirmier(e)s interrogé(e)s reprennent cette notion et rejoignent les idées théoriques des auteurs.

Au cours de la rédaction du cadre de référence, une notion n'a pas été formellement abordée : celle de l'évaluation infirmière des ressources et des vulnérabilités de l'aidant. Cependant, au cours de l'analyse des différents entretiens réalisés, j'ai pu observer que pour chacune des

infirmier(e)s, la capacité à être aidant n'est pas un automatisme mais une donnée fluctuante que l'équipe doit analyser. Aurélien insiste explicitement sur le fait que tous les proches ne peuvent pas être considérés comme des aidants et qu'il est indispensable d'évaluer leur capacité réelle à soutenir le soigné sans s'effondrer (Annexe 5). L'évaluation infirmière permet donc d'identifier précocement le niveau de fardeau du proche pour ajuster la distance, réintroduire un cadre tiers si nécessaire et protéger la dynamique de soin.

Pour donner suite à cette réflexion et faire évoluer ma question de départ, j'ai pu réfléchir à une nouvelle question de recherche qui est :

« En quoi l'évaluation par l'infirmier des ressources et des vulnérabilités du proche aidant permet-elle d'instaurer une alliance thérapeutique sécurisante pour le patient ? »

CONCLUSION

Ce mémoire marque l'aboutissement de trois années d'études intenses, riches en apprentissages, questionnements et remises en question. Il est né d'une situation d'appel vécue au cours de mon parcours de formation qui m'a beaucoup touchée et interpellée, éveillant en moi la volonté profonde de comprendre les dynamiques relationnelles complexes qui se jouent au lit du patient. Plus particulièrement, j'ai ressenti le besoin de questionner l'influence de l'aidant dans la relation soignant-soigné et son impact sur l'équilibre de la relation triangulaire. Tout au long de mes différents stages, j'ai été marquée par la place occupée par ces proches : parfois perçus comme des piliers indispensables, parfois vécus comme des freins face à des situations cliniques contraintes, ils ne laissent jamais la relation de soin indifférente.

La rédaction de ce travail écrit de fin d'études fut riche en découvertes théoriques grâce aux lectures effectuées pour étoffer mon cadre de référence. Pour confronter ces concepts à la réalité du terrain, j'ai réalisé une enquête exploratoire auprès d'infirmiers exerçant dans des secteurs variés à l'aide d'entretiens semi-directifs. L'analyse croisée de leurs témoignages m'a permis de faire émerger plusieurs constats essentiels en accord avec leur expérience clinique.

D'une part, le rôle de l'aidant apparaît comme central et irremplaçable pour préserver la singularité et l'identité du soigné au sein de l'institution ; il s'impose comme un expert d'usage de son quotidien et un vecteur de confiance indispensable. D'autre part, l'implication de ce proche présente des limites psychiques et éthiques aiguës. Face à la maladie ou à la chronicité, la charge du fardeau invisible et la détresse peuvent altérer la juste distance, transformant parfois l'aidant en un « patient caché » ou en un contrôleur hyper-vigilant, ce qui vient bousculer le cadre thérapeutique des soignants et générer des tensions. Néanmoins, ce travail d'enquête m'a permis de comprendre que l'évaluation fine et précoce des ressources et des vulnérabilités de ces proches, associée à une communication transparente, s'avère être la clé pour co-instaurer une alliance thérapeutique sécurisante et adapter au mieux la prise en charge.

Ce cheminement réflexif m'a permis de remettre en question ma posture professionnelle, de prendre du recul sur des situations cliniques complexes et d'identifier ce qui me motive profondément dans mon futur métier. Cette réflexion prend tout son sens à l'aube de ma future pratique, d'autant plus durant mon stage pré professionnel au sein d'un service d'urgences pédiatriques. Dans cet environnement contraint, où l'urgence et l'anxiété saturer l'espace, les

équipes sont quotidiennement amenées à rencontrer des situations triangulaires particulièrement intenses et aiguës, impliquant des parents déstabilisés par la détresse de leur enfant. Ces situations, que je trouve tout aussi passionnantes qu'intéressantes à analyser, m'ont confrontée à la nécessité absolue pour l'infirmier d'engager ce travail d'évaluation familiale pour sécuriser le soin.

En tant que future puéricultrice profondément investie dans la compréhension des dynamiques relationnelles et du prendre soin, je me sens désormais mieux armée pour intégrer la cellule familiale au cœur de l'action soignante, avec plus de connaissances, d'attention et de justesse. Malgré quelques difficultés et des baisses de motivation passagères au cours de la rédaction, ce mémoire a été l'occasion de dépasser mes propres blocages face à la recherche universitaire. J'ai pris un réel et profond plaisir à explorer la complexité de la triade thérapeutique.

La place de l'aidant et la gestion de sa vulnérabilité sont des problématiques aussi vastes que mouvantes au sein de notre système de santé actuel. Même après avoir exploré de nombreux concepts théoriques, j'ai le sentiment qu'il restera toujours des subtilités relationnelles à apprendre sur le terrain. Je souhaite néanmoins que ce travail de recherche et les compétences développées au cours de cette aventure exploratoire me permettent de collaborer plus efficacement, humainement et sereinement avec les soignés et leurs aidants tout au long de ma carrière.

BIBLIOGRAPHIE

- Casagrande, A. (2016). *Les proches aidants : une question de société (Rapport pour le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé)*. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé.
- Code de l'action sociale et des familles. (2008). Article R245-7. Legifrance.
- Dictionnaire de l'Académie française. (s. d.). Confiance. Dans *Le Dictionnaire de l'Académie française (9e éd.)*. Consulté le 24 mai 2026, à l'adresse <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9C3500>
- Haute Autorité de Santé. (2014). *Le soutien des aidants non professionnels : recommandation de bonne pratique*. HAS.
- Hesbeen, W. (2002). *La qualité du soin infirmier*. Masson.
- Jeandel, C. (2010). *Quelle place pour l'entourage des personnes malades dans le système de santé ? (Entretien)*. *Gérontologie et société*, 33(135), 135-139.
- Manoukian, P. (2008). *La relation soignant-soigné*. Lamarre.
- Molinier, P. (2013). *Le travail du care*. La Dispute.
- Paillard, C. (2024). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières : Vocabulaire professionnel de la relation de soin (6e éd.)*. Setes.
- Ploton, L. et Cyrulnik, B. (dir.). (2012). *Résilience et personnes âgées*. Odile Jacob.
- Prayez, P. (2003). *La distance professionnelle : entre émotion et responsabilité*. Lamarre.
- Revue l'Infirmière. (2019). *Le partenariat de soin avec les familles*. *L'Infirmière*, (402), 35-38.
- Revue Soins Gérontologie. (2017). *L'épuisement des aidants familiaux*. *Soins Gérontologie*, (124), 11-44.
- Ruszniewski, M. (2004). *Face à la maladie : L'accompagnement du malade et de ses proches*. Dunod.
- Wanquet-Thibault, P. (2015). *L'enfant hospitalisé : Travailler avec la famille et l'entourage*. Lamarre.

Watson, J. (1979). Nursing: The philosophy and science of caring. Little, Brown.

Zarit, S. H., Reever, K. E. et Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. The Gerontologist, 20(6), 649-655.

SOMMAIRE DES ANNEXES

Annexe 1 : Grille d'entretien	I
Annexe 2 : Autorisations de réalisation des entretiens.....	II
Annexe 3 : Entretien n°1	IV
Annexe 4 : Entretien n°2	VII
Annexe 5 : Entretien n°3	XI
Annexe 6 : Entretien n°4	XV
Annexe 7 : Tableaux d'analyses.....	XIX
Annexe 8 : Autorisation de diffusion	XLIV

Annexe 1 : Grille d'entretien

PRÉSENTATION IDE :

Objectif → Vision d'ensemble sur le parcours soignant

- Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?
- Avez-vous suivi une formation centrée sur le relationnel ou l'accompagnement de la famille ?

RELATION TRIANGULAIRE SOIGNANT, SOIGNÉ, AIDANT :

Objectif → Identifier l'importance de la relation triangulaire

- Comment vous positionnez-vous dans la relation soigné aidant ?
- Comment impliquez-vous l'aidant lors de la prise en charge d'un patient ?

L'AIDANT :

Objectif → Comprendre comment les professionnels définissent et identifient le positionnement de l'aidant.

- Pouvez-vous me donner une définition d'un "aidant" ?
- Selon vous quel est son rôle ?

SITUATIONS VÉCUES :

Objectif → Faire un lien avec la pratique

- Avez-vous rencontré une situation dans laquelle l'aidant n'a pas facilité la prise en charge du patient ? Si oui, pouvez-vous me donner un exemple ?

Annexe 2 : Autorisations de réalisation des entretiens



Direction des Soins

Tél : [REDACTED]

Madame BROSSARD Loane

Affaire suivie par : [REDACTED]

Cadre Supérieur de Santé chargée de mission
à la Direction des Soins

Avignon, le 4 mai 2026

OBJET : travail de fin d'études

N/Réf. : VB/NC/26

Madame,

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

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

Je vous demanderai de bien vouloir prendre contact avec :

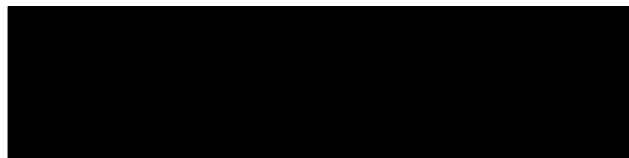
- [REDACTED] Cadre de Santé de Réanimation au [REDACTED]
- [REDACTED] Cadre de Santé du service de Néonatalogie au [REDACTED]

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

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

[REDACTED]

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



2 messages

 **Résumer**



À : Loane BROSSARD >

05/05/2026



TFE

Bonjour,

Site à votre demande d'entretiens pour votre TFE je vous invite à contacter l'unité de [REDACTED] afin de convenir de rendez-vous avec les membres de l'équipe intéressés.

Bien cordialement,



FF Cadre de Santé

Unité [REDACTED]

PUMD USMP

[REDACTED]



Annexe 3 : Entretien n°1

Soins à domicile (libéral), durée de l'entretien 6 minutes.

Moi : Donc dans le cadre de mes entretiens de travail de fin d'études, je vais vous poser quelques petites questions qui aborderont la relation triangulaire soignant-soigné-aidant. Donc premièrement, est-ce que vous pouvez me faire une petite présentation de vous avec et me dire depuis combien de temps vous êtes diplômé ?

IDE : Alors moi je suis (prénom nom), je suis diplômée depuis 2000. J'ai travaillé en secteur hospitalier pendant une dizaine d'années et je suis en libéral depuis 2009.

Moi : OK donc là ça fait combien de temps que vous travaillez en libéral ?

IDE : 17 ans

Moi : 17 ans ok. Est-ce que vous avez suivi une formation centrée sur la relation, enfin sur le relationnel ou sur l'accompagnement de la famille ?

IDE : Non pas du tout

Moi : Pas du tout, ok. Donc là on va passer à la première partie donc il va aborder la relation triangulaire soignant-soigné-aidant. Et donc dans cette relation, enfin comment vous vous positionnez au milieu de la relation entre le soigné et l'aidant ?

IDE : Alors déjà en tant que professionnelle de santé, en tant qu'infirmière, du coup moi je suis là pour, pour soigner les patients selon une prescription, une prescription médicale. Et du coup quand je suis, quand je suis chez mes patients, déjà c'est souvent le patient ou la famille à qui m'appelle. Donc on définit un nombre de passages et des horaires de passage. Et voilà et en fait petit à petit au fil du temps et ben une habitude s'installe, des soins s'installent et voilà et je me retrouve un petit peu au milieu de cette famille et depuis 17 ans, je fais quelquefois partie de la famille, quelquefois je suis même invitée au repas. Enfin voilà

Moi : OK, comment vous vous impliquez l'aidant lors de la prise en charge d'un patient ?

IDE : Et bah du coup alors est-ce que je vais forcément avoir besoin oui souvent les trois quarts du temps oui je donc selon, selon déjà le type de soins style je vais dire si c'est un diabétique quand je vais voir la famille déjà le patient dans un premier temps, et puis quand je vais voir la

27 famille je vais leur donner des conseils sur ce que la personne doit manger doit pas manger ce
28 qu'elle doit prendre sur elle. Ce à quoi elle doit faire attention en cas d'hypo ou même en cas
29 d'hyperglycémie. Voilà je fais un peu ce rôle de prévention et aussi curatif selon le soin. Bah si
30 c'est un pansement du style, je vais lui dire de peut-être pas mouiller la plaie, je vais dire à la
31 famille voilà faites attention machin si vous aussi vous pouvez l'aider pour pas qu'il prenne une
32 douche laver le dos. Ouais je sais pas s'il y avait autre chose.

33 **Moi : Ok, non non c'est très bien. Du coup-là on va passer sur, on va se recentrer un peu**
34 **plus sur l'aidant en particulier. Est-ce que vous pouvez me donner une définition de ce**
35 **que c'est pour vous un aidant ?**

36 IDE : Un aidant c'est quelqu'un qui aide, quelqu'un qui est là de façon, de façon régulière chez
37 une personne. C'est souvent un membre de la famille, enfants, ça peut-être aussi voisin. Et je
38 sais pas quoi dire d'autre, l'aidant c'est quelqu'un qui est aide.

39 **Moi : Ok, et selon vous, quel est son rôle à l'aidant ?**

40 IDE : Aider !! Accompagner la personne dans ses besoins quotidiens.

41 **Moi : Donc là on va passer plus, on va parler plus au niveau des situations que vous avez**
42 **vécues. Est-ce que vous avez déjà rencontré une situation dans laquelle l'aidant il n'a pas**
43 **facilité la prise en charge du patient**

44 IDE : Oui alors quelques fois ça arrive des personnes du style qui te disent ce week-end on sera
45 pas là, est-ce que vous pouvez faire chauffer le petit déjeuner de maman ? Est-ce que vous
46 pouvez ouvrir les volets, est-ce que vous pouvez sortir la poubelle, voilà là je suis plus personne
47 à qui on nous rajoute du travail qui n'est pas du tout dans notre rôle propre.

48 **Moi : Et du coup en quoi ça impacte la relation entre guillemets qu'il peut y avoir entre**
49 **la relation de soins ?**

50 IDE : Déjà c'est agaçant pour nous parce que bon, ils nous prennent pour des infirmières, pour
51 des aides ménagères, pour des coursières... Bah du coup selon ce qu'on leur répond et comment
52 on leur répond forcément ça met un froid.

53 **Moi : D'accord, c'est bon pour moi si vous avez pas d'autres situations qui vous vient à**
54 **l'idée ou d'autres exemples.**

55 IDE : Bah après j'en aurais plein, mais bon je pense que voilà là non je vais rajouter rien de
56 plus. On vit tellement des choses, tous les jours, différentes, que il y a des tas de choses à
57 raconter, mais bon pour ça il faudrait que j'arrive quoi. Je ferais ça à la retraite !!!

58 **Moi : C'est sûr !! OK bah merci beaucoup !!**

59 IDE : Avec plaisir !!!

Annexe 4 : Entretien n°2

Service de réanimation, durée de l'entretien 7 minutes.

1 **Moi : Donc du coup, dans le cadre de mes entretiens de travail de fin d'études, je vais vous**
2 **poser quelques petites questions qui vont aborder la relation triangulaire soignant-soigné-**
3 **aidant. Donc déjà dans un premier temps, est-ce que vous pouvez vous présenter et me**
4 **dire depuis combien de temps vous êtes diplômée ?**

5 IDE : Alors moi c'est (prénom), je suis infirmière en service de réanimation, je suis diplômée
6 depuis juillet 2025.

7 **Moi : Ok du coup ça fait combien de temps que vous travaillez ici en service de réa ?**

8 IDE : Alors ça fait neuf mois, depuis août, ça doit faire neuf mois à peu près.

9 **Moi : Est-ce que vous avez suivi une formation centrée sur le relationnel ou**
10 **l'accompagnement de la famille ?**

11 IDE : Alors j'ai fait mon mémoire de fin d'études sur la relation triangulaire en pédiatrie.

12 **Moi : Ok. Du coup si on se concentre un peu plus sur la relation triangulaire, comment**
13 **vous vous positionnez dans la relation soigné-aidant ?**

14 IDE : Alors soigner avec les aidants, avec la famille du coup ?

15 **Moi : Oui**

16 IDE : Alors au niveau du positionnement, on est là pour les renseigner souvent en réanimation
17 c'est ce qui demandent, ils posent plein de questions sur les machines, sur tout l'environnement
18 du patient... Donc on est là pour les renseigner, pour les rassurer aussi, beaucoup. Parce que
19 c'est vrai que quand on rentre dans une chambre de réa, les machines, le respirateur, les dialyses,
20 des fois les ECMO, ça fait un peu peur aux familles. Ils demandent des renseignements, des
21 explications aussi souvent, donc on explique avec un vocabulaire adapté bien sûr. Et c'est
22 beaucoup de réassurance. Et puis des fois il y a la culpabilité aussi des familles, quand c'est des
23 choses qui se passent à la maison et que ils ont pas vues, ou que sur des tentatives de suicide
24 par exemple. Donc on est là aussi pour les réassurer, les remettre en confiance et bien leur dire
25 que c'est pas de leur faute...

26 **Moi : OK et comment du coup vous impliquez l'aidant lors de la prise en charge d'un**
27 **patient ?**

28 IDE : Alors des trucs tout bêtes... On va déjà demander, bon ça c'est dans tous les services je
29 pense, de ramener les affaires parce que ça fait participer la famille ça met le patient aussi en
30 confort et en confiance dans son environnement, on va dire. Et après on le fait participer, ils
31 viennent, donc là nous les visites c'est de 14 heures à 20h. On leur dit qu'ils peuvent venir quand
32 ils veulent, qu'ils peuvent appeler quand ils veulent aussi pour prendre des nouvelles, ça c'est
33 important pour nous parce qu'au moins ils ne restent pas avec leurs angoisses quoi, ils peuvent
34 appeler directement. Et après pour le patient, nous c'est vrai qu'on a des patients qui sont souvent
35 endormis, mais on leur dit aussi souvent, ils nous servent un petit peu pendant le réveil, d'avoir
36 des visages communs, d'avoir une voix qu'ils connaissent, ça les rassure aussi les patients et des
37 fois sur des réveils un peu agités, les familles nous aident beaucoup pour rassurer le patient et
38 le mettre en fait, qu'il ait l'impression un peu d'être dans un environnement qu'il connaît alors
39 que pas du tout.

40 **Moi : OK ok, si on se recentre un peu plus sur l'aidant en particulier, est-ce que vous**
41 **pourriez me donner une définition de ce qu'est pour vous un aidant ?**

42 IDE : Ohhh c'est dur ça !! Pour moi un aidant c'est quelqu'un qui connaît le patient déjà, qui
43 connaît ses habitudes, qui va pouvoir me renseigner aussi sur beaucoup de choses... Souvent
44 ils nous apprennent plein de trucs sur leurs habitudes de vie, sur des trucs parfois tout bêtes,
45 mais du coup quand ils se réveillent, on peut mettre des trucs en place en fonction de ce que la
46 famille nous a dit. Famille ou proche, parce que je dis famille, mais en fait les aidants ça peut-
47 être un proche, ça peut être quelqu'un de la famille, ça peut être un ami, ça peut être une
48 compagne, un compagnon, ça peut être plein de choses quoi pour moi... mais c'est quelqu'un
49 qui va connaître la personne et qui va nous donner des renseignements essentiels pour la prise
50 en charge.

51 **Moi : OK et du coup ce serait quoi son rôle ?**

52 IDE : Son rôle ? Ouais, ça nous aide en fait, les aidant ça nous aide vraiment nous dans la prise
53 en charge. On voit quand il n'y a pas de famille... Quand il y a personne qui vient voir les
54 patients ben les renseignements des fois c'est un peu dur à trouver, un truc tout bête
55 l'ordonnance, le médecin qui demande 50 fois l'ordonnance du patient pour savoir les

56 traitements à domicile. Ben en fait s'il n'y a pas d'aidant, qu'il n'y a pas de famille qui vient, des
57 fois c'est un peu compliqué quoi.

58 **Moi : OK du coup maintenant on va aborder un peu les situations que vous avez pu vivre**
59 **en service ou autre part. Enfin, est-ce que vous avez déjà rencontré des situations dans**
60 **lesquelles l'aidant n'a pas facilité la prise en charge du patient ?**

61 IDE : Oui !!

62 **Moi : Et du coup est-ce que vous pouvez me donner un exemple d'une situation ?**

63 IDE : Alors moi c'était sur un stage en psychiatrie, rien à voir avec ici. C'était sur un stage en
64 psychiatrie en pédopsychiatrie exactement et en fait c'était une jeune ado de 15 ans, si je me rappelle
65 bien... c'est c'était ma situation de mémoire d'ailleurs. C'était une jeune ado en fait qui a pas
66 voulu s'exprimer forcément devant ses parents, parce qu'on fait des entretiens avec la famille et
67 sans la famille. Et en fait quand les parents sont sortis, elle nous a livré une toute autre vie que
68 devant ses parents... elle a remonté ses mains, elle était enfin elle avait des marques de partout,
69 des cicatrices tout ça. Et en fait quand on a voulu faire la prise en charge, la mère a refusé la
70 prise en charge. On avait aucun contact avec l'adolescente parce que la mère avait
71 volontairement oublié nous laisser le numéro de téléphone. Et en fait quand on appelait la mère,
72 elle nous a dit "oui, mais ma fille ne veut pas la prise en charge" en fait elle a tout fait passer
73 sur sa fille. Sauf qu'en fait elle avait besoin de soins la jeune et que en fait à cause de la mère,
74 on n'a pas pu faire de prise en charge... donc c'est frustrant !! On avait fait une information
75 préoccupante parce que c'était une jeune qui vivait isolée, ses parents qui vivaient à 1h15 de
76 route... Donc enfin, là l'aidant, elle ne nous a pas trop rendu service quoi... Après ici en réa ?!
77 Non des fois sur des... ouais si, on a déjà eu des situations sur des fins de vie quand on pose
78 des LATA, des limitations et arrêts des thérapeutiques actives. C'est quand on est dans des
79 impasses thérapeutiques tout simplement et que ben on explique à la famille qu'on doit arrêter.
80 Des fois est-ce qui se comprend totalement, les familles font un peu obstacle, parce que "oui
81 mais il a bougé la main", "oui mais..." alors que c'est des réflexes et ils se raccrochent à ça et
82 en vrai ça ne me choque pas, ça peut paraître normal. Ils se raccrochent à ce qu'ils peuvent, mais
83 du coup des fois ils font un peu obstacle là-dessus et tant que la famille n'est pas complètement
84 ok ben on est un peu bloqué aussi. Donc après ben c'est de la négociation, c'est de la discussion
85 avec les familles, avec les médecins tout ça donc voilà.

86 **Moi : OK bah merci beaucoup !!**

87 IDE : Bah c'est top !!!

88 **Moi : Ben en tout cas merci !!!**

89 IDE : Ben de rien !

Annexe 5 : Entretien n°3

Service de psychiatrie, Unité d'entrée d'une Unité pour Malades Difficiles, durée d'entretien 9 minutes.

Moi : Dans le cadre de mon entretien, de mes entretiens de TFE, je vais vous poser quelques questions qui aborderont la relation soignant-soigné-aidant. Donc premièrement, est-ce que vous pouvez vous présenter et me dire depuis combien de temps vous êtes diplômé ?

IDE : Je m'appelle (prénom), je suis infirmier depuis 2015, là je travaille en psychiatrie depuis 2015, j'ai fait un accueil crise fermé pendant deux ans et demi, avant de venir en UMD, donc janvier 2017. Et je suis là depuis... ben depuis janvier 2017, donc ça va faire neuf ans.

Moi : Ok, est-ce que durant votre parcours vous avez suivi des formations centrées autour du relationnel ou de l'accompagnement de la famille ?

IDE : Pas du tout !!! Alors il en existe, il y a, mais pas en ce qui me concerne.

Moi : Ok, du coup concernant la relation triangulaire soignant-soigné-aidant, comment vous vous positionnez au milieu de la relation soigné-aidant ?

IDE : Alors on essaie toujours de voir les aidants, c'est souvent la famille, pour voir s'ils sont réellement aidants. Parce que le but étant de savoir, en particulier les parents, ça peut être les frères et sœurs, ça peut être les tantes, les oncles... voir s'ils sont vraiment une ressource pour le patient. Parce qu'il y a beaucoup de ce qu'on peut appeler les aidants qui sont en fait, qui mettent souvent plus le patient en difficulté qu'autre chose... Donc nous le but ça va être de savoir si c'est des gens sur qui on peut compter, si... qu'est-ce qu'ils peuvent apporter ? Qu'est-ce qu'ils connaissent de la pathologie ? Qu'est-ce qu'ils connaissent de la vie du patient ? Pour pouvoir l'aider au mieux. Et donc nous, on pourra qualifier ensuite d'aidant ou pas.

Moi : Ok. Et du coup comment vous impliquez l'aidant dans la prise en charge du patient ?

IDE : Ça va dépendre de ce que, de la disponibilité de l'aidant, de ce qu'il est en mesure d'apporter... donc ça dépend qui il est par rapport au patient. Donc voilà, si c'est un membre de la famille, c'est quand même souvent plus facile de l'intégrer pleinement, si c'est juste un ami

26 ou un ancien patient qui a les mêmes troubles ou qui a connu les mêmes troubles qui va pouvoir
27 aider, voilà donc ça va dépendre de qu'est-ce qu'il peut apporter et comment il l'apporte.

28 **Moi : Ok après si on se concentre un peu plus sur l'aidant, est-ce que vous pourriez me**
29 **donner une définition de ce qu'est un aidant pour vous ?**

30 IDE : Alors pour nous, enfin pour moi plutôt, un aidant c'est une personne ressource donc que
31 ce soit la mère, le père, un ami, un membre de la famille, un ancien patient qui a vécu la même
32 pathologie, ou les mêmes troubles, ou les mêmes difficultés. C'est vraiment quelqu'un qui peut
33 apporter quelque chose au patient. Donc d'une manière ou d'une autre que ce soit financière,
34 que ce soit émotionnel, que ce soit en présentiel, que ce soit... peu importe, mais c'est vraiment
35 quelqu'un sur qui on va pouvoir compter. C'est-à-dire si on va lui demander voilà, je dirais un
36 truc lors d'une visite de ramener des produits d'hygiène et qui vient les mains vides... bon si on
37 l'a prévenu 2-3 fois, qui vient sans... On dit bon, au niveau ressources c'est pas magique...
38 Voilà, le but ce n'est pas de mettre le patient en difficulté, c'est pas l'aidant, c'est pas quelqu'un
39 qui va dire "ton traitement il faut pas le prendre parce qu'il te fait du mal". Il y en a qui nous
40 l'ont sorti... Ben non, c'est pas une personne aidante ça !! Si la personne a besoin d'un
41 traitement, c'est pas pour le plaisir... Et si c'est pas l'aidant qui choisit le traitement, c'est le
42 médecin. C'est même pas nous, c'est le médecin donc on ne va pas à l'encontre du médecin là-
43 dessus. Voilà après l'aidant, ça va être quelqu'un qui va rassurer le patient vis-à-vis de ses
44 troubles, de sa pathologie, qui va être présent, si tu peux compter sur moi et sur qui on peut
45 compter effectivement. Ce n'est pas juste des paroles en l'air. Donc tous les aidants n'en sont
46 pas malheureusement...

47 **Moi : Ok. Et selon vous, quel est son rôle à l'aidant ?**

48 IDE : Je dirais, accompagner le patient dans sa vie au quotidien. Alors ça ne veut pas dire tous
49 les jours, ça va dépendre de l'aidant, mais voilà c'est pas en permanence, c'est pas vivre avec,
50 mais c'est voilà être présent quand le patient en a besoin.

51 **Moi : Et du coup aux UMD, sachant que ben ils sont un peu coupés du monde extérieur,**
52 **comment ils peuvent être là au quotidien la famille, sachant que ben c'est un peu**
53 **compliqué...**

54 IDE : Via les appels téléphoniques ou via les visites. On organise, on fait en sorte que ça se
55 fasse. Bon après des fois, il y a des patients qui veulent pas parce qu'ils ont honte de ce qu'ils

56 ont fait, parce qu'ils ont fait du mal à leur famille par exemple. Du coup des fois la famille
57 rejette aussi le patient parce qu'il a fait plusieurs fois des mauvaises choses. Donc on essaye de
58 recréer ces liens et de voir parmi les membres de la famille s'il y a vraiment des personnes qui
59 peuvent être des personnes ressources et du coup des aidants et donc essayer de créer un lien
60 stable, durable et avec un lien de confiance qui s'installe entre eux.

61 **Moi : Ok et du coup dans les situations où la famille n'est pas vraiment aidante. Comment**
62 **vous, vous réagissez entre guillemets ?**

63 IDE : Et ben on va essayer de pas forcément de limiter les contacts, mais on va pas utiliser la
64 famille par exemple comme étant un aidant, donc comme ressource pour du coup la ressource
65 aidante ça va être peut-être son unité d'origine, ça va peut-être être un infirmier d'un CMP qu'il
66 a connu et avec qui il s'entend bien. Donc on va chercher quelqu'un dont le patient a une estime
67 ou une confiance, et essayer de recréer un lien avec cette personne, si il en a la nécessité ou le
68 besoin parce que tous les gens n'ont pas forcément envie ou le besoin d'avoir un aidant.

69 **Moi : Ok, du coup si on se base un peu sur des situations qui ont été vécues auparavant.**
70 **Est-ce que vous avez déjà rencontré une situation dans laquelle l'aidant il n'a pas du tout**
71 **facilité la prise en charge du patient ?**

72 IDE : Oui !! Alors très souvent, trop souvent malheureusement, les mamans parce que c'est leur
73 “enfant chéri” et qui vont avoir tendance à vouloir donner à leur enfant ce que l'enfant veut et
74 pas ce que l'enfant a besoin... Et donc ça nous est arrivé que les mamans dissimulent de la
75 drogue, souvent du cannabis, dans les gâteaux, dans les shampoings, dans les... Voilà et du
76 coup forcément le patient se retrouve en consommant des toxiques, se retrouve dans un état
77 voilà difficilement gérable... Mais voilà, la mère, enfin la maman souvent, parce que c'est
78 souvent la maman, pense bien faire. Parce que son fils lui a dit de... donc elle va essayer de lui
79 ramener et voilà, elle veut lui faire plaisir, mais elle comprend pas en fait les conséquences et
80 ce qui se passe derrière quoi. Donc c'est des personnes sur plusieurs visites qui vont nous
81 sembler être des personnes ressources et donc des aidants, et on se rend compte qu'au final ils
82 en sont pas du tout parce qu'ils ne comprennent pas ni la pathologie, ni l'état clinique, ni voilà...
83 Eux c'est “c'est mon fils” ou “c'est mon ami” parce que des fois c'est aussi des collègues mais
84 voilà des collègues avec qui ils fument et qui disent “ça fait longtemps que j'ai pas fumé” en
85 écrivant un courrier est-ce que tu peux me ramener ? Et qui l'autre va essayer de lui ramener
86 tant mal que bien. Alors qu'il est dans une unité voilà.

87 **Moi : Et du coup comment vous positionnez-vous quand vous, quand vous devez, quand**
88 **la famille comme ça elle est néfaste entre guillemets à la prise en charge et comment vous**
89 **vous allez le dire à la famille ?**

90 IDE : Alors nous la famille si on a remarqué par exemple qu'ils ont fait rentrer du cannabis ou
91 que même dans leur discours ou autre n'aide pas le patient, soit parce que ils lui rentrent dedans
92 et que “tu te rends compte de ce que t'as fait” et ... C'est bien de ramener la personne à la réalité
93 de ce qu'elle a pu faire et qui peut l'avoir amené ici, mais il y a une manière de le faire aussi. Et
94 il y a par exemple, on a des patients qui ont tué des membres de leur famille et donc les membres
95 vivants qui viennent leur rendre visite et qui leur rentrent dedans complètement en disant “de
96 toute façon c'est la dernière fois que tu me vois, on te parlera plus jamais, t'es un monstre...”
97 voilà, c'est pas... c'est pas utile et ça sert pas le patient. Donc là, nous on va couper court à
98 l'entretien et on leur dit ben “si vous vous êtes pas prêts à venir en visite, vous ne venez pas”.
99 Le but c'est pas de démolir la personne émotionnellement, si c'est pour la mettre dans un état
100 minable ou la pousser au suicide... il n'y a pas nécessité que vous soyez là. Donc voilà, c'est en
101 fonction de notre évaluation, qu'on pourra maintenir ou pas le lien. Donc en tout cas pour les
102 visites, après le téléphone après c'est si le patient lui veut continuer le téléphone, mais les visites
103 on peut les suspendre, voir les arrêter complètement en fonction.

104 **Moi : OK OK bah merci beaucoup pour vos réponses !!**

Annexe 6 : Entretien n°4

Service de Pédiatrie en Néonatalogie, durée de l'entretien 9 minutes.

1 **Moi : Du coup, dans le cadre de mes entretiens de TFE, je vais vous poser quelques petites**
2 **questions qui aborderont la relation soignant, soigné et aidant. Donc premièrement, est-**
3 **ce que vous pouvez vous présenter et me dire depuis combien de temps vous êtes diplômé**
4 **?**

5 IDE : Donc je m'appelle (prénom) et je suis diplômée depuis 1996. J'ai enchaîné infirmière et
6 puer. Et j'ai travaillé d'abord pendant quatre ans dans un service de réanimation pédiatrique sur
7 (ville) et ensuite je suis venue ici donc ça fait une éternité que je travaille en néonatalogie. Depuis que
8 je suis sur l'hôpital de (nom de la ville), j'ai jamais changé de service.

9 **Moi : Donc ça fait combien de temps à peu près que vous êtes ici ?**

10 IDE : Et ben 27 ans à peu près.

11 **Moi : Est-ce que durant votre parcours vous avez suivi des formations centrées sur le**
12 **relationnel ou l'accompagnement des familles ?**

13 IDE : Alors j'ai fait, oui, j'ai fait plusieurs formations. J'ai pas forcément tous les noms en tête,
14 mais j'ai fait un DU sur les soins de développement. J'ai fait plusieurs formations. Oui j'en ai
15 fait plusieurs. L'an passé, j'ai fait, j'ai passé un diplôme de secourisme en santé mentale donc
16 pour pouvoir essayer d'être plus aidant avec des familles qui seraient en difficulté.

17 **Moi : Ok, du coup voilà on va aborder un peu la relation triangulaire donc soignant-**
18 **soigné-aidant. Du coup vous comment vous vous positionnez au milieu de la relation**
19 **soigné-aidant ?**

20 IDE : Donc c'est-à-dire que moi en tant que ??

21 **Moi : En tant que soignante, vous vous positionnez comment entre le patient et ses**
22 **proches, la famille, l'aidant ?**

23 IDE : C'est-à-dire que ici, notre travail il consiste essentiellement à s'aider de l'enfant, à soigner
24 l'enfant, mais la prise en charge de sa famille est au cœur de la prise en charge. C'est-à-dire que
25 il faut d'abord leur donner une place aux parents qui est énorme, les mettre en avant et du coup,
26 cerner leurs difficultés est au cœur de nos préoccupations.

27 **Moi : Ok, et comment du coup vous impliquez l'aidant dans la prise en charge du patient**
28 **du coup ?**

29 IDE : En fait il faut vraiment que les parents... donc on parlait des parents bien sûr ?

30 **Moi : Ben du coup dans votre service oui**

31 IDE : C'est ça. Donc en fait il faut vraiment que les parents soient mis en avant et il faut vraiment
32 avoir en tête que ces enfants ne sont pas nos enfants, mais ce sont les leurs et qu'il faut que ce
33 soit eux qui aient le rôle principal. Nous, on a des connaissances des formations, on applique
34 certains soins qui sont importants. Mais il faut avoir en tête que le plus important pour ces
35 enfants, ce sont, c'est la présence de ses parents. Et il faut vraiment, voilà, le répéter, faire en
36 sorte que le « peau à peau » soit au cœur de la prise en charge et soit un des soins les plus
37 importants au quotidien.

38 **Moi : D'accord, et du coup concernant principalement l'aidant en particulier, est-ce que**
39 **vous pourriez me donner selon vous une définition de ce qu'est un aidant ?**

40 IDE : Un aidant au quotidien, c'est quelqu'un qui va être disponible, qui va être à l'écoute, qui
41 va, qui va accompagner la personne en l'occurrence là l'enfant tout au long des épreuves qu'il
42 va traverser et qui va l'entourer dans ce parcours.

43 **Moi : OK et selon vous, quel est le rôle du coup de cet aidant ?**

44 IDE : Ben le rôle c'est principalement, surtout en néonate, c'est de la présence, de la présence, de
45 l'attention, la bienveillance et du soin.

46 **Moi : Et du coup vous en néonate pour vous l'aidant c'est uniquement les parents ou il y a**
47 **d'autres personnes qui peuvent être aidants ?**

48 IDE : Ben en fait, c'est aux parents de déterminer si d'autres personnes peuvent être aidants.
49 C'est-à-dire que si les parents ont des personnes ressources qui sont importantes pour eux, il
50 faut qu'on donne de la place à ces personnes ressources. C'est pour ça que l'hiver en période
51 hivernale où les visites sont fermées, ben c'est difficile parce que ces personnes ressources n'ont
52 plus accès au service et pour les parents ça peut être des moments un peu de solitude ou un peu
53 difficiles quand ces personnes-là peuvent pas rentrer. C'est pas forcément les grands-parents,
54 ça peut être quelqu'un qui est cher pour eux, une amie ou la future marraine ou peu importe
55 quoi...

56 **Moi : Et en temps normal au niveau des visites ? Qui a le droit de venir leur rendre visite**
57 **?**

58 IDE : Quand ce n'est pas, on n'est pas en période hivernale, c'est les parents et une personne
59 ressource à la fois donc après c'est aux parents de déterminer. Voilà, on essaie de pas mettre,
60 de limite aux grands-parents parce que dans certaines familles les grands-parents ne seront pas
61 "personne en ressources". Mais c'est aux parents de déterminer qui est important pour eux, dans
62 leur vie, dans leur famille, dans leur histoire.

63 **Moi : Du coup si on vient enfin, si on vient à des situations que vous avez vécues à travers**
64 **votre parcours, est-ce que vous avez vécu ou rencontré une situation dans laquelle l'aidant**
65 **il a pas facilité la prise en charge du patient.**

66 IDE : Bah oui parfois c'est compliqué dans les... c'est un exemple qui me vient en tête, dans
67 les... autour de l'allaitement. Donc par exemple dans des situations où l'allaitement, où la mère
68 rencontre un peu des difficultés et la mère ou la belle-mère parfois intervient en disant "ohh je
69 pense qu'un biberon serait le bienvenu", des choses comme ça et donc là ça casse un peu tout
70 notre travail ça... ça va l'encontre de ce qu'on en train d'essayer de mettre en place. Et ça
71 peut...ça peut un peu perturber l'objectif qu'on a et puis voilà tu te dis mais quelle est la place
72 de la mère là-dedans ? elle n'arrive pas à s'imposer et oui ça peut-être un peu... voilà, c'est un
73 petit exemple classique on va dire.

74 **Moi : OK donc c'est quand quelqu'un d'autre vient interrompre l'allaitement ou quand**
75 **c'est la mère qui refuse elle d'allaiter son enfant.**

76 IDE : Non non, c'est quand quelqu'un d'autre extérieur intervient et donne son avis sur ce que
77 il faudrait faire, "non mais si tu donnes des bib, c'est pas grave !! T'inquiète pas !!" ce genre de
78 choses comme ça ou elle va dire "mais est-ce que vous croyez", elle va dire "est-ce que vous
79 croyez que, que son lait il est bon ?" ce genre de question...

80 **Moi : Du coup ça peut... pour la mère**

81 IDE : Ben ça peut perturber la mère du coup, elle va se poser des questions et va se dire ben
82 "peut-être que ma mère elle a raison, mon lait il est peut-être pas si bon puisque le bébé il ne
83 grossit pas..."

84 **Moi: Et donc quel va être du coup l'impact ? Parce que là du coup c'est enfin de ce que**
85 **moi je comprends, c'est plus un impact sur la mère, mais sur l'enfant du coup ça va être**
86 **quoi ?**

87 IDE : Ah ben là, ça peut, la mère peut décider de... au bout d'un moment elle dit “bon finalement
88 j'ai réfléchi bah oui je vais peut-être donner un biberon...” et oui ça peut mettre en péril
89 l'allaitement.

90 **Moi : Ok. Bon ben si vous avez rien à rajouter, c'est bon pour moi. Merci beaucoup !!!**

Annexe 7 : Tableaux d'analyses

Présentation :				
Sous partie	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4
Présentation	- Laure - IDE diplômée depuis 2000 - Secteur hospitalier pendant 10 ans - Secteur libéral depuis 2009, soit 17 ans - Pas de formation spécifique sur le relationnel ou l'accompagnement des familles	- Clara - IDE en réanimation depuis 9 mois - Diplômée depuis 2025 - Mémoire de fin d'étude sur la relation triangulaire en pédiatrie	- Aurélien - IDE diplômé depuis 2015 - Travaille en psychiatrie depuis 2015, 2 ans en accueil crise fermé et à l'UMD depuis 2017, soit 9 ans. - Pas de formation spécifique sur le relationnel ou l'accompagnement des familles	- Marine - IDE diplômée depuis 1996 + puéricultrice - 4 ans de travail en réa pédiatrique. - Depuis 27 ans travaille en néonatal. - Oui plusieurs formations : DU sur les soins de développement, diplôme de secourisme en santé mentale (l'an passé),...

Relation triangulaire : soignant-soigné-aidant				
Relation de soin	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4
Asymétrie et cadre légal Technique du soignant (Manoukian)	Se positionne par la prescription : <i>« ...en tant que professionnelle de santé, en tant qu'infirmière, du coup moi je suis là pour, pour soigner les patients selon une prescription, une prescription médicale. »</i>	Détient le pouvoir face à l'inconnu : <i>« ...ils posent plein de questions sur les machines, sur tout l'environnement du patient... Donc on est là pour les renseigner... »</i>	Pouvoir institutionnel du soignant en UMD, qui évalue, filtre et valide (ou non) la légitimité des membres de la triade : <i>« ...nous le but ça va être de savoir si c'est des gens sur qui on peut compter [...] Et donc nous, on pourra qualifier ensuite d'aidant ou pas. »</i>	Utilisation du pouvoir pour restituer aux parents leur rôle principal : <i>« ...avoir en tête que ces enfants ne sont pas nos enfants, mais ce sont les leurs et qu'il faut que ce soit eux qui aient le rôle principal. »</i>
Vulnérabilité du soigné et respect de l'intimité (Manoukian)	Gère la vulnérabilité chronique à : <i>« ...si vous aussi vous pouvez l'aider pour pas qu'il prenne une</i>	Fait face à une vulnérabilité extrême et vitale : <i>« ...nous c'est vrai qu'on a des patients qui sont</i>	La "conscience" du soignant fait office de bouclier éthique lorsque l'intrusion du tiers aggrave la vulnérabilité psychique et met en	Le respect de l'intimité passe par le décodage et la protection de la santé mentale de ces parents :

	<i>douche laver le dos. »</i>	<i>souvent endormis... »</i> <i>« Et puis des fois il y a la culpabilité aussi des familles, quand c'est [...] sur des tentatives de suicide par exemple. »</i>	péril l'intégrité vitale du patient : <i>« ...le patient se retrouve en consommant des toxiques, se retrouve dans un état voilà difficilement gérable... »</i> <i>« Le but c'est pas de démolir la personne émotionnellement, si c'est pour la mettre dans un état minable ou la pousser au suicide... »</i>	<i>« ...cerner leurs difficultés est au cœur de nos préoccupations. »</i> <i>« L'an passé, j'ai fait [...] un diplôme de secourisme en santé mentale donc pour pouvoir essayer d'être plus aidant avec des familles qui seraient en difficulté. »</i>
Philosophie du <i>Caring</i> et de l'intégrité globale (<i>Jean Watson</i>)	Le soin dépasse l'acte technique par l'intégration au milieu de vie : <i>« ...petit à petit au fil du temps et ben une habitude s'installe [...] et je me retrouve un petit peu au</i>	Recherche l'intégrité et le confort psychique global : <i>« ...ça fait participer la famille ça met le patient aussi en confort et en confiance dans</i>	Au-delà de l'enfermement sécuritaire, l'IDE cherche le soin de l'esprit (<i>caring</i>) en tentant de restaurer l'environnement affectif et relationnel du patient :	Le <i>caring</i> comme fondement du lien : <i>« ...notre travail il consiste essentiellement à s'aider de l'enfant, à soigner l'enfant, mais la prise en charge de sa</i>

	<i>milieu de cette famille... »</i>	<i>son environnement, on va dire. »</i>	<i>« ...on essaye de recréer ces liens [...] et essayer de créer un lien stable, durable et avec un lien de confiance qui s'installe entre eux. »</i>	<i>famille est au cœur... »</i> <i>« ...faire en sorte que le peau à peau soit au cœur de la prise en charge et soit un des soins les plus importants au quotidien. »</i>
--	-------------------------------------	---	---	--

Relation triangulaire : soignant-soigné-aidant				
Relation de confiance	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4
Dimension dynamique de la confiance (Paillard)	Construite par la répétition et le temps : <i>« ...petit à petit au fil du temps et ben une habitude s'installe, des soins s'installent... »</i>	Initiée dès l'accueil pour briser l'angoisse : <i>« ...on explique avec un vocabulaire adapté bien sûr. Et c'est beaucoup de réassurance. »</i>	Une expérience dynamique longue à reconstruire, particulièrement après une rupture ou un drame : <i>« ...essayer de recréer ces liens [...] et essayer de créer un lien stable, durable et avec un lien de</i>	Ajustement vis-à-vis des difficultés rencontrées : <i>« ...cerner leurs difficultés est au cœur de nos préoccupations. [...] essayer d'être plus aidant avec des familles qui seraient en difficulté. »</i>

			<i>confiance qui s'installe entre eux. »</i>	
La confiance cléricale : le soigné est passif face au savoir (Hammer)	Sous entendue par l'acceptation de la prescription : <i>« ...moi je suis là pour, pour soigner les patients selon une prescription... »</i>	Absente car patient <i>« souvent endormis »</i>	L'institution impose la supériorité du savoir médical face aux croyances ou aux interférences de l'entourage : <i>« ...c'est pas quelqu'un qui va dire "ton traitement il faut pas le prendre parce qu'il te fait du mal" [...] c'est le médecin [...] on ne va pas à l'encontre du médecin là-dessus. »</i>	Modèle rejeté par la professionnelle : <i>« ...ces enfants ne sont pas nos enfants, mais ce sont les leurs et qu'il faut que ce soit eux qui aient le rôle principal. »</i>
La confiance pragmatique : basée sur la preuve des compétences (Hammer)	La validation par le soin programmé et récurrent : <i>« On définit un nombre de</i>	La validation par l'explication de l'environnement technique :	Mesure de la fiabilité de l'aidant : <i>« C'est-à-dire si on va lui demander voilà</i>	Déplacée sur la compétence parentale : <i>« Nous, on a des connaissances [...] Mais il faut</i>

	<i>passages et des horaires de passage. »</i> L'extension abusive de la demande pragmatique : <i>« Est-ce que vous pouvez faire chauffer le petit déjeuner de maman ? [...] ouvrir les volets... »</i>	<i>« Ils posent plein de questions sur les machines, sur tout l'environnement du patient... »</i> Le besoin de renseignements cliniques pour lâcher prise : <i>« Ils demandent des renseignements, des explications... »</i>	<i>[...] de ramener des produits d'hygiène et qui vient les mains vides... bon [...] on dit bon, au niveau ressources c'est pas magique... »</i>	<i>avoir en tête que le plus important... c'est la présence de ses parents. » Ici, l'IDE utilise sa propre compétence technique pour valider et valoriser les compétences pragmatiques des parents</i>
La confiance professionnelle : attentes légitimes liées au rôle	Contestée par l'IDE car l'aidant dérive vers d'autres tâches : <i>« ...ils nous prennent pour des infirmières, pour des aides ménagères, pour des coursières... »</i>	Claire et attendue par les proches sur le rôle d'information : <i>« ...au niveau du positionnement, on est là pour les renseigner souvent en réanimation</i>	Repose sur l'attente que l'aidant comprenne le cadre de l'UMD et s'aligne sur les objectifs de l'équipe thérapeutique : <i>« ...qu'est-ce qu'ils connaissent de la pathologie</i>	Un socle institutionnel rassurant par l'expérience de l'IDE : <i>« ...diplômée depuis 1996. J'ai enchaîné infirmière et puer. [...] j'ai jamais changé de service. »</i>

		<i>c'est ce qui demande... »</i>	<i>? [...] c'est vraiment quelqu'un sur qui on va pouvoir compter. Ce n'est pas juste des paroles en l'air. »</i>	
La confiance affinitaire : liens de proximité et qualité du relationnel (Hammer)	Frôlant l'intégration à la famille : <i>« ...depuis 17 ans, je fais quelquefois partie de la famille, quelquefois je suis même invitée au repas. »</i>	Permet d'apaiser le patient en étant créé artificiellement : <i>« ...d'avoir des visages communs, d'avoir une voix qu'ils connaissent, ça les rassure aussi les patients... »</i>	Pilier de la réassurance affective et indispensable pour apaiser l'angoisse de l'internement, à condition qu'elle reste structurante : <i>« ...l'aidant, ça va être quelqu'un qui va rassurer le patient vis-à-vis de ses troubles, de sa pathologie, qui va être présent... »</i>	Construction dans le partage, la bienveillance et le soutien face à la sollicitude des parents : <i>« ...diplôme de secourisme en santé mentale... »</i> <i>« ...pour les parents ça peut être des moments un peu de solitude ou un peu difficiles... »</i>
La confiance rationnelle : focus sur la	Pas de protocole spécifique mais plutôt centrée sur	Centrée sur l'explication des	Effondrement lorsque la famille conteste	Justifie scientifiquement la place centrale

science et les protocoles (Hammer)	l'éducation thérapeutique : « ...ce à quoi elle doit faire attention en cas d'hypo ou même en cas d'hyperglycémie. »	dispositifs médicaux : « ...ils posent plein de questions sur les machines [...] les machines, le respirateur, les dialyses, des fois les ECMO... »	l'objectivité des protocoles : « “ton traitement il faut pas le prendre parce qu'il te fait du mal”. Il y en a qui nous l'ont sorti... Ben non, c'est pas une personne aidante ça !! Si la personne a besoin d'un traitement, c'est pas pour le plaisir... »	des parents auprès du nouveau-né : « J'ai fait un DU sur les soins de développement. » « ...faire en sorte que le peau à peau soit au cœur de la prise en charge... »
---------------------------------------	---	--	---	---

Relation triangulaire : soignant, soigné, aidant				
Relation triangulaire	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4
Élargissement de l'accueil et triade structurelle (Wanquet-Thibault)	Intégration d'emblée à domicile : « ...quand je suis chez mes patients, déjà	Organisation institutionnelle de l'accueil : « ...les visites c'est de 14 heures à 20h. On leur dit	Organisation institutionnelle : « Via les appels téléphoniques ou via les visites. On organise, on fait	L'accueil du nouveau-né est indissociable de celui de son entourage. La triade n'est pas

	<i>c'est souvent le patient ou la famille à qui m'appelle. »</i>	<i>qu'ils peuvent venir quand ils veulent, qu'ils peuvent appeler quand ils veulent... »</i>	<i>en sorte que ça se fasse. »</i>	subie, elle est structurelle : « <i>La prise en charge de sa famille est au cœur de la prise en charge. C'est-à-dire que il faut d'abord leur donner une place aux parents qui est énorme... »</i> « <i>...c'est aux parents de déterminer si d'autres personnes peuvent être aidants [...] donner de la place à ces personnes ressources. »</i>
Clarification des places et Risque d'usurpation (Wanquet-	Usurpation et dérives des rôles par l'aidant : « <i>...est-ce que vous pouvez</i>	Un aidant dans sa place d'accompagnant : « <i>...on va déjà demander [...] de ramener les</i>	Confusion des rôles et envahissement lorsque la mère cède aux désirs du patient :	Double menace : - usurpation par le soignant (évitée) : « <i>...avoir en tête que ces enfants</i>

Thibault / Ruszniewski)	<i>faire chauffer le petit déjeuner de maman ? Est-ce que vous pouvez ouvrir les volets [...] voilà là je suis plus personne à qui on nous rajoute du travail... »</i>	<i>affaires parce que ça fait participer la famille ça met le patient aussi en confort... »</i>	<i>« ...les mamans parce que c'est leur "enfant chéri" et qui vont avoir tendance à vouloir donner à leur enfant ce que l'enfant veut et pas ce que l'enfant a besoin... »</i>	<i>ne sont pas nos enfants, mais ce sont les leurs... »</i> <i>- usurpation par un tiers (subie)</i> <i>« ...la mère rencontre un peu des difficultés et la mère ou la belle-mère parfois intervient [...] tu te dis mais quelle est la place de la mère là-dedans ? elle n'arrive pas à s'imposer... »</i>
Alliance (Wanquet-Thibault)	<i>Axée sur la prévention partagée : « ...quand je vais voir la famille je vais leur donner des conseils sur ce que la personne doit manger... »</i>	<i>Co-construction du soin de réveil : « ...sur des réveils un peu agités, les familles nous aident beaucoup pour rassurer le patient... »</i>	<i>L'alliance n'est pas automatique : elle est soumise à une évaluation clinique stricte par l'équipe soignante avant d'être validée : « ...voir s'ils sont vraiment une ressource pour le</i>	<i>Co-construction du soin : « Le plus important pour ces enfants, ce sont, c'est la présence de ses parents [...] faire en sorte que le peau à peau soit au cœur de la</i>

			<i>patient [...] savoir si c'est des gens sur qui on peut compter, qu'est-ce qu'ils peuvent apporter ? »</i>	<i>prise en charge... »</i>
La famille comme “second patient” et holding (<i>Ruszniewski</i>)	Souffrance chronique / Usure : L'aidant est épuisé par le quotidien. Sa détresse s'exprime par des demandes hors cadre (ménage, volets), traduisant un besoin d'allègement de sa charge. Holding relationnel : S'inscrit dans la durée et l'intimité du foyer « <i>faire</i>	Souffrance aiguë / Traumatisme : L'aidant est en état de choc face à la technicité (« <i>les machines font peur</i> ») et submergé par un fort sentiment de « <i>culpabilité</i> » Holding clinique : Passe par une déculpabilisation active « <i>leur dire que c'est pas de leur faute</i> », de la pédagogie et une accessibilité H24 « <i>ils peuvent appeler quand ils veulent</i> ».	IDE médiateur central d'une architecture émotionnelle traumatique. Il doit faire preuve de <i>holding</i> (contenance) face à la détresse et à la violence des projections familiales : « ...on a des patients qui ont tué des membres de leur famille et donc les membres vivants qui viennent leur rendre visite et qui leur rentrent dedans complètement... »	Contenir les parents : Second patient → « ...pour les parents ça peut être des moments un peu de solitude ou un peu difficiles... » le holding → « ...cerner leurs difficultés est au cœur de nos préoccupations [...] être plus aidant avec des familles qui seraient en difficulté. »

	<i>partie de la famille, invitée au repas ».</i> La régularité des passages stabilise l'angoisse du domicile.			
--	---	--	--	--

Relation triangulaire : soignant-soigné-aidant				
Les limites de cette relation triangulaire	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4
Technicité et rigidité des protocoles (Hesbeen)	La limite s'exprime par le refus de sortir du rôle propre infirmier : <i>« ...on nous rajoute du travail qui n'est pas du tout dans notre rôle propre. »</i>	La haute technicité effraie : <i>« ...quand on rentre dans une chambre de réa, les machines, le respirateur [...] ça fait un peu peur aux familles. »</i>	La rigidité est ici thérapeutique, légale et sécuritaire. Le protocole s'impose face aux croyances de la famille : <i>« Le médecin choisit le traitement... on ne va pas à l'encontre</i>	La contrainte institutionnelle vs le besoin humain : <i>« C'est pour ça que l'hiver en période hivernale où les visites sont fermées, ben c'est difficile parce que ces personnes ressources n'ont</i>

			<i>du médecin là-dessus. »</i>	<i>plus accès au service... »</i>
Risque d'effacement du sujet soigné (Hesbeen)	Patient devient objet de requêtes logistiques entre tiers : « ...des personnes du style qui te disent ce week-end on sera pas là, est-ce que vous pouvez faire chauffer le petit déjeuner de maman ? »	Patient inconscient au centre des négociations : « ...nous c'est vrai qu'on a des patients qui sont souvent endormis [...] tant que la famille n'est pas complètement ok ben on est un peu bloqué aussi. »	Patient effacé et infantilisé par une relation fusionnelle et pathologique : « ...les mamans [...] vont avoir tendance à vouloir donner à leur enfant ce que l'enfant veut et pas ce que l'enfant a besoin... »	L'annulation des compétences par l'entourage : « ...la mère rencontre un peu des difficultés et la mère ou la belle-mère parfois intervient [...] elle n'arrive pas à s'imposer... »
Double allégeance, médiation et conflits (Hesbeen)	Tension relationnelle directe générée par le recadrage : « Déjà c'est agaçant pour nous [...] du coup selon ce qu'on leur répond et comment on	Conflits d'objectifs éthiques en fin de vie (LATA) : « ...les familles font un peu obstacle, parce que "oui mais il a bougé la main" [...] Donc après ben c'est de la négociation, c'est	Médiation extrême face à des conflits familiaux destructeurs ou médico-légaux : « ...les membres vivants qui viennent leur rendre visite et qui le rentrent dedans complètement en	L'arbitrage entre l'expertise et le mythe familial : « ...ça va à l'encontre de ce qu'on est en train d'essayer de mettre en place [...] et oui ça peut mettre en péril l'allaitement. »

	<i>leur répond forcément ça met un froid. »</i>	<i>de la discussion... »</i>	<i>disant [...] t'es un monstre... »</i>	
Engagement émotionnel et juste distance (Hesbeen)	Distance fragile avec risque de relation trop fusionnelle : « ...depuis 17 ans, je fais quelquefois partie de la famille, quelquefois je suis même invitée au repas. »	Empathie lucide de l'IDE qui comprend les mécanismes de défense des proches : « ...ils se raccrochent à ça et en vrai ça ne me choque pas, ça peut paraître normal. Ils se raccrochent à ce qu'ils peuvent... »	Face à l'absence de limites psychiques du proche, l'IDE assume un rôle d'arbitre : il rompt délibérément le triangle de soins pour protéger le patient et rétablir la juste distance : « Donc là, nous on va couper court à l'entretien et on leur dit ben si vous vous êtes pas prêts à venir en visite, vous ne venez pas. » « ...les visites on peut les suspendre, voir les arrêter complètement en fonction. »	Ne pas s'immiscer dans le conflit familial mais protéger le duo mère-enfant : « ...cerner leurs difficultés est au cœur de nos préoccupations [...] essayer d'être plus aidant... » « ...tu te dis mais quelle est la place de la mère là- dedans ? »

Relation triangulaire : soignant-soigné-aidant				
Les atouts de cette triade	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4
Complémentarité des savoirs <i>(Publications 2019)</i>	L'IDE croise son savoir avec l'action quotidienne de l'aidant : <i>« ...je vais leur donner des conseils sur ce que la personne doit manger [...] Ce à quoi elle doit faire attention en cas d'hypo... »</i>	Reconnaissance absolue du savoir biographique du proche : <i>« ...c'est quelqu'un qui connaît le patient déjà, qui connaît ses habitudes, qui va pouvoir me renseigner [...] Souvent ils nous apprennent plein de trucs sur leurs habitudes de vie... »</i>	Aidant plutôt faible mais avec un savoir sur l'histoire de vie et la biographie du patient, un atout indispensable pour guider les actions des soignants : <i>« ...qu'est-ce qu'ils connaissent de la pathologie ? Qu'est-ce qu'ils connaissent de la vie du patient ? Pour pouvoir l'aider au mieux. »</i>	Le croisement du savoir profane et de l'expertise : <i>« Nous, on a des connaissances des formations, on applique certains soins qui sont importants. Mais il faut avoir en tête que le plus important pour ces enfants [...] c'est la présence de ses parents. »</i>
La famille comme sentinelle de sécurité	L'aidant assure le relai de sécurité à domicile :	L'aidant sécurise la collecte des données médicales fondamentales :	L'implication d'un proche sain permet de canaliser	Une vigilance bienveillante : <i>« Un aidant au quotidien, c'est</i>

<i>(Publications 2019)</i>	<i>« ...je vais dire à la famille voilà faites attention machin si vous aussi vous pouvez l'aider pour pas qu'il prenne une douche... »</i>	<i>« ...un truc tout bête l'ordonnance, le médecin qui demande 50 fois l'ordonnance [...] Ben en fait s'il n'y a pas d'aidant [...] des fois c'est un peu compliqué quoi. »</i>	<i>l'angoisse psychotique et de transformer l'isolement en vecteur de résilience : « ...l'aidant, ça va être quelqu'un qui va rassurer le patient vis-à-vis de ses troubles, de sa pathologie, qui va être présent... »</i>	<i>quelqu'un qui va être disponible, qui va être à l'écoute, qui va [...] accompagner l'enfant tout au long des épreuves qu'il va traverser et qui va l'entourer... »</i>
<i>Participation constructive. Passer du « faire pour » au « faire avec » (Autonomisation)</i>	<i>Éducation thérapeutique de l'aidant pour le rendre autonome : « ...je vais faire un peu ce rôle de prévention et aussi curatif selon le soin. »</i>	<i>Partenariat actif durant les soins critiques : « ...on le fait participer, ils viennent [...] les familles nous aident beaucoup pour rassurer le patient... » Une ouverture du service qui</i>	<i>Réinvention de la triade. En cas de défaillance ou de toxicité de l'aidant naturel, l'IDE ne renonce pas au modèle triangulaire. Il substitue la famille par un tiers professionnel familier pour</i>	<i>La co-construction de la parentalité : « ...il faut vraiment que les parents soient mis en avant [...] et qu'il faut que ce soit eux qui aient le rôle principal. » « ...faire en sorte que le</i>

		humanise et contient le stress : <i>« On leur dit qu'ils peuvent venir quand ils veulent, qu'ils peuvent appeler quand ils veulent aussi pour prendre des nouvelles, ça c'est important pour nous parce qu'au moins ils ne restent pas avec leurs angoisses quoi, ils peuvent appeler directement. »</i>	maintenir une alliance solide autour du patient : <i>« ...la ressource aidante ça va être peut-être son unité d'origine, ça va peut-être être un infirmier d'un CMP qu'il a connu et avec qui il s'entend bien. Donc on va chercher quelqu'un dont le patient a une estime ou une confiance... »</i>	<i>peau à peau soit au cœur de la prise en charge et soit un des soins les plus importants au quotidien. »</i>
--	--	--	--	---

L'aidant				
Définition de l'aidant	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4
Caractère non professionnel et régulier (HAS, 2014)	Une présence ancrée dans la régularité : « Un aidant c'est quelqu'un qui aide, quelqu'un qui est là de façon, de façon régulière chez une personne. »	Un statut élargi au-delà de la famille : « Famille ou proche, parce que je dis famille, mais en fait les aidants ça peut-être un proche [...] un ami, une compagne, un compagnon... »	Élargissement de la définition en intégrant les pairs-aidants, « ancien patient » ou le réseau amical : « ...que ce soit la mère, le père, un ami, un membre de la famille, un ancien patient qui a vécu la même pathologie... »	La régularité comme repère pour l'enfant : « Un aidant au quotidien, c'est quelqu'un qui va être disponible, qui va être à l'écoute, qui va, qui va accompagner la personne en l'occurrence là l'enfant tout au long des épreuves... »
Lien préexistant (HAS, 2014)	Identification aux cercles de proximité : « C'est souvent un membre de la famille, enfants, ça	Importance de l'intimité relationnelle : « ...pour moi un aidant c'est quelqu'un qui connaît le patient déjà, qui	Un caractère multidimensionnel et affectif. Présence sécurisante face à l'anxiété psychotique : « ...l'aidant, ça va être quelqu'un qui va rassurer le patient	Le socle de l'histoire familiale : « ...ces enfants ne sont pas nos enfants, mais ce sont les leurs... »

	<i>peut-être aussi voisin. »</i>	<i>connaît ses habitudes... »</i>	<i>vis-à-vis de ses troubles [...] que ce soit financière, que ce soit émotionnel... »</i>	<i>« ...c'est aux parents de déterminer qui est important pour eux, dans leur vie, dans leur famille, dans leur histoire. [...] ça peut être quelqu'un qui est cher pour eux, une amie ou la future marraine... »</i>
--	--------------------------------------	---------------------------------------	--	---

L'aidant				
Rôle de l'aidant	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4
L'aidant comme « Pivot » ou « Médiateur » (Ploton / Cyrulnik)	Pivot des actes du quotidien : « <i>Aider !!</i> <i>Accompagner la personne dans ses besoins quotidiens. »</i>	Médiateur entre le monde normé de l'institution et l'histoire du patient : « <i>...ils nous aident beaucoup pour rassurer le patient et le mettre en fait, qu'il ait l'impression un</i>	Une coupure du monde extérieur dans lequel l'aidant devient le pivot de réaffiliation essentiel par le biais des appels téléphoniques ou des visites,	Un passeur de sens et d'émotions : « <i>Un aidant au quotidien, c'est quelqu'un qui va être disponible [...] accompagner la personne en l'occurrence là l'enfant tout au</i>

		<i>peu d'être dans un environnement qu'il connaît... »</i>	organisés par l'équipe : <i>« ...on essaye de recréer ces liens [...] essayer de créer un lien stable, durable et avec un lien de confiance qui s'installe entre eux. »</i>	<i>long des épreuves... »</i> <i>« ...cerner leurs difficultés est au cœur de nos préoccupations. »</i>
Maintien de la dignité et de l'identité (Cyrulnik)	Non abordées	Objets personnels et repères préservant l'unicité : <i>« On va déjà demander [...] de ramener les affaires parce que ça fait participer la famille ça met le patient aussi en confort... »</i>	L'aidant injecte l'histoire de vie du patient (Cercle de l'intime) au sein d'une institution hautement sécurisée et normée (Cercle social) : <i>« ...qu'est-ce qu'ils connaissent de la vie du patient ? Pour pouvoir l'aider au mieux. »</i>	Maintien de la dignité par le parent : <i>« ...avoir en tête que ces enfants ne sont pas nos enfants, mais ce sont les leurs et qu'il faut que ce soit eux qui aient le rôle principal. »</i>

L'aidant comme "Expert d'usage" et de la singularité (Casagrande)	L'IDE instruit l'aidant pour qu'il gère la singularité clinique : « ...quand je vais voir la famille je vais leur donner des conseils sur ce que la personne doit manger doit pas manger... »	Reconnaissance absolue du savoir expérientiel : « ...souvent ils nous apprennent plein de trucs sur leurs habitudes de vie [...] on peut mettre des trucs en place en fonction de ce que la famille nous a dit. »	L'expertise ici requiert une alliance cognitive : l'aidant doit comprendre la maladie pour collaborer efficacement au projet de soins : « ...qu'est-ce qu'ils connaissent de la pathologie ? [...] c'est quelqu'un sur qui on va pouvoir compter. »	Le parent expert de la singularité de son enfant : « ...c'est aux parents de déterminer qui est important pour eux, dans leur vie, dans leur famille, dans leur histoire. » « ...le peau à peau soit au cœur de la prise en charge et soit un des soins les plus importants... »
Le partenariat et la co- décision (Jeandel)	Négociation pratique des modalités du quotidien : « Donc on définit un nombre de passages et des horaires de passage. »	Négociation et co- construction lors des choix critiques (LATA) : « Donc après ben c'est de la négociation, c'est de la discussion avec les familles, avec les médecins... »	Légitimité sous conditions : l'IDE subordonne le partenariat à une évaluation clinique de la famille : « on essaie toujours de voir les aidants [...] pour voir s'ils sont réellement	Soutien de l'autonomie de l'aidant pour maintenir un partenariat sain et efficace : « ...la mère rencontre un peu des difficultés et la mère ou la belle- mère parfois intervient [...] ça

		« ...tant que la famille n'est pas complètement ok ben on est un peu bloqué aussi. »	aidants [...]voir s'ils sont vraiment une ressource pour le patient. Parce qu'il y a beaucoup [...] qui mettent souvent plus le patient en difficulté qu'autre chose » « on va essayer de pas forcément, de limiter les contacts, mais on va pas utiliser la famille par exemple comme étant un aidant... »	va à l'encontre de ce qu'on est en train d'essayer de mettre en place... »
--	--	---	---	---

L'aidant				
Les limites de l'aidant	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4
Le Fardeau de l'aidant et perte de liberté (Zarit)	Illustration indirecte par le besoin de s'absenter des proches : « ...des personnes du style qui te disent ce week-end on sera pas là... » L'aidant cherche à déléguer pour retrouver une liberté ponctuelle.	L'angoisse et la charge psychologique face au service de réa : « ...on leur dit [...] qu'ils peuvent appeler quand ils veulent aussi pour prendre des nouvelles [...] au moins ils ne restent pas avec leurs angoisses... »	Le fardeau se déplace ici vers l'impact traumatique lié à la dangerosité ou à la pathologie du proche. Non formalisé sous l'angle de l'épuisement classique, car la distance géographique et l'hospitalisation prolongée soulagent la charge physique quotidienne, mais augmentent la détresse morale.	Une charge émotionnelle et un isolement massifs liés à une présence continue : « présence au quotidien » « ...pour les parents ça peut être des moments un peu de solitude ou un peu difficiles quand ces personnes-là peuvent pas rentrer. » « ...la mère rencontre un peu des difficultés... »
Le concept de "Patient caché" (Soins Gériatrie)	Non détecté ou ignoré par l'infirmière, qui exprime de	Repérage de la souffrance psychique	L'abnégation aveugle : La mère s'efface totalement derrière le désir	Une souffrance masquée : « ...cerner leurs difficultés est au

	l'agacement plutôt que de repérer l'épuisement sous-jacent derrière les demandes de services.	invisible de l'aidant : <i>« Et puis des fois il y a la culpabilité aussi des familles, quand c'est des choses qui se passent à la maison et que ils ont pas vu... »</i>	immédiat de son enfant, quitte à basculer dans l'illégalité (dissimulation de drogues). Sa propre vulnérabilité psychologique la rend "toxique" pour le soin : <i>« ...la maman souvent [...] pense bien faire. Parce que son fils lui a dit de... [...] mais elle comprend pas en fait les conséquences... »</i>	<i>cœur de nos préoccupations [...] pour pouvoir essayer d'être plus aidant avec des familles qui seraient en difficulté. »</i>
Rupture de la juste distance et posture de contrôleur <i>(Prayez)</i>	Non abordées	Hyper-vigilance et résistance de la famille (LATA). La famille s'accroche à des détails techniques pour contrecarrer l'équipe médicale : <i>« ...les familles font un peu</i>	Fusion totale et destructrice (les drogues) ou le rejet violent provoqué par leur propre souffrance (le deuil familial lors de drames intrafamiliaux) : - La fusion - confusion : La mère n'a plus le recul clinique et introduit	Le déplacement de la posture de contrôle (L'entourage comme contrôleur toxique) : <i>« ...la mère ou la belle-mère parfois intervient en disant "ohh je pense qu'un biberon serait le bienvenu" [...]</i>

		<i>obstacle, parce que "oui mais il a bougé la main", "oui mais..." alors que c'est des réflexes et ils se raccrochent à ça... »</i>	des toxiques (cannabis). - L'agressivité défensive : Des familles leur « rentrent dedans » en criant : « t'es un monstre ».	<i>"est-ce que vous croyez que son lait il est bon ?" »</i>
--	--	--	--	---

Annexe 8 : Autorisation de diffusion



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée (Prénom, NOM) : Éléane BROSSARD

Promotion : 2023 - 2026

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

(Titre du TFE)

L'influence de l'aidant dans la relation soignant - soigné

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui ☒

non ☐

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui ☒

non ☐

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le 20/05/26 Signature :

BROSSARD Loane

Promotion 2023-2026

Unité d'enseignement : 6.2.S6 – Anglais

Date du rendu : le mardi 26 mai 2026

L'influence de l'aidant dans la relation soignant - soigné

Résumé :

Ce travail écrit de fin d'études explore la place du proche aidant et l'équilibre de la relation triangulaire en santé. Issu d'observations de stage, il s'articule autour de la question : « **En quoi la présence d'un aidant influence-t-elle la relation soignant-soigné ?** » afin d'en analyser les bénéfices, les limites et les tensions.

La revue de littérature a permis de construire un cadre de référence structuré en deux axes : la relation triangulaire soignant-soigné-aidant et la figure du proche aidant, à l'instar des concepts de fardeau et de juste distance.

L'enquête exploratoire repose sur quatre entretiens semi-directifs menés auprès d'infirmiers de secteurs variés (libéral, réanimation, psychiatrie, néonatalogie). L'analyse croisée de leurs témoignages met en exergue les réalités du terrain face à la complexité d'ajuster la distance clinique avec l'entourage. Il en ressort que l'évaluation fine des ressources et des vulnérabilités de l'aidant est la clé indispensable pour prévenir son épuisement et instaurer une alliance thérapeutique sécurisante pour le patient.

Mots clés :

aidant, relation triangulaire, confiance, évaluation, alliance thérapeutique

Nombre de mots : 160

The caregiver's influence on the caregiving relation

Abstract :

This end-of-course assignment explores the role of caregivers and the balance of the triangular relationship in health. Based on internship observations, it focuses on the question: « **How does the presence of a caregiver influence the caregiving relationship ?** » in order to analyze its benefits, limitations, and tensions.

The literature review allowed us to construct a reference framework structured in two axes: the triangular relationship between healthcare professionals and carers, and the figure of the carer, following the concepts of burden and the right distance.

The exploratory survey is based on four semi-structured interviews conducted with nursing professionals from various sectors (nursing, intensive care, psychiatry, neonatology). The analysis of these testimonies highlighted healing practices and the reality on the ground in day-to-day work. What emerges is that the careful evaluation of the caregiver's resources and vulnerabilities is the essential key to preventing burnout and co-establishing a therapeutic alliance that ensures safety for the patient.

Key-words :

Caregiver, Triangular Relationship, Trust, Data collection, Therapeutic alliance

Number of words : 152