

Le 9 Janvier 2007

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES
PROMOTION 2004-2007

Institut de Formation en Soins Infirmiers
Du C.H.U. de Nantes



LA DISTANCE THERAPEUTIQUE
ET L'INTIMITE
AU COEUR DE LA
RELATION DE SOIN

David S.

Le 9 Janvier 2007

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES
PROMOTION 2004-2007

Institut de Formation en Soins Infirmiers
Du C.H.U. de Nantes



LA DISTANCE THERAPEUTIQUE
ET L'INTIMITE
AU COEUR DE LA
RELATION DE SOIN

David S.

SOMMAIRE

INTRODUCTION :

1°) La situation et argumentation de travail _____ p. 5-6

2°) Question de départ _____ p. 7

1^{ère} PARTIE : CADRE THEORIQUE :

1°) La relation de soin et le corps _____ p. 9-10

2°) La distance thérapeutique _____ p. 11-12

3°) L'intimité _____ p. 12-13-14

2^{ème} PARTIE : METHODOLOGIE :

1°) Choix des personnes interviewées _____ p. 16

2°) Conditions d'interview _____ p. 16

3^{ème} PARTIE : CADRE PRATIQUE – ANALYSE

1°) La relation de soin : _____ p. 18-19

- Représentation
- « Aider » et « servir »
- La relation d'aide

2°) La distance thérapeutique : _____ p. 20-21

- Représentation
- Spécificité en milieu psychiatrique

3°) L'intimité : _____ p. 22-23-24

- Représentation
- Choix et intimité en milieu hospitalier
- Intimité et respect

4^{ème} PARTIE : INFLUENCE DANS LA RELATION DE SOIN

1°) De la distance thérapeutique _____ p. 26

2°) De l'intimité _____ p. 27

3°) Synthèse /Problématique _____ p. 28

CONCLUSION

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

INTRODUCTION

Dans un métier de communication tel que celui que je souhaite exercer, où la relation à l'autre est pour ainsi dire une base dans l'épanouissement et la bonne réalisation de celui-ci, il m'a semblé pertinent de pouvoir approfondir la notion de relation de soin par le biais de ce travail écrit de fin d'étude.

Aborder ce sujet, oui, mais sous quel angle ? Car il s'agit d'un sujet très vaste.

En partant d'une situation précise j'ai pu définir les perspectives dans lesquelles je souhaitais ancrer ce travail.

1°) Situation et argumentation de travail :

La situation se déroule dans un service de psychiatrie fermé où l'on accueille des patients aussi bien en crises que stabilisés.

Ce mardi matin, une activité sport est proposée : un football en salle, ceci dans le cadre d'une médiation. Celle-ci a comme toutes les activités de médiation un but et des objectifs thérapeutiques tels que la sociabilité via le jeu en groupe et l'élaboration d'un travail sur le rapport au corps par la prise de conscience de celui-ci.

Ce matin là, l'activité encadrée par deux infirmiers et moi-même est proposée à cinq patients stabilisés (quatre hommes et une femme).

Une voiture a été réservée pour le transport, mais celle-ci ne contient que cinq places (et nous sommes huit). Il est donc demandé à deux des patients de se rendre à pied au gymnase accompagnés d'un soignant pendant que le second et moi véhiculerons les trois autres.

Arriver sur place, l'activité se déroule parfaitement mis à part une patiente qui s'isole un peu et désire stopper le jeu, il lui est proposé d'aller prendre une douche en attendant la fin du match.

Pour ma part, j'ai pu participer et observer les aspects thérapeutiques bénéfiques de la médiation sur les patients : relâchement corporel, prise de conscience des autres, notion de partage... Ce mémoire n'a pas pour but de les discréditer. Ce qui m'a posé question c'est ce qui a suivi : la prise d'une douche en commun, patient comme soignant.

Au-delà de la gêne personnelle que j'ai pu ressentir, il m'a semblé être face à une discordance professionnelle tout au moins entre les faits et mes représentations soignantes.

Bon nombre de questions se sont posées à moi lors de la mise par écrit de cette situation, notamment autour de l'intimité, de la relation de soin et de la distance thérapeutique.

En effet, notre profession impose d'être le garant du respect de l'intimité des patients que nous soignons.

Dans ma situation « l'intime » se limite au corps, du moins au départ, mais les répercussions au niveau psychologique apparaissent très vite. Par conséquent, la notion d'intimité n'est pas restrictive : il existe une intimité plus intérieure.

Mes travaux de recherches m'ont emmené vers le fait que la relation de soin est avant tout une relation humaine, où chacun possède une représentation de lui, de son corps, et de son image de soi ; tout ceci se forme tout au long de notre vie et fait partie de notre identité. Mais le soin impose une certaine « hiérarchie » avec la notion de distance thérapeutique.

Ici, suis-je en adéquation avec la « bonne » distance thérapeutique ? Est-ce que la nudité est assimilable au non-respect de l'intimité de l'autre ? Car l'intimité est un champ vaste, propre à chacun.

Le respect de l'intimité de l'autre n'est-il pas d'éviter toute « invasion » sans pour autant être indifférent ? Et par conséquent l'intime et la bonne distance thérapeutique ne seraient-elles pas, en quelque sorte, synonymes ?

Mon regard sur cette situation a beaucoup évolué depuis le début de mes travaux. Au départ, j'étais très centré sur mes difficultés avec une approche très narcissique de la chose, mais avec la distance, ai-je réellement été en difficulté ? Peut être pas autant que ces patients face à leur propre nudité lors d'un soin intime.

Je parlais de hiérarchie, car pour moi, la nudité avait fait « tomber » cette barrière fictive garante de la distance thérapeutique mais le patient, lui, dans cette relation de hiérarchie n'est-il pas mal à l'aise ? Un peu comme le serait un adolescent face à la nudité de ses parents.

2°) Question de départ :

En résumé, je cherche à comprendre les liens qui unissent les notions d'intimité et de distance thérapeutique et leur influence dans la relation de soin.

(En quoi la distance thérapeutique et l'intimité peuvent-elle avoir une influence dans la relation de soin ?)

Afin de développer ce travail, je traiterais dans une première partie les mots clefs de celui-ci au travers des différentes lectures que j'ai pu effectuer. Je reprendrais ensuite les thèmes dégagés afin de les confronter avec le terrain grâce à l'analyse de mes entretiens.

**1^{ère} PARTIE : CADRE
THEORIQUE**

1°) La relation de soin et le corps :

Une relation se définit par « *une rencontre entre deux personnes, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* »¹, par conséquent, la relation de soin est avant tout une relation humaine qui ne diffère que par le statut des deux protagonistes : l'un est patient, l'autre est soignant.

Mais c'est aussi deux physiques différents, sans entrer dans des critères de beauté bien entendu, mais l'un et l'autre possède un rapport vis-à-vis de leur corps qui leur est propre.

Lors de mes recherches sur le corps et notre rapport à celui-ci, l'expression développée par Didier ANZIEU réapparaît souvent : le « Moi-peau », il s'agit d'un concept qui met en relation le « Moi », décrit par Freud comme une instance de la personnalité et la peau. Dans son ouvrage il décrit huit fonctions du « Moi-peau » et l'une d'elle est la « *fonction d'individualisation de soi et de filtrage des échanges [...] Le " Moi-peau " apporte au sujet le sentiment d'être unique et capable de choisir et d'établir des relations significatives.* »² Ce concept garantirait donc une relation entre le corps (la peau), l'esprit (le Moi) et la construction de son identité.

« *Je pense donc je suis* »³ lorsqu'il aborde la notion d'existence, Descartes, lui, fait émerger une hiérarchie de l'esprit sur le corps, mais cela signifierait-il, de se fait, que notre identité se réduit seulement à notre esprit ? Alors pourquoi porte-t-on autant d'intérêt au corps ? « *Dans tous les cas, l'apparition d'une émotion est associée à une représentation ou image mentale qui s'exprime dans le corps. Cette image est élaborée à chaque fois de façon nouvelle et est rarement stéréotypée* »⁴. Pour certains alors, le corps et l'esprit fonctionnent ensemble, ils ne sont pas dissociables. Et dans les faits, cela me semble juste car l'expression des sentiments, des émotions provoquent des bouleversements : « *...la colère est accompagné d'une accélération du pouls, d'un rougissement du visage, d'une crispation de la mâchoire et par des gestes vifs.* »⁵

¹ MANOUKIAN A., MASSEUF A., *Pratiquer la relation soignant soigné*, Ed. Lamarre, 1997, 157p.

² ANZIEU D., *Le moi-peau*, Ed. DUNOD, 1994.

³ DESCARTES R., *Les principes de la philosophie*, Art. 7.

⁴ www.buddhaline.net, Art. « Je pense aussi avec mon corps ».

⁵ Ibid.

Ce corps peut servir de support à la relation de soin, en effet, j'ai eu l'occasion d'aborder « l'utilisation de la communication non verbale dans l'expression d'un mal être » lors du travail écrit de seconde année et par conséquent, j'ai pu me rendre compte que le corps est à part entière un support de communication : « *S'il est acquis que tout comportement à l'intérieur d'une situation interactionnelle a valeur de message, c'est-à-dire de communication, il s'inscrit que, quoi qu'on fasse, on ne peut pas ne pas communiquer* »⁶.

Lors des soins, il nous arrive en tant que soignant de « blesser » ce corps, de manière figurée ou non, j'entends par là qu'il n'y a pas besoin de piqûres ou d'actes invasifs pour créer un traumatisme, parfois la toilette, par exemple, peut être vécu plus douloureusement qu'une injection. « *notre corps tout au long de sa vie emmagasine des sensations liées à des sentiments, et à des vécus affectifs, positifs ou négatifs...* »⁷.

D'ailleurs, en tant que soignant, n'est-il pas plus « simple » éthiquement parlant d'effectuer une injection qu'un soin d'hygiène ? Voilà peut-être une des raisons pour laquelle on débute les études d'infirmière par l'apprentissage de ceux-ci.

Mais pourquoi est-ce si difficile ? Doit-on être à l'aise avec notre propre corps afin de pouvoir effectuer ses gestes sans appréhension ? (Phénomène de transfert). En même temps, le fait de garder une certaine pudeur vis à vis de la pratique ne nous permet-t-il pas de veiller au maintien du respect de l'intimité du patient en accentuant notre attention ?

Il ne faut pas oublier que la relation de soin est aussi une relation professionnelle, du moins pour l'un des deux intervenants. Dans ce cadre professionnel, il convient d'adopter un comportement adéquate notamment au sujet de se qu'on nomme « la distance thérapeutique ». Pour en revenir à ma situation, l'une de mes questions était : suis-je dans une bonne distance thérapeutique ? De ce fait, il me paraît important de faire un point sur ce concept.

⁶ WATZLAWICK P., Une logique de la communication, 1972 p.45.

⁷ HERMANT G., Le corps et sa mémoire, Ed. Doin, 1986, 331 p.

2°) La distance thérapeutique :

On parle de « distance thérapeutique » dans la relation de soin et en effectuant mes recherches, je me suis demandé pourquoi on privilégiait le terme de « distance » vis-à-vis de la « proximité thérapeutique » ? Doit-on comprendre que la distance est plus difficile à respecter que la proximité ? La nature humaine nous rapproche peut être plus naturellement vers la proximité et peut-être est-ce là une manière d'édifier une barrière syntaxique afin de renforcer le but de cette distance. En effet, qu'est-ce qu'est vraiment la distance thérapeutique : « *Trouver et gérer la bonne distance thérapeutique est une sécurité psychologique pour l'aidé et l'aidant... la bonne distance est très variable suivant chacun... trop près je risque de tomber dans une relation de type fusionnelle, trop loin je ne vais rien entendre de la souffrance de l'aidé...* », « *Elle ne doit pas signifier négligence, ignorance ou mépris. Elle doit être considérée dans un sens positif, en tant qu'outil pour la continuité et la stabilité de la relation, en ce sens qu'elle « épare », tout en gardant une approche suffisante pour que le patient ne se sente pas « de côté »* »⁸. En fait, il s'agit de prendre un certain recul afin de garantir aux deux protagonistes de la relation de soin une autonomie.

Mais celle-ci est-elle différente des relations en dehors d'un contexte de soin ? « *La grande différence entre une relation amicale et une relation à visée thérapeutique est justement l'installation et la gestion de cette « bonne » distance, ... prendre du recul pour mieux écouter et mieux accompagner* »⁹. La distance, à mon avis, est inévitablement présente : en effet, la relation est différente du fait que l'un des protagonistes est en demande vis-à-vis de l'autre. En plus, cela paraît peut être insignifiant mais le port de la blouse met cette distance jusqu'alors invisible au grand jour.

En même temps, je me rend compte que l'infirmier effectue des gestes qui ne sont pas anodins dans un contexte amical... avez vous déjà fait une toilette à votre meilleur ami(e) ? De plus, l'uniforme dans le monde de la santé possède un rôle protecteur pour le soignant mais aussi pour le soigné en « déssexualisant » la relation. « *Lorsqu'elle touche les patients, les infirmières doivent négocier les aspects culturels et le statut, qui ont un impact dans les*

⁸ www.serpsy.org, Art. « Distance thérapeutique ».

⁹ Ibid.

relations sociales, car le toucher implique nécessairement la manipulation des parties du corps qui, normalement ne sont touchées que dans les contextes sexuels »¹⁰.

Dès lors, j'arrive à comprendre que toucher un patient n'est pas forcément contradictoire avec le fait de respecter une distance. *« Toucher un malade, c'est entrer dans son intimité, s'engager dans la relation à l'autre, mais aussi prendre contact avec sa souffrance »¹¹*, émerge alors la notion d'intimité, laquelle fait résonance avec ma situation de départ et qu'il convient donc de préciser.

3°) L'intimité :

« L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille. »¹², « L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience... »¹³ et « l'infirmier agit en toutes circonstances dans l'intérêt du patient »¹⁴.

Ces textes réglementaires montrent que la relation soignant/soigné est inscrite dans la législation, ils expriment clairement qu'il est de notre devoir en tant que professionnels de la santé d'être le garant du respect et de l'intimité du patient.

La notion d'intimité est difficile à définir, elle fait référence à ce qui est d'ordre privé mais aussi à l'intériorité de la personne *« la partie la plus profonde, la plus secrète de quelque chose (...) le caractère intime de quelque chose (...) la vie quotidienne familière de plusieurs personnes »¹⁵*. Les définitions restent vagues peut être parce que l'intime est propre à chaque individu.

Dans le contexte de la santé la notion d'intimité s'est dégagée de manière plus formelle en 1995 avec la mise en place de la charte du patient hospitalisé qui évoque dans son article

¹⁰ IBRAHIM-LAMROUS, MULLER L., SEVERYNE, L'intimité, p.123.

¹¹ Ibid.

¹² Code de la santé publique du 29/07/2004, Art. R4312-2.

¹³ Code de la santé publique du 29/07/2004, Art. R4312-25.

¹⁴ Code de la santé publique du 29/07/2004, Art. R4312-26.

¹⁵ Dictionnaire Larousse de la langue française, Ed. Bordas, 1976.

VII : « *la personne hospitalisée est traitée avec égards (...) Le respect de l'intimité de la personne doit être préservé lors des soins (...) à tout moment de son séjour hospitalier* »¹⁶.

On voit apparaître dans cette phrase la notion de confidentialité (qui fait référence au secret professionnel) mais aussi la notion du respect du patient vis-à-vis de son identité (ce que l'on est), et donc de ce qui le représente : son corps et son esprit.

L'intimité renforce le lien entre le corps et l'esprit ; c'est un processus individuel, en perpétuel remaniement et qui fait partie intégrante de l'identité d'une personne. J'ai cherché à comprendre la formation de l'intime ; il en ressort que plusieurs notions interviennent dans celle-ci :

- le schéma corporel qui est « *la représentation que chaque individu se fait de son propre corps, afin de lui permettre de se situer dans l'espace* »¹⁷, sa construction est progressive et débute vers le 8^{ème} mois (lors du stade du miroir) pour se terminer à l'âge de 11 - 12 ans. En fait, il s'agit d'un apprentissage dont l'objectif est de « *distinguer ce qui est de l'ordre du MOI et ce qui ne l'est pas* »¹⁸. Cette étape fait partie de l'évolution psychique de l'enfant, on retrouve par conséquent, un lien entre corps et esprit.

- L'image de soi : qui pour moi se rapprochait du schéma corporel, en fait, elle correspond à « *la représentation mentale de ce qu'est notre corps-expression* »¹⁹. En clair, l'image de soi n'est pas une structure ou délimitation de soi comme peut l'être le schéma corporel, mais c'est l'image que l'on pense donner aux autres de soi. Elle se construit avec le regard de l'autre sur soi, mais aussi dans les rencontres du corps des autres.

- Le « *self* » est une notion dont je ne connaissais pas l'existence, d'un premier abord complexe. Il s'agit d'un état où la confiance en soi et de ce qui nous entoure nous permet d'être nous-même, permettant ainsi l'entière expression de notre identité et de notre intimité.

¹⁶ Charte du patient hospitalisé, 1995, Art 7.

¹⁷ www.sante.cc, « image et schéma corporels ».

¹⁸ psychiatriinfirmiere.free.fr, « conscient, inconscient, préconscient, subconscient ».

¹⁹ www.sante.cc, « image et schéma corporels ».

Bien entendu, on peut penser que d'autres influences jouent un rôle dans la formation de l'intimité : l'éducation, la catégorie sociale, la religion, la culture... mais globalement à l'intérieure d'une même appartenance culturelle on observe des disparités quant à l'importance de l'intimité pour chaque individu.

Pour parler d'intimité, il faut au moins être deux afin que l'on puisse dire que le secret ou la « chose à soi » est intime ; en effet, un secret n'en est plus un si on a personne à qui ne pas le dire ! Et si l'on est deux, on se retrouve donc en situation de relation définie précédemment : « *rencontre entre deux personnes, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* »²⁰ auquel on pourrait alors rajouter : « avec deux intimités différentes ».

Remis dans le contexte de la relation de soin, l'intimité ne doit pas être banalisée. En tant que futur professionnel de santé, on nous apprend à veiller à une prise en charge globale de la personne hospitalisée, ceci entend que la personne doit être prise dans son individualité. En tant que soignant, il faudra veiller à ce que cette intimité soit respectée.

²⁰ MANOUKIAN A., MASSEUF A., Op.cit.

2^{ème} PARTIE :
METHODOLOGIE

1°) Entretiens réalisés :

Dans le cadre de ce mémoire de fin d'année, j'ai effectué divers entretiens afin d'enrichir ce travail. J'en ai réalisé trois, avec des personnes très différentes :

- Melle A. : 22 ans, infirmière jeune diplômée depuis mai 2006, travaillant actuellement sur le pôle mère-enfant de l'hôpital, de nuit, sur la suppléance et ayant travaillé durant ses études en tant qu'aide soignante.
- Mme B. : infirmière depuis 1971, ayant travaillé en hôpital et en clinique pendant cinq ans. Puis installée en 1976 en tant qu'infirmière libérale.
- Mr C. : diplômé de 1986 du diplôme d'infirmier psychiatrique, ayant travaillé en services d'hospitalisation de crise, en hôpital de jour et ensuite en centre médico-psychologique depuis 2 ans.

Il m'a semblé important de ne pas cibler une spécialité hospitalière, un âge ou un sexe car le sujet abordé touche la profession dans son ensemble. Par conséquent, j'ai cherché à me retrouver avec un panel de personnalités travaillant et ayant un passé professionnel complètement différent.

Je souhaitais absolument avoir le regard d'un homme sur ce sujet relatif à l'intimité car il me paraît intéressant de discerner des différences ou non de comportement lorsque l'on aborde la sphère intime. Une infirmière libérale me semblait également pertinent du fait que l'intimité et la distance sont abordées différemment lorsque l'on va au domicile des personnes soignées.

2°) Conditions d'interview :

Avant d'effectuer ces différents entretiens, j'ai d'abord réalisé mon cadre théorique afin de pouvoir aborder de manière claire et pertinente le sujet face aux personnes interviewées. Les deux premiers ont eu lieu dans un espace temps très court, et le dernier a été volontairement différé afin de pouvoir, au cas où, re-cibler mon questionnement.

Tous mes entretiens ont été menés à la manière d'une discussion au cours de laquelle j'ai essayé de rebondir sur les notions abordées.

Deux d'entre eux ont été réalisés au domicile des personnes interviewées et la dernière sur le lieu de travail de celle-ci.

**3^{ème} PARTIE : CADRE
PRATIQUE / ANALYSE**

1°) La relation de soin :

Représentation de la relation de soin :

Lors de mes différents entretiens j'ai voulu me rendre compte de l'importance donnée au relationnel sur le terrain. Comme j'ai pu le dire précédemment, la relation de soin est avant tout une relation humaine, et comme a pu me l'exprimer plusieurs fois Mme B : « *nous sommes deux êtres humains face à face, avec deux sensibilités différentes et il faut entrer en liens* » car « *pour bien soigner il faut déjà réussir à entrer en contact* ».

Melle A. exprime à ce sujet que « *dans la pratique infirmière le relationnel prime sur la technique [...] on peut arriver dans une chambre pour faire uniquement de la relation, être à l'écoute des gens, les aider à acheminer dans différentes étapes mais, à l'inverse, on ne peut pas entrer et effectuer uniquement un soin technique* ».

Pour les soignants, il paraît clair que le côté relationnel de la profession tient une place importante afin de prodiguer des soins de qualité auprès des patients.

Pour moi aussi, la relation dans le soin est une composante essentielle. Il s'agit pour moi de mettre en place des stratégies naturelles afin d'amener le patient à vivre son hospitalisation dans les meilleurs conditions possibles de confiance, d'écoute et de respect.

« Aider » et « servir » :

Suite à des recherches sur la relation de soin, j'ai lu un article écrit par Frank OSTASESKI (soignant et bouddhiste) qui met en avant le fait que nous, soignant, « *nous voulons être quelqu'un (...) nous nous investissons dans le rôle plutôt que la fonction* »²¹ et je rebondis sur ce qu'à pu me dire Mme B. : « *... on n'a pas à s'investir dans un rôle qui viendrait de je ne sais où, on est des professionnels qui viennent faire un travail* ». Il précise dans son article une différence notable entre les termes « aider » et « servir » : « *l'aide est basée sur l'inégalité (...) quand nous aidons, il se peut que, sans le vouloir, nous prenions plus que nous ne donnons, en diminuant le sens qu'à la personne de sa propre valeur et de sa*

²¹ www.buddhaline.net, OSTASESKI F., Art « la nécessaire réciprocité dans la relation de soin ».

propre estime (...) aider créé une dette (...) alors que la relation de service est réciproque »²².

J'ai été assez décontenancé à la lecture de cet article car pour moi le terme « d'aide » perdait alors sa signification : « *personne qui en aide une autre, qui apporte soutien, assistance, appui* »²³. En tant que jeune professionnel il paraît assez alléchant de se dire que l'on va aider autrui, sans perdre de vue que ce que l'on fait est avant tout pour le bien-être du patient bien entendu. Mais n'est-il pas vrai que l'aide est parfois obligatoire ? Certains patients handicapés, tétraplégiques ou paraplégiques par exemple, ne sont pas forcément en demande de service... mais bien en demande d'aide.

La relation d'aide :

D'ailleurs, ne parle-t-on pas de « relation d'aide » ? Mr C. précise que « *par le biais de l'histoire qui les amène, on va pouvoir mesurer l'aide que l'on doit leur apporter et quel type d'aide ils vont avoir besoin... Tout le soin que l'on peut apporter à la personne c'est du relationnel : de l'écoute, de l'échange, de l'accompagnement... Sans faire à la place bien entendu!* ». Cette notion de « relation d'aide » je l'avais également abordé lors de mon travail de seconde année du fait qu'elle me paraissait trop abstraite, et j'avais pu établir que de manière simplifiée il s'agit d'amener la personne vers ses propres réponses. Dans ce cas-là, je ne pense pas que ladite personne se sente diminuée dans sa propre valeur puisque c'est elle qui a le choix d'adopter les réponses à ses problèmes.

²² www.buddhaline.net, OSTASESKI F., Art « la nécessaire réciprocité dans la relation de soin ».

²³ www.mediadico.com.

2°) La distance thérapeutique :

Représentation de la distance thérapeutique :

Cette notion, comme a pu l'être la relation d'aide m'a toujours semblé abstraite, pour Mr. C. « *la distance thérapeutique est un espèce de no man's land entre le soignant et le soigné qui fait que tu n'es pas forcément accolé mais pas trop loin non plus ainsi l'autre se sent libre, et tu incites le patient à pouvoir s'exprimer* ». Cette formulation met en image et me permet de comprendre en quoi le terme de « distance » est plus approprié. Cependant il me semble important de rajouter que le soignant se sert également de cette distance car lorsque l'on aborde la relation, les dires ou faits peuvent « toucher » les participants de celle-ci, « *On entend des histoires de vies qui sont dramatiques, qui sont douloureuses et quelquefois ça prend aux tripes.* » Dit Mr C., et Melle A rajoute : « *Parfois il y a des choses qui prennent au coeur* ».

Ainsi on peut voir qu'il est aussi très important pour le soignant de prendre du recul, Mme B. : « *Une fois sortie des maisons, j'arrive très bien à prendre de l'écart vis-à-vis de ce que j'ai vu et entendu, pour moi, ça ne me regarde pas... Mais nous sommes des êtres humains et c'est à chacun de gérer ça* » en effet, avant d'être professionnel nous sommes humains, il me paraît normal d'être touché par ce qui arrive aux gens ; sinon, pourquoi voudrions nous intégrer cette profession ?

La spécificité en milieu psychiatrique :

Plus j'avance dans mes travaux et plus je me rends compte de la différence que peut avoir la distance thérapeutique dans le milieu psychiatrique ; cette notion, longtemps abstraite, s'éclaircit au fur et à mesure.

J'ai longtemps pensé que ces notions abordées durant la formation telles que les différents types de relations, le transfert ou encore la distance thérapeutique étaient très individuelles : c'est-à-dire que les professionnels les adoptent à leur guise. Chacun a une vision du professionnel qu'il souhaite être ; mais la base de la profession doit être commune afin de créer une cohérence dans les soins. En psychiatrie, la distance thérapeutique est essentielle pour faire cheminer le patient vers la guérison ; les soins sont basés sur la relation « *le relationnel est complètement au centre de notre travail* » dit Mr C. et il rajoute au sujet de

la distance : « *il faut éviter qu'il y ait une certaine ambiguïté dans la position du soignant, ça peut rapidement devenir un copain pour le soigné ; un copain on croit qu'on peut tout lui dire mais en fait les choses profondes ne seront pas exprimées par peur du jugement, et dans d'autres cas le soignant sera rejeté parce qu'on peut rejeter l'affection.* » D'où l'importance de connaître les tenants et aboutissants de ce qu'est la distance thérapeutique d'autant plus que « *la personne en souffrance psychiatrique est souvent à la recherche d'une relation fusionnelle, recherche affective, maternage, retour au « ventre » maternel...* »²⁴. Voilà pourquoi je dis qu'il existe une différence de cette notion en psychiatrie car en service conventionnel ce n'est pas parce que la distance thérapeutique n'est pas respecter que l'évolution de la plaie de Mme Z ou Y ne va pas évoluer par exemple... en même temps, pour se faire l'avocat du diable, on peut penser que le fait d'être trop proche ou trop loin d'un patient facilite les refus de soins et par conséquent induit des répercussions sur ladite plaie !

Pour être clair, la distance thérapeutique est une composante essentielle de la relation de soin qui va nous permettre de prendre en charge une personne dans sa globalité et de maintenir un contexte professionnel.

²⁴ www.serpsy.org, Op.cit.

3°) L'intimité :

Me voilà rendu à un moment de ce travail où le cadre est largement posé, les choses commencent à s'éclaircir mais la situation de soins n'est pas statique... et c'est là tout son intérêt. Cette mouvance est due à de nombreuses autres composantes, parmi elles, l'intimité. Ma situation initiale centralise cette notion d'intimité et par conséquent j'ai cherché à connaître les rôles qu'elle pouvait avoir dans cet ensemble.

Représentation de l'intimité :

Comme exprimé précédemment, l'intimité est personnelle, pour Melle A : *« je dirai que c'est propre à chacun, les limites ne sont pas les mêmes pour tous (...) pour moi l'intimité va vraiment avec le respect, en clair, c'est le respect du corps »*. Et pour Mme B. : *« pour moi, l'intimité est psychologique, le côté physique n'est pas le plus important mais entendre ce que l'autre peut partager, ça oui »*.

Voilà deux représentations bien différentes de ce que peut être l'intimité, même si par la suite Melle A. évoquera durant l'entretien : *« je pense à ça, c'est vrai que l'intimité ne se limite pas au corps, ça peut aussi être le patient qui te confie des choses »*. Alors pourquoi cette différence ? Voilà qui illustre bien le fait que l'intimité est personnelle, chacun la met où il le souhaite.

Au vu de ma situation, moi aussi je me suis focalisé très vite sur l'intimité d'un point de vue corporel. Ce n'est que dans le début de mes recherches que je me suis rendu compte que ça ne se limitait pas uniquement à cela. Lors de mon troisième entretien, Mr C. concernant l'intimité m'a répondu : *« Pour moi, ça correspond à ce qu'il y a de plus secret à un niveau psychologique surtout »*.

Nous voilà donc dans un cercle de quatre personnes, deux femmes et deux hommes et contrairement à ce que j'aurais pu penser, le sexe des uns et des autres semble peu importer mais c'est plutôt l'âge : je remarque que les deux plus jeunes se tournent plus naturellement vers le corps, tandis que les deux autres vers la psychologie. Ainsi, y aurait-il un impact de l'âge sur notre vision de l'intimité ? Où est-ce un simple hasard ?

Les recherches effectuées à ce sujet mènent tous vers la même réponse : il n'y en a pas ! Pour certains, le corps va devenir peu à peu un « objet que l'on veut cacher », pour d'autres « une partie de soi qui ne l'était pas avant ». De la même manière, certains ayant une approche secrète et mentale peuvent évoluer dans leur représentation. Pour autant, les choses peuvent aussi ne jamais changer. Mais tout ceci remet en cause le fait d'une unité entre le corps et l'esprit comme j'ai pu l'évoquer précédemment, toujours est-il que dans les deux sens, il y aura une répercussion sur ces deux composants : dans ma situation même si le point de départ est corporel, des répercussions à un niveau psychologique ont eu lieu par la suite. (Comment retrouver sa place de soignant ?...etc).

Choix et intimité en milieu hospitalier :

Au cours de mes recherches je me suis arrêté sur l'expérience d'une femme qui exprimait l'importance du « choix » dans la relation soignant/soigné, notamment lors des soins intimes : « *Il ne faut pas considérer le soigné comme quelqu'un de passif, à qui l'on impose le soin. La pudeur est contexte dépendant* »²⁵ et en effet l'exemple qu'elle prend est flagrant : « *Une personne décide de se dénuder à la plage, ceci correspond à un choix, elle n'a pas de pudeur même si son corps est exposé à tous le monde, mais la même nudité dans une ville, non choisie et dans un autre contexte choquerait la pudeur de cette personne* »²⁶. En plus de toute la sphère individuelle, l'environnement joue aussi un rôle important dans le vécu de l'intimité. Replacé dans le contexte hospitalier, la plage paraît bien loin ! Certes le choix facilite la relation de soin car pouvoir émettre des choix c'est être considéré comme une personne à part entière et être acteur des soins ; c'est aussi prendre ses responsabilités et devoir assumer ces choix exprimés.

Cependant, je ne suis pas convaincu qu'il efface tout sentiment de gêne : en reprenant l'exemple cité précédemment, la plage est un endroit où l'on est entouré de personnes dans la même position que soi, mais à l'hôpital, le soignant, lui, est habillé... et donc dans une posture différente. « *Le toucher réduit la distance sociale, il est souvent perçu comme une violation de l'intimité, et il peut être interprété comme une manifestation de pouvoir* »²⁷, dès lors, on peut penser que ce « pouvoir soignant » influence les choix des patients. Ce

²⁵forums.futura-sciences.com, « Ethique de la pudeur ».

²⁶ Ibid.

²⁷ IBRAHIM-LAMROUS, Muller L., SEVERYNE, Op.cit., p.123.

pouvoir majoré par la tenue, l'image du monde médical ou encore les « codes » utilisés dans le milieu sanitaire est très abstrait mais dans tout les cas il convient, en tant que soignant, de veiller au respect des patients dans leur globalité.

Intimité et respect :

Lorsqu'on lit des textes relatifs à l'intimité et durant les entretiens que j'ai pu effectuer, ce terme est très souvent rapproché du « respect ». Qu'elle soit corporelle ou intérieure, l'intimité doit être respecté : « *l'intimité va vraiment avec le respect* » exprime Melle A. et Mr C. : « *C'est une histoire de respect, respecter ce que l'autre veut montrer ou ne pas montrer et en aucun cas faire du forcing* ». Il est vrai que le respect est universel, il ne se limite pas à l'intimité mais à la personne que l'on a en face de nous.

Je pense que c'est ici qu'on peut faire le lien le plus pertinent entre la distance thérapeutique et l'intimité, car au vu de ce que j'ai pu aborder précédemment il est clair que la distance thérapeutique permet d'éviter tout jugement et ainsi respecter les individus à l'intérieure de la relation de soin.

Dans ma situation initiale, je me suis posé la question de savoir comment allais-je reprendre ma place de soignant à la suite de cette douche ? La perte d'intimité s'était insérée dans la distance que je pouvais avoir avec les patients. Je me trouvais en situation où j'avais peut être perdu ce « pouvoir soignant ».

Dans les faits, cela n'a strictement rien changé dans ma relation avec eux, mais il faut s'imaginer que cela est possible et dans ces cas là, il existe réellement un lien entre distance et intimité.

4^{ème} PARTIE :
INFLUENCE DANS LA
RELATION DE SOIN

Tout mon cheminement précédemment effectué avait pour but de définir dans un cadre théorique les trois thèmes principaux, de confronter ce cadre théorique à l'expérience de professionnels et de trouver, en plus des réponses à mes questions, des perspectives d'ouvertures. Après avoir essayé de trouver des liens entre distance thérapeutique et intimité, j'ai décidé d'aborder ces notions de manière bien distincte car j'ai pu me rendre compte qu'il s'agit bien de deux notions différentes dont les répercussions dans la relation de soins ne sont pas les mêmes :

1°) De la distance thérapeutique :

Revenons plus précisément à mon questionnement de départ concernant l'influence de la distance thérapeutique dans la relation de soin. J'ai pu me rendre compte que « *La relation est vraiment un binôme* » comme a pu le dire Melle A. Un binôme où chacun a sa place et c'est d'ailleurs ce que permet la distance thérapeutique : trouver un espace où le soigné et le soignant se sentent libres et où chacun conserve son autonomie.

Durant ce travail, j'ai pu réellement prendre conscience que le soigné, bien qu'il soit là pour « subir », est un être actif de la relation ; en exemple, Mr C. me racontait : « *je me rappelle avoir parfois été un peu loin en rappelant des règles de manière un peu éducative alors que la question, même si elle était de rappeler une règle, n'était pas pour autant d'intervenir comme un père* » ; et dans ces cas là, c'est le soigné qui nous fait prendre conscience de cela soit par des mots mais aussi des comportements et attitudes. Sans oublier que le soignant, lui aussi, peut remettre les choses à leur place quand il convient de le faire.

Autre chose qui me semble plus claire : l'importance de la distance thérapeutique. J'ai utilisé dans mon introduction le terme de « frein à la relation de soin », pour moi je voyais là l'impossibilité d'aborder le patient comme je l'entendais, comme une d'épée de Damoclès... mais je me rend compte qu'en plus d'être obligatoire, elle est utile.

2°) De l'intimité :

L'intimité, elle, n'est pas forcément présente et nécessaire, elle n'est qu'une composante optionnelle de la relation de soin. Contrairement à la distance thérapeutique le terme de « frein » me semble parfois adapté.

Au travers de mes entretiens, il ressort que l'approche du corps de l'autre, notamment s'il est de sexe différent, peut entraîner des ambiguïtés pouvant entraver la mise en place d'une relation de soin efficace. « *Ça m'est arrivée d'être gênée surtout envers des toilettes pour les hommes, il y a des réflexions qui mettent mal à l'aise et on ne sait pas trop si c'est parce que le patient est gêné ou si c'est des avances (...) ça m'est arrivée d'être tellement gêné que le lendemain j'ai demandé à une collègue d'aller à ma place* », dans cet exemple de Melle A. on peut voir l'entrave dans la continuité des soins. Alors aurait-elle dû y aller malgré ces appréhensions ? Je ne le pense pas, car être en accord avec soi est essentiel afin d'effectuer des soins de qualité. D'ailleurs, Melle A. m'explique : « *Il y a quelques jours j'ai eu une poussée de boutons de fièvre et je me suis sentie mal à l'aise pour aller travailler parce que j'avais l'impression que quelque part les gens voyaient une partie de moi (...) et quand tu ne te sens pas bien tu ne fais pas les choses pareilles que lorsque tu es bien* ». En effet, l'intimité du soignant a elle aussi des répercussions dans le soin.

C'est souvent en tant que jeunes professionnels que la confrontation à l'intimité est difficile : Mr C. raconte : « *Je me souviens en première année, les infirmières m'avaient envoyé raser le pubis d'une jeune femme, elle était gênée et moi aussi, à un moment j'ai craqué et je suis sorti* ». Je me rends compte que pour gérer au mieux ces situations il faut s'y confronter et être au clair avec sa propre intimité : « *Si l'infirmière n'éprouve pas de gêne, elle autorise le patient à ne pas se sentir gêné de son côté mais, auparavant, elle doit apprendre comment gérer sa propre gêne et comment transmettre l'impression qu'elle ne se sent pas mal à l'aise* »²⁸, ceci rejoint ce qu'a pu me dire Mme B. : « *La façon d'aborder le soin est primordial, il convient de faire du geste, un geste ordinaire et ainsi mettre la personne en confiance* ».

Je comprends ainsi l'importance de « penser » le soin, l'intimité nécessite qu'on se pose des questions afin de définir ses propres limites dans le but de pouvoir entendre celles des patients.

²⁸ IBRAHIM-LAMROUS, Muller L., SEVERYNE, Op.cit., p.154.

3°) Synthèse / problématique :

On s'aperçoit très vite que la relation au patient est centrale au travail infirmier, cette relation mouvante nécessite une réelle implication et connaissance des soignants. La distance thérapeutique est globalement le pilier de celle-ci en instaurant une notion de respect. Cette distance est également fondatrice du partage nécessaire à la relation de soin en garantissant l'autonomie du soigné mais aussi du soignant.

À l'intérieur de cet ensemble, l'intimité de chacun doit être préservée. C'est grâce à l'intimité que la distance permet le respect de l'individu.

Durant mon travail j'ai fait ressortir la particularité de la distance en services psychiatriques mais n'existe-t-il pas également une particularité du respect de l'intimité dans ces services ? J'ai également pu faire émerger le fait d'une unité corps-esprit chez l'être humain qui n'est pas si évidente que cela.

Ma situation qui s'est déroulée en service psychiatrique serait-elle transposable dans un autre service ? Dans ce sens, je me pose la question de savoir si le fait de soigner l'esprit n'influe pas sur l'importance que l'on donne au corps ? De la même manière qu'en service conventionnel le fait de soigner le corps ne prend-t-il pas plus de place que de veiller à l'intégrité psychologique d'un patient ?

Dans la continuité de ce travail il me semblerait pertinent de chercher à savoir quelles stratégies pourrions-nous mettre en place en tant que professionnels de la santé, donc du corps et de l'esprit, dans le but de garantir la prise en charge globale de « l'être patient » ?

CONCLUSION

Me voilà au terme de ce travail de recherche ; j'ai décidé de présenter ce mémoire de manière à ce que sa lecture soit logique et pertinente, ainsi, il m'a semblé important de ne pas mélanger mes apports théoriques avec ceux du terrain pour qu'on puisse visualiser, de façon chronologique, une progression dans ma recherche de compréhension.

Bien que partant d'une situation peu banale, j'ai pu me rendre compte, que le sujet abordé est très vaste, par conséquent, je n'ai pu investir toutes les pistes de travail vers lesquelles j'ai pu être dirigé soit par mes lectures soit par mes entretiens : les limites de l'intimité, les différences entre homme et femme face à l'intimité, l'influence de la pathologie psychiatrique dans l'intimité, ou encore l'aide et le rôle de l'équipe dans le respect d'une distance thérapeutique adéquate.

En tant que futur professionnel j'ai l'impression d'avoir pu, grâce à ce travail, faire évoluer mon regard sur l'importance de notions souvent abstraites lors de la formation, mais qui donne en réalité un sens à la profession infirmière.

De plus, j'ai pu faire grandir mon positionnement professionnel avec l'envie de porter le plus d'intérêt possible au respect de l'intimité globale des patients et d'entretenir avec eux une relation professionnelle de confiance.

Enfin, j'ai réalisé qu'il ne suffit pas « d'entendre » mais que le « savoir » permet de « comprendre »... d'où la nécessité de perpétuelles remises en questions sur nos pratiques soignantes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

OUVRAGES :

ANZIEU Didier, *Le moi-peau*, édition Dunod, 1994, 2^{ème} édition, 291 pages.

DESCARTES René, *Les principes de la philosophie*, édition Paléo, 2000, 294 pages.

Dictionnaire LAROUSSE, édition Bordas, 1976.

HERMANT G., *Le corps et sa mémoire*, édition Doin, Paris, 1986, 331 pages.

IBRAHIM-LAMROUS, MULLER L., SEVERYNE, *L'intimité*, Cahiers de recherches du CRLMC, 2005, 384 pages.

LE BRETON D., *Anthropologie du corps et modernité*, édition Puf, 1990, 4^{ème} édition, 280 pages.

LE BRETON D., *La sociologie du corps*, édition Puf, 1992, 127 pages.

MANOUKIAN A. et MASSEUF A., *Pratiquer la relation soignant soigné*, éditions Lamarre, Moulins-lès-Metz, Février 1997, 157 pages.

WATZLAWICK P., *Une logique de la communication*, édition Seuil, 1972, 165 pages.

TEXTES OFFICIELS :

CHARTRE DU PATIENT HOSPITALISE, 1995.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 29 juillet 2004.

REVUES/ARTICLES :

GAGEY O., « *Corps et intimité dans la relation de soins* », SOIN N°701, décembre 2005.

SZPIRKO J. et al, « *Proximité et distance dans les soins* », SANTE MENTALE N°100, septembre 2005.

SOURCES INTERNET :

www.buddhaline.net

www.forum.futura-sciences.com

www.infirmiers.com

www.mediadico.com

www.psychiatriinfirmiere.free.fr

www.sante.cc

www.serpsy.org