

Institut de formation en soins infirmiers du CHU de Nantes

ROSELIER Typhaine

Promotion 2006-2009

**LA DISTANCE DANS LA RELATION
DE SOINS**

Travail écrit de fin d'études

Diplôme d'état

Janvier 2009

Institut de formation en soins infirmiers du CHU de Nantes

ROSELIER Typhaine

Promotion 2006-2009

LA DISTANCE DANS LA RELATION DE SOINS

Travail écrit de fin d'études

Diplôme d'état

Janvier 2009

SOMMAIRE

Introduction	p.2
Description d'une situation clinique et questionnement	p.4
Réflexion	p.8
- La communication	p.9
A) Qu'est-ce que communiquer ?	p.9
B) Comment communique-t-on ?	p.10
- La relation soignant-soigné	p.12
A) La notion de qualité	p.12
B) Définitions	p.12
C) Les liens de confiance	p.14
D) La relation d'aide	p.16
E) Les affects, les sentiments et les émotions	p.17
F) Les superpositions	p.18
- La distance dans les soins	p.20
A) Définitions	p.20
B) S'impliquer vers une juste distance	p.22
Problématique	p.25
Conclusion	p.27
Références bibliographiques	p.29
Annexes	p. 32
- Méthodologie	p. I
- Guide d'entretien	p. III
- Grille d'entretien	p. IV

INTRODUCTION

J'ai pour projet professionnel d'exercer dans un service de réanimation. Lorsque j'en parle autour de moi, les gens associent souvent ce type de service au côté purement technique du soin. Cela m'a souvent posé question, j'ai alors décidé d'aborder la relation de soin.

Lorsqu'il a fallu choisir notre thème, je n'avais pas encore pu faire de stage dans un service de réanimation, j'ai alors élargi ma réflexion aux soins généraux. Il faut comprendre par soins généraux, les services de médecine ou de chirurgie par exemple. J'exclus volontairement la psychiatrie bien que ma situation de départ se soit déroulée dans un foyer de postcure psychiatrique. Puisque le thème de la distance est bien spécifique du fait des pathologies mentales rencontrées, je n'aborderai pas non plus les services d'urgence et de réanimation du fait de la spécificité de la prise en charge (patients inconscients ou étant pris en charge sur une période très courte).

J'ai pu observer, dans les différents stages que j'ai effectués, que la relation de soin est continuellement présente et que la question de la distance se pose souvent à moi. De ce fait, il m'a paru intéressant d'étudier ce sujet qui m'aidera tout au long de ma future carrière d'infirmière.

Pour cela, j'ai réalisé trois entretiens auprès d'infirmières exerçant dans des services accueillants les patients sur des périodes plus ou moins longues. J'ai également fait des recherches dans des ouvrages, des articles de magazines professionnels ainsi que sur internet.

Dans un premier temps, je vous présenterai la situation qui m'a posée question et qui a été le point de départ de ma réflexion. De celle-ci s'est dégagé un questionnement qui m'a amené à une question de départ.

Ensuite, je parlerai de la communication. Puis j'apporterai un éclaircissement sur la notion de relation soignant-soigné. Enfin je développerai la distance dans le soin.

Pour conclure mon travail, je terminerai par la problématique qui découle de mon questionnement et du cheminement de ma réflexion.

DESCRIPTION D'UNE SITUATION

QUESTIONNEMENT ET QUESTION DE DEPART

J'ai effectué, en deuxième année, un stage dans un foyer postcure psychiatrique. Dans cet établissement, les professionnels ainsi que les résidants se tutoient et tout le monde est en tenue civile.

Parmi les patients, il y a Melle A. Elle a 22 ans, est psychotique et a des problèmes au niveau du lien avec sa mère, avec qui elle entretient une relation très fusionnelle. C'est une personne qui cherche constamment l'attention d'autrui.

Lors de mon premier jour, Melle A. se présente à moi et me raconte son histoire ainsi que son vécu au foyer. Plus tard dans l'après-midi, j'en parle avec Melle N¹. Elle me dit alors que Melle A. me raconte des mensonges et qu'elle fait cela avec tous les nouveaux venus. Ce serait, selon elle, une façon de nous tester afin qu'on puisse lui laisser plus de liberté dans son contrat de soins. En effet, en lisant son dossier quelques jours plus tard, j'ai pu m'en apercevoir par moi-même.

Un soir où je travaillais, Melle A. m'a proposée une partie de football sur une console vidéo : une occasion d'entrer en contact avec elle et de faire plus amples connaissances. Nous nous rendons alors dans la salle de jeu où nous sommes seules. Elle semble enthousiaste de partager ce moment avec moi. Malgré plusieurs questions de ma part, je ne parviens pas à la faire verbaliser sur ses projets d'avenir (la sortie n'était pas encore envisagée à ce moment-là) Elle me retourne chacune de mes questions. Remarquant son insistance pour obtenir des réponses sur ma vie privée, je décide de lui rappeler les raisons de ma présence au foyer. Je lui explique alors que je ne répondrai pas à ses questions puisque je ne suis pas là pour me lier d'amitié avec elle. Je lui dis que je suis présente pour apprendre le même métier que l'infirmier, qu'il serait donc plus correct qu'elle s'adresse à moi comme elle s'adresserait à un des professionnels exerçant au foyer. Mes propos semblent l'avoir vexée, je pensais pourtant avoir essayé de le dire le plus clairement possible sans que cela paraisse comme une punition. Elle décide alors de mettre fin à la partie de jeu. J'ai tenté de lui expliquer qu'il était important de terminer quelque chose quand on l'a commencé (ce qu'elle avait tendance à ne pas faire) mais cela n'y a rien changé.

J'ai dû répéter la même chose plusieurs fois durant mes deux premières semaines de stage. J'ai donc voulu en parler avec l'infirmier. Je remettais en cause le tutoiement des patients, car j'étais souvent plus jeune qu'eux. Je lui ai fait part de mes difficultés à ne pas

¹ Etudiante en psychologie, présente dans le même lieu de stage que moi depuis plusieurs semaines.

instauration de relation "amicale" avec Melle A. Il m'a rassuré en me disant qu'elle avait tendance à tester les nouveaux professionnels, qu'elle essayait toujours de nouer une relation fusionnelle puisqu'elle ne vit plus avec sa mère. Et d'après ses observations et celles de ses collègues, j'avais un comportement adapté avec Melle A. comme avec les autres résidents.

Malgré ses propos rassurants, cela m'a posé question, notamment sur le tutoiement : Melle A. aurait-elle eu les mêmes questions à me poser si je l'avais vouvoyée ? Aurait-elle essayé d'instaurer une relation de « copinage » ? Quelles sont les influences de notre manière de communiquer et de notre manière d'être sur la relation avec le patient ? Jusqu'où doit-on entrer en relation avec le patient ? Est-ce ne pas être soignant d'être complice avec son patient ? Quelles sont les conséquences d'une relation fusionnelle ou au contraire d'une relation très distante avec les patients dans le soin ? Quels sont les impacts du type de la relation (fusionnelle, amicale, distante...) sur le soin et sur la prise en charge ? Où s'arrête la relation de confiance ?

Comment trouver sa place lorsqu'on est en tenue civile ? Est-ce que le fait d'avoir le même âge que le patient, influence la prise en charge du patient ? Le ressent-il ? En joue-t-il ? Est-ce que cela me porte préjudices (dans le sens où ils ne me prendraient pas au sérieux) ?

Le fait d'avoir été rassurée par l'infirmier m'a-t-il influencé dans la prise de distance vis-à-vis des patients ? Ma prise en charge a-t-elle été changée ? Y a-t-il eu des conséquences sur celle-ci ? Aurais-je pu réagir de la même façon dans un secteur hospitalier psychiatrique ? Et dans un service de soins généraux ? La distance relationnelle est-elle différente dans les services de soins généraux ? Comment maintenir la distance relationnelle nécessaire à toute relation thérapeutique ? Est-ce la relation qu'on a avec le patient qui a un impact sur la distance ou le contraire ?

En quoi le rôle infirmier, avec la distance relationnelle qu'il implique, influence-t-il la qualité du soin ?

En quoi la capacité à instaurer une distance suffisante, dans la relation soignant-soigné, influence-t-elle la qualité du soin infirmier en psychiatrie ?

Cette première réflexion m'a amené à diriger mon travail de recherche d'après cette question :

En quoi la relation soignant-soigné influence-t-elle la distance relationnelle ?

REFLEXION

LA COMMUNICATION

Avant d'aborder le concept de la relation, je souhaite éclaircir la notion de communication. En effet, pour moi, pour pouvoir entrer en relation avec quelqu'un, il faut avant tout communiquer. Il faut qu'il y ait un échange qu'il soit verbal ou non. À ce propos, LIPIANSKI, professeur de psychologie, dit que « *la communication est le passage obligé pour entrer en relation avec autrui quelles que soient les motivations pour le faire (sociales, professionnelles, affectives, utilitaires...)* »².

A) Qu'est-ce que communiquer ?

Cette question, je l'ai posée lors de mes entretiens, cherchant à savoir si les infirmières pensaient aussi à la base de toute relation. Il n'y a que Mme S. qui m'a répondu que « *la communication (...) c'est comme la relation de confiance, c'est la base de tout* »³. Mais Mme M. a également pensé à la relation en disant que « *la communication c'est une relation à deux et c'est un échange entre deux personnes (...) la communication peut être à plusieurs aussi* »⁴. Je rajouterai à cette définition la notion d'échange d'informations. Effectivement, le soigné peut passer un message au soignant et ce dernier peut également renvoyer une information au soigné. Cet échange d'information implique une interaction. C'est « *ce qui permet de construire son identité en tant que personne, à partir d'une participation à l'action d'autrui avec laquelle on se trouve ainsi en parfaite permutation de rôles* »⁵ Tous les échanges avec les patients permettraient donc de construire son identité professionnelle. Tout au long de mes trois années d'études à l'I.F.S.I.⁶, mes diverses conversations avec les patients, ainsi qu'avec les différents professionnels qui m'ont encadré lors de mes stages, m'ont permis d'évoluer en tant que future infirmière. Mes pratiques, ma capacité d'écoute ou même ma manière d'être ont changé.

² Coordonné par CABIN P., La communication, état des savoirs, p.59

³ Entretien avec Mme S. (cf. annexe I : méthodologie, entretien n°1)

⁴ Entretiens avec Mme M. (cf. annexe I : méthodologie, entretiens n°3)

⁵ BEAUDICHON J., La communication : processus, formes et applications, p.17

⁶ Institut de Formations en Soins Infirmiers

B) Comment communique-t-on ?

Nous échangeons constamment des informations qui sont acheminées de différentes façons.

D'abord, les mots : c'est ce que j'appellerais le langage verbal. Il peut être oral ou écrit. C'est ce que nous avons l'intention de transmettre. Comme le dit Mme S., selon le type de pathologies des patients, la communication verbale peut se faire de façons très variées : par « *ardoise* »⁷ ou par « *lecture labiale* »⁸.

Puis il y a tout le reste. Les trois infirmières m'ont parlé de communication par « *gestes* »⁹. Cependant, cela peut être aussi des mimiques, des sourires, un positionnement du corps, une attitude... De plus, la tenue vestimentaire, selon moi, joue un rôle également dans notre comportement. Dans ma situation, je me suis d'ailleurs demandée comment on pouvait trouver sa place de soignant lorsqu'on est en tenue civile. Je pense alors que Melle A. a dû ressentir mon questionnement vis-à-vis de ma tenue.

C'est pourquoi, je qualifierais tous ces éléments comme faisant partie du langage non-verbal. Janine BEAUDICHON, dans son livre « La communication : processus, formes et applications » différencie trois types de comportements non-verbaux :

- « *les manifestations dont ne prend conscience ni celui qui les produit, ni celui qui y est exposé* »¹⁰.
- d'autres qui sont « *émises de manière non intentionnelle mais sont perçues intentionnellement* »¹¹.

A ce propos, Mme C. m'a parlé d'un échange par le regard et m'a dit que lorsqu'on ne peut pas communiquer verbalement « *on se regarde plus et je pense qu'à un moment donné, on laisse échapper certaines émotions (...) je pense que (...) il y a un peu de nous aussi qui ressort* »¹². Mme M. une autre infirmière va dans ce sens : « *on peut aussi communiquer son angoisse, sa manière d'être (...) comment vous êtes les patients le ressentent (...) votre ressenti les gens le ressentent* »¹³.

⁷ Entretien avec Mme S. (cf. annexe I : méthodologie, entretien n°1)

⁸ Entretien avec Mme S. (cf. annexe I : méthodologie, entretien n°1)

⁹ Entretiens avec Mme S., Mme C. et Mme M. (cf. annexe I : méthodologie, entretiens n°1, 2 et 3)

¹⁰ BEAUDICHON J., Op. cit., p.43

¹¹ Ibid., p.43

¹² Entretien avec Mme C. (cf. annexe I : méthodologie, entretien n°2)

¹³ Entretien avec Mme M. (cf. annexe I : méthodologie, entretien n°3)

- et enfin celles qui « *sont produit(e)s et reçu(e)s intentionnellement* »¹⁴ Cela peut être lorsqu'on pointe du doigt pour désigner un objet par exemple.

Tous ces éléments de communication non-verbale envoient une ou plusieurs information(s) à notre interlocuteur. Il est important d'avoir conscience qu'on peut renvoyer quelque chose d'inconscient au patient.

C'est ce que l'on appelle le contre-transfert qui peut se définir comme une réaction inconsciente de l'infirmier, plus particulièrement au transfert du soigné. Ce transfert est une projection du contenu de l'inconscient des émotions de son enfance. Freud liait ces deux termes à la relation entre le psychanalyste et son patient, mais on peut dire qu'ils sont transposables à tous types de relation tant que celle-ci réveille des sentiments éprouvés dans l'enfance.

Pour conclure, les différents éléments de la communication verbale et non-verbale peuvent être interprétés « *comme des supports d'informations qui formeront le sédiment de la relation soignant-soigné* »¹⁵.

¹⁴ BEAUDICHON J., Op. cit., p.44

¹⁵ MANOUKIAN A., MASSEBEUF A., La relation soignant-soigné, p.8

LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE

A) la notion de qualité

Chaque moment passé avec le patient est un moment de relation soignant-soigné. L'article R 4311-2 du Code de la Santé Publique relatif à l'exercice de la profession d'infirmiers, stipule que « *les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade* »¹⁶. Au regard de cela, on peut dire que c'est au soigné de garantir la qualité de cette relation même si elle est étroitement liée au patient. Il me paraît important de revenir sur cette notion de qualité avant de traiter de la relation soignant-soigné.

Que signifie « *qualité technique et qualité des relations* » ? Par ces mots, je comprends la qualité des soins d'une manière globale. Mais peut-on définir ce qu'est la qualité des soins ? La qualité d'un objet ne peut-elle pas être appréciée par un individu et pas par un autre ? N'en serait-il pas de même pour les soins ? Pour moi, la qualité d'un soin pourrait être approuvée dans le cas où le soigné comme le soignant seraient satisfaits du soin prodigué. Cependant, Walter HESBEEN propose cette définition : « *Une pratique soignante de qualité est celle qui prend du sens dans la situation de vie de la personne soignée et qui a pour perspective le déploiement de la santé pour elle et pour son entourage. Elle relève d'une attention particulière aux personnes et est animée par le souci du respect de celles-ci* »¹⁷. Au regard de cette définition, on remarque que la qualité doit être également appréciée auprès de la famille du patient. Ferait-elle alors partie de la relation entre le soignant et le soigné ?

B) Définitions

Selon A. MANOUKIAN et A. MASSEBEUF une relation « *c'est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies*

¹⁶ Article R 4311-2 du Code de la Santé Publique

¹⁷ HESBEEN W., La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante, p.55

particulières et deux histoires »¹⁸ Ce sont ces caractéristiques qui rendent une relation singulière entre des êtres humains. Elle est fondée sur l'échange et la communication « *avec son corps, sa parole et son affectivité* »¹⁹ c'est également ce qui la rend unique.

Dans le cadre de la relation soignant-soigné, le contexte de l'hospitalisation donne un sens à la relation. Mais c'est aussi ce qui fait sa complexité. En effet, « *qu'on le veuille ou non c'est bel et bien dans le cadre de la relation soignant-soigné et dans l'intimité du face à face, que s'inscrit le soin* »²⁰. Il s'agit d'une relation imposée : ni le soignant, ni le soigné ont choisi d'entrer en relation avec l'autre. Cependant, le patient, lors de son hospitalisation, vit une véritable rupture avec ses repères, ses habitudes de vie... Cette relation est la base du travail infirmier qui consiste à accompagner le patient vers une autonomie.

De plus, cette relation tient compte d'un soignant qui prend soin d'un patient. Mais « *prendre soin dans une perspective de santé, c'est aller à la rencontre d'une personne pour l'accompagner dans le déploiement de sa santé* »²¹. Cette rencontre ne s'arrête donc pas au chevet du malade. « *C'est aussi bien pendant les soins que tout ce qui est (...) autour* »²². C'est par exemple, répondre à une sonnette, ou encore donner des nouvelles du patient à son entourage, ou même prendre contact avec un ergothérapeute pour qu'il aménage le domicile du patient afin que ce dernier soit le plus autonome possible.

Pour deux des infirmières que j'ai interrogées, cette relation particulière entre deux êtres humains consiste à établir un « *climat de confiance* »²³. « *La rencontre entre une personne soignante et une personne soignée poursuit un objectif bien précis, celui de réussir cette rencontre, c'est-à-dire tisser des liens de confiance* »²⁴. C'est ce que nous allons voir maintenant.

¹⁸ MANOUKIAN A., MASSEBEUF A., Op. cit., p.9

¹⁹ Ibid., p.9

²⁰ Sous la direction de KELLER P.H., PIERRET J., Qu'est-ce que soigner ? Le soin, du professionnel à la personne, p.8

²¹ HESBEEN W., Op. cit., p.30

²² Entretien avec Mme C. (cf. annexe I : méthodologie, entretien n°2)

²³ Entretiens avec Mme S. et Mme M. (cf. annexe I : méthodologie, entretiens n°1 et 3)

²⁴ HESBEEN W., Op. cit., p.30

C) Les liens de confiance

Une relation de soin, basée sur la confiance, me paraît indispensable et nécessaire au bien-être du patient lors de son hospitalisation. Cela est « *primordial (...) pour que le soin se déroule correctement* »²⁵.

Cela commence avant-même son arrivée. En effet, la loi du 4 mars 2002 contribue à tisser ce lien de confiance. L' « *information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables* »²⁶. Désormais, le patient sait qu'il est en droit d'avoir des informations concernant son état de santé. « *Cette loi vise donc à un meilleur partage des informations et des décisions et doit permettre d'établir une véritable relation de confiance soignant-soigné* »²⁷.

Ensuite, l'instauration de la confiance entre ces deux personnes continue dès l'accueil. Si le patient voit qu'on le prend en charge dès son arrivée, qu'on fait attention à lui et s'il se sent rassurer par des explications claires, précises et adaptées à son état, cela peut concourir à avoir confiance en l'équipe soignante.

Enfin, tout au long de son séjour à l'hôpital, ce lien de confiance pourra être entretenu, selon W. HESBEEN, par huit éléments. J'ai volontairement choisi de n'en traiter que cinq puisqu'ils me semblent plus adaptés à ma réflexion et donc plus importants.

On retrouve d'abord « *l'écoute* »²⁸. Communiquer, c'est aussi écouter. C'est-à-dire être attentif à ce que l'autre nous dit : savoir se taire pour entendre et par conséquent comprendre notre interlocuteur pour pouvoir répondre à ses besoins. Pour cela, il est nécessaire que le soignant soit disponible psychiquement.

« *La disponibilité* »²⁹ est d'ailleurs un autre point abordé par W. HESBEEN. « *Si on a plus de temps pour se comprendre... ça donne une meilleure relation soignant-soigné (...) ça enrichit cette relation en fait (...) et ça améliore surtout la confiance du patient*

²⁵ Entretien avec Mme S. (cf. annexe I : méthodologie, entretien n°1)

²⁶ Article L. 1111-2 de la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

²⁷ CARICLET N., « Construire une relation de confiance durable avec les patients », Soins Cadres de Santé, p.S17 et S18

²⁸ HESBEEN W., Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante, p.99

²⁹ Ibid., p.99

envers le soignant »³⁰. Lors de l'entretien, cette infirmière avait beaucoup insisté sur la notion de temps. D'autre part, on me l'a souvent fait remarquer lors de mes stages. Les patients trouvent souvent les étudiants plus disponibles du fait de la charge de travail généralement moins importante qu'un infirmier diplômé. Ils me disaient pouvoir davantage parler avec moi puisqu'ils savaient que je ne serais pas appelée quelques instants après le début de notre conversation auprès d'un autre patient. De ce fait, j'avais plus de temps à leur accorder.

Ensuite, on distingue « *l'humilité* »³¹. C'est « *celle qui témoigne d'un professionnel conscient de ses limites, qui a l'ambition d'apporter de l'aide (...) et qui ne veut pas exercer sur le patient et ses proches une forme de suprématie liée à son statut de professionnel (...)* »³². Ainsi, si ce principe n'est pas compris et adopté par les soignants, la relation soignant-soigné ne serait plus une relation de confiance mais plutôt une relation d'autorité. La sensation d'incompréhension du soigné pourrait alors altérer les liens de confiance.

Puis il y a « *l'authenticité* »³³. Il s'agit bien là d'une relation entre deux êtres humains. Le professionnel est avant tout une personne avec son vécu, ses expériences, ses sentiments... Tous ces éléments contribuent à la manière d'exercer sa profession. Plus il sera lui-même plus le patient aura confiance, car il comprendra que le soignant, qui prend soin de lui, lui livre un peu de lui-même aussi. Il pourra alors se sentir moins seul lorsqu'il se confie au soignant.

Enfin, il existe « *la compassion* »³⁴ qui est le dernier élément étudié par W. HESBEEN. Cela consiste à avoir conscience de la souffrance de l'autre. Pourtant, on nous dit qu'il faut qu'on gère nos émotions, cela est-il compatible avec la compassion ? On pourrait alors facilement faire un lien avec l'empathie. Puisque c'est ce qui fait qu'on s'implique plus ou moins dans une relation.

Pour que le malade retrouve le chemin de l'autonomie, les liens de confiance sont importants car c'est ce qui permet d'établir une relation d'aide.

³⁰ Entretien avec Mme C. (cf. annexe I : méthodologie, entretien n°2)

³¹ HESBEEN W., Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante, p.99

³² Ibid., p.100

³³ Ibid., p.100

³⁴ Ibid., p.100

D) La relation d'aide

Ce thème m'a été rapporté durant un entretien. Il m'a donc paru important de le traiter, même si au départ, je n'y avais pas songé. Toute relation d'aide nécessite une relation de confiance avant tout. Puisqu'un patient qui se sentira en confiance avec un soignant osera davantage poser des questions et ainsi il se laissera plus facilement aider.

Pouvons-nous affirmer que cette relation d'aide n'appartient qu'à l'infirmier ? Pour tenter de répondre à cette question, intéressons-nous d'abord à la définition. Ce serait « *un type de communication qui désigne les relations dans lesquelles l'un au moins des deux acteurs cherche à favoriser chez l'autre la croissance, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité d'affronter la vie* »³⁵. Du fait de sa forte présence auprès du patient, on peut dire que l'infirmier tient un rôle important dans l'accompagnement vers un changement chez le soigné. « *Il faut qu'ils [les patients] comprennent qu'on est là (...) pour les aider* ». De mon point de vue, tout professionnel de santé peut soutenir le malade. De plus, au regard de la définition, il semblerait que l'entourage pourrait également aider son proche dans le changement dans son état de santé, dans « *sa gestion de la maladie (...) de sa vie* »³⁶.

Il s'avérerait que dans les services où les patients sont hospitalisés longtemps, la relation d'aide serait plus pratiquée : « *on les connaît plus donc on s'investit plus* »³⁷. Néanmoins, il est tout à fait possible d'apporter ses encouragements auprès du patient, durant une hospitalisation courte, mais dans ce cas « *on optimise au maximum* »³⁸. Cette notion de durée d'hospitalisation est-elle liée au temps nécessaire au patient pour progresser vers une modification importante de lui-même ? Ou est-ce en lien avec le temps pour accepter la nécessité d'un tel changement ? Ou encore peut-on rattacher cela au temps nécessaire pour se sentir en confiance avec le soignant ? Par ailleurs, comment le soignant gère-t-il cette notion de temps ?

Cette relation demande un respect mutuel entre les individus. Se respecter, c'est être capable de considérer l'autre comme être humain unique avec ses défauts et ses

³⁵ WARNET S., « Inscrire les soins dans une perspective soignante », La revue de l'infirmière, p.15

³⁶ MANOUKIAN A., MASSEBEUF A., Op. cit., p.48

³⁷ Entretien avec Mme S. (cf. annexe I : méthodologie, entretien n°1)

³⁸ Entretien avec Mme C. (cf. annexe I : méthodologie, entretien n°2)

qualités. Cela inclus notamment de reconnaître les émotions de l'autre. Selon cette définition, pouvons-nous admettre que les émotions ont une fonction dans l'élaboration d'une relation de soin ?

E) Les affects, les sentiments et les émotions

Comme on a pu le constater, l'affectivité, dans une relation, est un des facteurs qui la rend unique. Cela correspond à une « *aptitude à être affecté de plaisir ou de douleur* »³⁹. On pourrait dire qu'il se trouve au centre même de la relation de part son entière appartenance à l'être humain. Est-il possible de gérer ses émotions ? Un soignant peut-il être maître de ses sentiments ? « *Nous entendons par sentiment une disposition affective spécifique éprouvée par un sujet pour un objet particulier, cela pouvant être vécu sur le registre du plaisir ou du déplaisir. Le sentiment se distingue de l'émotion qui s'exprime plus physiquement et dans un temps plus court* »⁴⁰. Est-il possible de ne rien ressentir ?

Je me suis questionnée sur le port de la blouse et l'impact qu'elle a sur les patients. Je me demande alors si cela représenterait un reflet des connaissances. En effet, le port de la blouse traduirait un savoir ignoré par le soigné. Dès lors, cela pourrait faire naître chez lui un sentiment d'infériorité et par conséquent un « *sentiment de supériorité* »⁴¹ de la part de l'infirmier. Ce sentiment pourrait-il entraîner une relation d'autorité qui serait majorée par le manque d'humilité ?

Cette sensation, ressentie inconsciemment, peut rendre le soignant mal à l'aise s'il n'assume pas sa position, tout comme le « *sentiment de responsabilité* »⁴². Cela se ressent lorsque le professionnel de la santé s'implique trop dans une relation avec un soigné, au détriment des autres patients. S'il venait à décéder, l'infirmier serait affecté par cela. Mais est-il possible pour l'être humain de se dégager totalement d'une situation émotionnellement forte ? Si « *on se laisse trop envahir par nos émotions personnelles ... on n'est plus objectif et (...) ça peut être dangereux vis-à-vis des patients (...) c'est-à-dire*

³⁹ Dictionnaire, Nouveau petit LE ROBERT, p.37

⁴⁰ MANOUKIAN A., MASSEBEUF A., Op. cit., p.42

⁴¹ Ibid., p.43

⁴² Ibid., p.44

qu'on n'est pas le plus aidant possible parce qu'on a nos émotions avant tout »⁴³. Ces émotions, qui entraînent ce sentiment de responsabilité, sont plutôt de l'ordre de la sympathie et de l'attachement comme j'ai pu le voir lors de mes entretiens.

On peut également retrouver la sympathie dans un autre sentiment qui est celui de la satisfaction. La satisfaction d'avoir réussi une prise de sang, la satisfaction d'avoir fait sourire une personne, la satisfaction d'avoir réussi à calmer la douleur d'un patient... Tout cela représente des « *gratifications personnelles dues à un bon contact avec tel ou tel patient, famille* »⁴⁴. Est-ce une satisfaction personnelle ou pluridisciplinaire ?

Savoir repérer ses émotions permet de les utiliser « *comme une force, comme ce qui permet de mieux comprendre, de mieux prendre soin* »⁴⁵. Mais cela ne peut-il pas conduire à l'épuisement professionnel ?

Lorsqu'on se sent dépassé par nos émotions, il est important de savoir passer le relai à un autre membre de l'équipe. Notamment au moment où l'on s'aperçoit que l'on « *superpose* » la situation avec une histoire personnelle.

F) Les superpositions

J'ai repris ce terme abordé plusieurs fois lors de mes différents entretiens. Selon les infirmières que j'ai interrogées, ce serait un élément qui pourrait avoir des répercussions sur la relation soignant-soigné.

Il faut comprendre par « *superposer* » le fait que le vécu personnel du soignant aurait un impact sur sa manière d'être avec le patient, sur la relation qu'il aurait avec lui. Cependant, est-il possible de laisser sa vie personnelle au vestiaire ? Ne serait-ce pas elle qui influencerait la relation ? Ne serait-ce pas elle qui ferait que vous êtes ce professionnel qui apporte des soins de telle manière et pas d'une autre et qui vous différencierait d'un autre professionnel exerçant le même métier ?

Pourtant, lorsque vous êtes professionnel « *vous ne devez pas le faire (...) il faut (...) bien rester dans notre rôle* »⁴⁶ mais vous le faites et « *ça c'est humain* »⁴⁷. Pourquoi

⁴³ Entretien avec Mme M. (cf. annexe I : méthodologie, entretien n°3)

⁴⁴ MANOUKIAN A., MASSEBEUF A., Op. cit., p.45

⁴⁵ GINESTE Y., PELLISSIER J., « De la solitude à l'humanité... », Santé mentale, p.42

⁴⁶ Entretien avec Mme M. (cf. annexe I : méthodologie, entretien n°3)

ne faut-il pas considérer ses histoires personnelles dans son travail ? Si cela reste raisonnable, si cela n'empêche pas d'exercer sa profession, il faut, d'après moi, prendre son vécu personnel comme un atout. Dans le sens où cela permet de rester une personne humaine qui ne pratique pas des soins de façon automatique et machinale. D'ailleurs, « *on peut faire dès fois des superpositions pour des personnes, même en gardant le plus de professionnalisme possible* »⁴⁸.

Pour conclure, on peut dire que la relation soignant-soigné nécessite de garder une distance avec ses expériences personnelles afin qu'elle soit le plus efficace possible. L'infirmier doit donc être capable de ne pas oublier que son rôle est avant tout de prendre soin du malade.

Les éléments que l'on vient d'étudier contribuent aux variations de la distance entre un soignant et un patient. C'est ce que nous allons développer maintenant.

⁴⁷ Ibid.

⁴⁸ Entretien avec Mme C. (cf. annexe I : méthodologie, entretien n°2)

LA DISTANCE DANS LES SOINS

A) Définitions

La distance est « *l'espace qui sépare deux personnes* »⁴⁹. Du fait de la constante évolution des êtres humains, cette distance est en perpétuel mouvement, c'est un concept dynamique.

On la qualifie souvent par différents adjectifs.

Je me suis demandée quelles différences pouvions-nous faire entre distance relationnelle, professionnelle et thérapeutique.

Pour commencer la distance relationnelle est, selon moi, valable pour n'importe quel type de relation, quelle soit amicale, amoureuse, professionnelle...Etc. Dès lors qu'on entre en relation avec un individu, cette distance s'établit. Elle correspond à un degré de proximité avec l'autre afin que la personne se sente plus à l'aise.

La distance professionnelle quant à elle est définie « *comme la limite morale et psychologique à l'expression des valeurs personnelles dans le cadre de l'activité professionnelle* »⁵⁰. On pourrait alors faire un lien avec les superpositions : est-ce seulement le fait, de dire que la situation vécue au travail rappelle des expériences de la vie personnelle, qui entraîne le non-respect de cette distance professionnelle ? Ou on peut se poser la question si cet espace n'équivaut pas plutôt à avoir conscience que la situation renvoie à une histoire personnelle mais sans modification de la prise en charge du patient.

Enfin, on retrouve la distance thérapeutique. Ce terme est souvent employé dans les services de psychiatrie. J'ai alors voulu comprendre pourquoi.

La thérapeutique est ce « *qui concerne l'ensemble des actions et pratiques destinées à guérir, à traiter les maladies* »⁵¹. Cela voudrait dire que cette distance permettrait de guérir. Or est-il possible de soigner une personne, atteinte d'une gastro-entérite par exemple, en gardant une distance thérapeutique ? Cela ne me semble envisageable. Par contre, il n'est pas impossible qu'elle contribue fortement à la guérison des personnes en

⁴⁹ Dictionnaire, Nouveau petit LE ROBERT, p.662

⁵⁰ <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=2446683>

⁵¹ Dictionnaire, Nouveau petit LE ROBERT, p.2246

souffrance psychique. En effet, ce type de patient est souvent à la recherche d'une relation fusionnelle, comme j'ai pu le remarquer dans ma situation. Il est donc important pour le patient que l'infirmier ne réponde pas à cette demande affective.

C'est pourquoi j'ai préféré aborder la distance relationnelle étant donné que mon questionnaire portait davantage sur l'impact de la distance dans un service de soins généraux. Ce genre de service accueille très peu de patient en recherche de maternage et de relation affective, je m'intéresse alors aux patients atteints de pathologies somatiques et non pas psychiques.

E.T. HALL distingue quatre distances différentes qu'il décline en deux modes : proche et éloigné.

Tout d'abord, la « *distance intime* »⁵² où « *la présence de l'autre s'impose et peut même devenir envahissante par son impact sur le système perceptif* »⁵³. C'est d'ailleurs ce que j'ai ressenti durant mon stage, quand Melle A. venait me parler. Au regard de cela, on pourrait admettre que cette distance fait partie d'une relation de soin. En effet, lorsqu'un soigné se sent triste et en difficultés, il peut en faire part à l'infirmier et ce dernier cherchera à le reconforter en le rassurant et cela peut passer par le toucher. Les deux modes de cette distance induisent notamment le réconfort et les mains qui se joignent, peut-on alors parler de distance intime dans ce genre de situation ?

De plus, il parle de « *distance personnelle* »⁵⁴. Elle correspond à la « *distance minimum acceptable par les individus* »⁵⁵. A partir de cette définition, on peut dire que cette distance appartient à toutes sortes de relations précédemment citées.

Ensuite, l'anthropologue a identifié une troisième distance qui est celle qu'il qualifie de « *sociale* »⁵⁶. Elle désigne l'éloignement. Le sujet des conversations est moins personnel. Il me paraît alors difficile de mettre cette distance en lien avec une relation de soin. Car les patients, parfois, se confient aux soignants. En revanche, ce qui est paradoxal, c'est que l'infirmier ne parle généralement pas de choses personnelles avec le soigné. Dans ce cas, sommes-nous en mesure d'affirmer l'existence d'une distance sociale la relation de soins ? La relation, pour qu'elle existe, nécessite un échange entre deux individus. Dans

⁵² HALL E.T., La dimension cachée, p.147

⁵³ Ibid., p.147

⁵⁴ Ibid., p.150

⁵⁵ <http://www.serpsy.org/detour/distance.html>

⁵⁶ HALL E.T., Op. cit., p.152

ces conditions, il semble compliqué d'assurer qu'il y a bien une distance sociale dans les soins.

Pour terminer, HALL parle de « *distance publique* »⁵⁷. C'est celle où on s'intéresse davantage au discours qu'à la personne : « *à l'inverse des trois précédentes où les individus sont impliqués dans l'interaction de face à face, la distance publique est "impersonnelle"* »⁵⁸. Il apparaît évident que ce type de distance ne devrait pas exister dans une relation de soin, car considérer le patient comme un individu est l'élément principal pour prendre soin de celui-ci.

B) S'impliquer vers une juste distance

A quelle distance du patient peut se situer le soignant ? Il n'y a pas de réponses toutes faites, ni même de méthodes pouvant être appliquées dans n'importe quelles situations. Tout dépend des limites de chacun, de ses expériences, de sa disposition affective ou encore de son histoire de vie. Cela peut également varier selon le contexte : l'âge, le degré de gravité des pathologies, la durée d'hospitalisation...

La première question qui m'est venue à l'esprit, c'est la façon dont s'instaure la distance. Est-ce dans notre comportement, dans notre façon de parler, dans notre manière d'être ? Est-ce lié au comportement du patient ?

Je pense que cela peut commencer par une communication non-verbale. Tout simplement par l'espace physique entre deux personnes qui peut se traduire par un mouvement de recul lorsqu'on se sent « envahit » par exemple. Ensuite, notre tenue de travail qui représente notre savoir que le patient ignore. Puis par notre façon de parler : notamment l'intonation de la voix.

Mme C. me disait que selon elle, cela commençait par « *le vouvoiement de la personne... c'est... une forme de respect et une forme de distance* »⁵⁹. Elle continuait en ajoutant que le tutoiement invitait à « *l'intimité* »⁶⁰. Pourtant, on vient de voir que la

⁵⁷ Ibid., p.155

⁵⁸ MARTINEAU-CHEVRIER H., "De la proxémie aux territoires du Moi", Santé mentale, p.73

⁵⁹ Entretien avec Mme C. (cf. annexe I : méthodologie, entretien n°2)

⁶⁰ Ibid.

distance intime est celle de la relation de soin. Le tutoiement ne serait alors pas un obstacle à la distance dans une relation soignant-soigné.

Cependant, d'autres professionnels disent que « *le vouvoiement est l'un des garants de la juste distance. Il permet de fixer le rôle et la place de chacun, de mettre un cadre rassurant pour le patient* »⁶¹. Lors d'un second stage auprès de patients ayant mon âge, je me suis de nouveau posée la question si je devais vouvoyer les soignés. Tout le monde se tutoyait dans le service, j'ai alors décidé de faire de même. Contrairement à mon premier stage, cela ne m'a pas gêné, car les patients comme moi avions conscience des rôles de chacun. De plus, à l'inverse de mon premier stage, je ne me suis pas identifiée à la souffrance de mes patients, car c'est un des risques lorsqu'ils ont le même âge que nous. D'autant plus que le métier d'infirmier nécessite d'avoir de l'empathie et de la compassion.

À quoi sert cette distance ? Appartient-elle au rôle du soignant ou du soigné ? A qui profite-elle ?

La notion de « *protection* »⁶² a été abordée par les trois infirmières que j'ai interrogées. Cela permettrait de se préserver soi ainsi que le patient, afin d'éviter « *d'avoir trop d'affects* »⁶³. Or sans affects, la relation ne serait pas authentique, je me demande si pour être dans une bonne distance avec le soigné, il est nécessaire de nier ses émotions. Je pense au contraire que nos émotions sont un atout dans la relation de soin, c'est ce qui fait que nous sommes touchés par un patient et que nous ne le considérons pas comme un objet de soin. Les reconnaître, c'est permettre de les maîtriser et ainsi ne pas aboutir à une relation fusionnelle.

D'autres soignants, afin d'éviter l'implication émotionnelle, croyant se protéger, préféreront l'évitement ou la fuite. Il est important pour le professionnel de santé de mettre en place des mécanismes de défense. Le tout est d'en avoir conscience dans le but d'échapper à la banalisation : « *Cette distance sans implication tend à dénier toute subjectivité à l'autre, à le considérer comme un objet de soin, à nier la réalité de sa souffrance* »⁶⁴.

⁶¹ OUHARZOUNE Y., AGRECH C., Techniques de soins en psychiatrie, p.48

⁶² Entretiens avec Mme S., Mme C. et Mme M. (cf. annexe I : méthodologie, entretiens n°1,2 et 3)

⁶³ Entretien avec Mme C. (cf. annexe I : méthodologie, entretien n°2)

⁶⁴ Sous la direction de PRAYEZ P., Distance professionnelle et qualité du soin, p.32

Pour finir, je me suis intéressée à la « bonne distance » : à quoi correspond-elle ? Comment donner un peu mais pas trop ?

« Une bonne distance professionnelle doit permettre de tenir la souffrance à un niveau qui permette de travailler avec elle afin de dégager le manque à combler, l'atteinte à réparer »⁶⁵. Il s'agit de se protéger sans pour autant négliger l'échange avec le patient.

PRAYEZ, docteur en psychologie clinique et sociale, complète cette définition en disant qu' « Il s'agit (...) d'être à la fois au contact des ressentis de chacun et à distance pour mieux observer et comprendre »⁶⁶. Dans le cas où la situation du soigné nous submerge, quelle serait la meilleure attitude à adopter? Le malade comme l'infirmier sont deux personnes singulières. Etre à la « bonne distance » consisterait alors à prendre en considération que chaque relation est unique. Il est donc important d'avoir conscience qu'il n'y a pas de comportements qui conviennent mieux que d'autres. Le principal est de les ajuster auprès de chaque patient.

⁶⁵ MALLEM E., « La distance professionnelle », Objectif soins, p.23

⁶⁶ Sous la direction de PRAYEZ P., Op. cit., p.63 et 64

PROBLEMATIQUE

Ma question de départ m'a semblé trop vague et pas vraiment représentative de ce que je voulais réellement aborder. De plus, d'autres questions sont venues à moi au-fur-et-à-mesure de mes recherches, des entretiens et de la rédaction de ce travail.

Tout d'abord, ce sont mes entretiens auprès des infirmières qui m'ont apporté un nouvel axe de recherche : elles m'ont parlé de fin de vie et de soins palliatifs. Je n'ai pas choisi d'aborder ce thème car au départ j'avais des difficultés à trouver le lien avec ma question initiale. Cependant, cela m'a tout de même interpellé : pourquoi ce type de service influence la distance soignant-soigné ? Comment cela peut-il s'expliquer ? Qu'est ce qui pourrait influencer la relation soignant-soigné auprès de patients en fin de vie ?

Ensuite, lors de la rédaction de ce travail, je me suis surtout interrogée sur les émotions et leurs influences sur le soin infirmier.

Est-il possible de garder le recul suffisant auprès des patients qui nous touchent émotionnellement ? Pouvons-nous être soignants sans émotions ? Les émotions ne contribuent-elles pas à la mise de distance entre le patient et le soignant ?

Partager les émotions du patient ne favorise-t-il pas à l'instauration d'une relation de confiance ?

Pouvons-nous ignorer nos émotions lors des soins ? Un infirmier peut-il dispenser des soins de qualité si la situation du patient le touche ? Comment se servir de nos émotions pour ne pas être un infirmier « technicien » ?

Tout le cheminement de ma réflexion m'amène à diriger l'axe de ma recherche différemment, à partir de cette question :

En quoi les émotions des soignants influencent-elles la prise de distance avec les soignés ?

CONCLUSION

Au départ, je pensais orienter mon travail vers l'influence de la distance sur la prise en charge infirmière. Mais tout au long de ma réflexion, je me suis aperçue que mon sujet traiterait plus sur la distance et la relation soignant-soigné et les influences que l'une a sur l'autre. Il est difficile de savoir si c'est la relation qui a un impact sur la prise de distance ou le contraire. L'un ne va pas sans l'autre, il me paraît alors évident qu'il est impossible de répondre à cette question.

Comme j'ai pu le dire dans mon développement, il n'y a pas de relation sans communication quelle soit verbale ou non-verbale. En effet, « *on parle avec tout son corps car la relation est un phénomène d'ensemble* »⁶⁷.

Il est donc important de considérer le patient comme un être humain et non pas un objet de soin. Le contexte spécifique de l'hospitalisation peut l'amener à avoir des doutes, des angoisses ; et c'est par différentes caractéristiques humaines que l'infirmier va pouvoir rassurer le soigné pour qu'il se sente en confiance car c'est un élément indispensable à l'élaboration d'une relation d'aide.

Quant au soignant, c'est une personne comme les autres qui a son vécu personnel. C'est d'ailleurs toutes ses émotions et ses expériences qui sont à la fois un avantage et un inconvénient dans son travail au quotidien.

Enfin, on a pu le voir : il est difficile de trouver la juste distance. Il faut savoir ne pas être trop proche pour ne pas trop s'impliquer ; ni être trop loin pour pouvoir entendre la souffrance du patient.

Ce travail m'a frustré. En effet, j'ai eu l'impression de ne pas avoir approfondi certaines notions et j'aurai aimé en aborder d'autres. C'est ce qui m'a mis en difficultés.

Pour autant, cela m'a aidé pour d'autres situations similaires à celle que j'ai exposée. J'ai d'ailleurs compris qu'il est important d'effectuer un travail sur soi avant de devenir professionnel. Car prendre soin d'un autre être humain n'est pas anodin. Cela demande une certaine implication émotionnelle qui peut nous mettre en difficultés face à la souffrance des patients. Quelle pourrait être alors l'influence des émotions sur l'épuisement professionnel ?

⁶⁷ MANOUKIAN A., MASSEBEUF A., Op. cit., p.9

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- *Les ouvrages*

- BEAUDICHON Janine « La communication : Processus, formes et applications », Editions Armand Colin, Paris, 1999, ISBN : 2-200-25082-7, 174 pages
- Coordonné par CABIN Philippe « La communication : état des savoirs », Editions Sciences Humaines, Auxerre, janvier 2003, ISBN : 2-912601-03-7, 462 pages
- HALL Edward T. « La dimension cachée », Edition du Seuil, Paris, 1971, ISBN : 2-02-004776-4, 254 pages
- HESBEEN Walter « La qualité du soin infirmier, penser et agir dans une perspective soignante », Editions Masson, Paris, 1998-2002 , ISBN : 2-294-00921-5, 208 pages
- HESBEEN Walter « Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante », Editions Masson, Paris, 1997, ISBN : 2-225-85565-X, 195 pages
- Sous la direction de KELLER Pascal-Henri et PIERRET Janine « Qu'est-ce que soigner ? Le soin, du professionnel à la personne » Editions Syros, Paris, 2000, ISBN : 2-84146-778-3, 239 pages
- MANOUKIAN Alexandre, MASSEBEUF Anne « La relation soignant-soigné », Editions Lamarre, Reuil-Malmaison, 2001, ISBN : 2 85030 588 – X, 173 pages
- OUHARZOUNE Yasmina, AGRECH Chantal « Techniques de soins en psychiatrie », Editions Lamarre, Reuil-Malmaison, mai 2001, ISBN : 2-85030-599-5, 151 pages

- PRAYEZ Pascal « Distance professionnelle et qualité du soin », Editions Lamarre, Reuil-Malmaison, 2003, ISBN : 2-85030-795-5, 228 pages

- ***Les articles de périodiques***

- CARICLET Noëlle, « Construire une relation de confiance durable avec les patients » Soins Cadres de Santé, octobre 2007, supplément au n°63, pages S17 et S18
- GINESTE Yves et PELLISSIER Jérôme, « De la solitude à l'humanité... » Santé mentale, septembre 2005, n°100, de la page 38 à la page 43
- MALLEM Elke, « La distance professionnelle » Objectif soins, mai 2005, n°136, pages 22 et 23
- MARTINEAU-CHEVRIER Hélène, « De la proxémie aux territoires du Moi » Santé mentale, septembre 2005, n°100, de la page 72 à la page 76
- WARNET Sylvie, « Inscrire les soins dans une perspective soignante » La revue de l'infirmière, mars 2008, n°138, pages 14 et 15

- ***Les textes officiels***

- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - Titre II - Chapitre II : droits et responsabilité des usagers - Article 11
- Extrait du code de la santé publique - Partie réglementaire - Professions de santé Livre III : auxiliaires médicaux - Titre Ier - Chapitre Ier : exercice de la profession - Section 1 : actes professionnels - Article R. 4311-2

- ***Les sites Internet***

- http://www.serpsy.org/etudiants/ecriture/distance_dorsaf.html
- <http://www.serpsy.org/detour/distance.html>

ANNEXES

METHODOLOGIE

Après avoir trouvé ma situation de départ et ciblé le thème de ma réflexion, j'ai effectué différentes recherches dans des ouvrages, des revues et sur internet. Mon thème étant vaste, j'ai eu quelques difficultés à trier les nombreuses informations que j'ai récoltées. D'autres thèmes m'auraient paru intéressant à développer tels que le transfert et le contre-transfert, les mécanismes de défense, le « prendre soin » ou encore la notion du don de soi... Le travail étant limité à vingt pages, je n'ai pas pu aborder ces thèmes ni même approfondir certains concepts que j'ai cités.

Une fois que j'avais déterminé les thématiques que je voulais étudier dans mon travail, j'ai élaboré une grille d'entretien afin d'avoir une trame lors de mes rendez-vous avec les professionnels.

J'ai choisi de rencontrer des infirmiers qui exercent dans des services accueillants des personnes sur des périodes plus ou moins longues en vue d'observer si la relation pouvait être modifiée selon la durée d'hospitalisation des patients.

J'ai donc fait trois entretiens semi-directifs auprès d'infirmières. Cela consiste à poser une question ouverte, ce qui permet à la personne interviewée de s'exprimer plus largement sur le sujet. Ainsi cela m'a aidé à obtenir de nouvelles informations qui ont nourri ma réflexion.

Entretien n°1 :

Mme S. est une infirmière diplômée depuis 2000. Elle a d'abord voulu devenir infirmière puéricultrice avant de se diriger vers ce service de chirurgie. Ce service admet des enfants et des adultes pouvant être hospitalisés en hôpital de jour, en hôpital de semaine, en unité conventionnelle ou en unité accueillant des patients atteints de pathologies lourdes. Les infirmiers exercent dans ces différentes unités à tour de rôle sur une période plus ou moins longue.

L'entretien s'est déroulé dans une pièce étroite, ponctué par les bruits du couloir et des avions.

Il a duré 27 minutes.

Entretien n°2 :

Mme C. est infirmière depuis 2005. Elle a exercé dans de nombreux services avant d'arriver dans ce service de chirurgie en 2007. Ce service admet des enfants et des adultes pouvant être hospitalisés en hôpital de jour, en hôpital de semaine, en unité conventionnelle ou en unité accueillant des patients atteints de pathologies lourdes. Les infirmiers exercent dans ces différentes unités à tour de rôle sur une période plus ou moins longue.

L'entretien a également été réalisé dans une pièce étroite, ponctué par les bruits du couloir et des avions. Il a du être interrompu une fois, mais cela n'a pas perturbé le cours de la conversation.

L'entretien a duré 20 minutes.

Entretien n°3 :

Mme M. est une infirmière diplômée depuis 1983. Elle a d'abord exercé 14 ans dans un service de chirurgie, avant d'arriver dans ce service, qui accueille les personnes greffées, il y a 10 ans environ. Elle est en contact avec les patients sur une période allant de plusieurs mois à plusieurs années.

L'entretien s'est déroulé dans son bureau. La pièce était plutôt calme mais l'entretien a été interrompu à plusieurs reprises par les appels téléphoniques.

Il a duré 25 minutes.

GUIDE D'ENTRETIEN

Thème de mon travail écrit de fin d'étude : la distance relationnelle dans le soin

Présentation de la personne interviewée

Sujets abordés lors des entretiens :

La communication

Relation soignant-soigné

La distance dans le soin

Les formations continues

GRILLE D'ENTRETIEN

Thème de mon travail écrit de fin d'étude : la distance relationnelle dans le soin

Présentation de la personne interviewée :

- année du diplôme
- parcours professionnel
- depuis combien de temps dans ce service ?
- combien de temps, en moyenne, les patients restent-ils hospitalisés dans ce service ?

Sujets abordés lors des entretiens :

La communication

- que mettez-vous en place pour communiquer avec le patient? (quels éléments, quel type de communication [verbale-non verbale] quelles attitudes)

Relation soignant-soigné

- qu'entendez-vous par « relation soignant-soigné » ?
- quel rôle a-t-elle dans le soin ?
- quels sont les éléments pouvant l'influencer ? (émotions, vécu...)
- qu'est ce qui pourrait freiner/limiter cette relation et au contraire, qu'est ce qui pourrait être aidant ?
- qu'implique-t-elle ?

La distance dans le soin

- qu'est ce que cela évoque chez vous ?
- à quoi sert-elle ?
- quelle place a-t-elle et quel est son rôle dans le soin ?

- quel impact a-t-elle sur le soin ?
- quel rôle aurait, selon vous, la communication dans la prise de distance avec un patient ? (si la communication a un rôle à jouer à ce sujet)

Les formations continues

- avez-vous eu une formation en lien avec la distance relationnelle ou la relation soignant-soigné ? si oui, qu'est ce que cela vous a apporté ? si non, pensez-vous que cela pourrait-être utile pour vous ?