

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

9, rue de La Marne  
35403 SAINT-MALO CEDEX

# La Communication

## Infirmier(e) à Domicile – Patient



Caroline Gollé

Travail de fin d'études  
FORMATION EN SOINS INFIRMIERS  
Session 2008

## Note Aux Lecteurs

*Les mémoires des étudiants en soins infirmiers sont des travaux réalisés au cours de leur dernière année de formation. Les opinions exprimées n'engagent que leur auteur. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFSI auquel appartient l'étudiant.*

*« On ne doit pas chercher à guérir le corps sans chercher à guérir l'âme. » (Platon)*

## Remerciements

Je tiens à remercier Sylvie Trochet-Voyeaud, ma référente de mémoire, pour sa gentillesse, ses encouragements et ses conseils.

Je remercie également tous les formateurs pour les connaissances qu'ils m'ont transmises ainsi que les équipes soignantes qui m'ont encadrée lors de mes stages.

Sans oublier toutes les personnes qui m'ont accordé de leur temps pour mes entretiens.

# SOMMAIRE

<b>1. Introduction.....</b>	<b>- 1 -</b>
<b>2. Problématique.....</b>	<b>- 3 -</b>
<b>3. Cadre conceptuel.....</b>	<b>- 4 -</b>
3.1 La profession d'IDE.....	- 4 -
3.1.1 Historique et cadre légal .....	- 4 -
3.1.2 Définition de la profession d'IDE .....	- 5 -
3.1.3 L'exercice de la profession d'IDE libéral.....	- 6 -
3.2 La communication .....	- 8 -
3.2.1 Définition de la communication .....	- 8 -
3.2.2 La communication verbale .....	- 10 -
3.2.3 La communication non verbale .....	- 10 -
3.2.4 La communication IDE-patient.....	- 11 -
3.2.5 Et en libéral ? .....	- 14 -
<b>4. L'enquête.....</b>	<b>- 15 -</b>
4.1 Présentation .....	- 15 -
4.1.1 Objectif.....	- 15 -
4.1.2 Le choix de l'outil.....	- 15 -
4.1.3 La population interrogée et les lieux d'investigation .....	- 15 -
4.1.4 Conditions de réalisation.....	- 17 -
4.1.5 Les limites.....	- 17 -
4.2 Analyse et commentaire .....	- 18 -
4.2.1 Analyse des données (cf. annexe D) .....	- 18 -
4.2.2 Commentaire des données .....	- 19 -
<b>5. Discussion.....</b>	<b>- 24 -</b>
5.1 La communication est soin.....	- 25 -
5.2 Faire de la communication une priorité.....	- 26 -
5.3 « Communication d'entretien de la vie » .....	- 27 -
5.3.1 Parole de lien social.....	- 27 -
5.3.2 Elle se concrétise dans des services rendus .....	- 28 -
5.4 Créer un équilibre pour une communication de qualité.....	- 28 -
<b>6. Conclusion.....</b>	<b>- 29 -</b>
<b>7. Bibliographie.....</b>	<b>- 31 -</b>
7.1 Livres .....	- 31 -
7.2 Articles .....	- 31 -
7.3 Textes officiels.....	- 31 -
7.4 Documents électroniques.....	- 31 -
<b>8. Annexes .....</b>	<b>I</b>

# 1. Introduction

---

Très tôt j'ai été confrontée au métier d'infirmière libérale pour des soins que requerrait mon état de santé et celui de ma mère suite à un accident de la circulation. J'ai alors été interpellée par le côté relationnel de cette profession qui ne se résumait pas à une activité de soins mais prenait en considération l'homme dans toutes ses dimensions et notamment privilégiait la communication avec le malade. Le choix de mes études d'IDE<sup>1</sup> a été en partie influencé par cette double dimension : vivre une « bonne » relation aux autres dans un métier de soins.

Par la suite, j'ai eu l'opportunité de faire un stage auprès d'une infirmière libérale qui me semblait reproduire dans son métier ce dont j'avais bénéficié autrefois lors de mes soins ; mais cette fois-ci, j'étais « de l'autre côté de la barrière ». Je voyais une infirmière « compétente » apportant aux patients les soins qu'un médecin avait consignés sur l'ordonnance, je voyais aussi une professionnelle apportant à des hommes et des femmes « un plus » qui me semblait important et qui n'était formulé sur aucun papier. Parallèlement, je sentais qu'elle était débordée...

Tout au long de mes études d'IDE, lors de mes stages, j'ai essayé de vivre une proximité aux malades et d'être attentive au comportement du personnel soignant avec leurs patients, notamment dans sa dimension relationnelle. J'ai souvent été confrontée aux questions que peut soulever la communication soignant - soigné qui pour moi a une place de choix dans la profession d'IDE : de quel type ? Jusqu'où ?... Ce qui a réveillé de nombreuses fois le « questionnement » que j'avais eu lors de mon stage en libéral.

Aussi, je souhaite effectuer ce travail pour **mieux appréhender la communication soignant-soigné d'un IDE dans le cadre de ses visites à domicile**. Je limite volontairement mon analyse à ce mode d'exercice, car la dimension de communication qui lui est demandée me semble spécifique et m'interpelle. Pour autant, il m'apparaît de façon évidente que la dimension de communication concerne tout IDE, quel que soit son mode d'exercice.

Dans un premier temps, je relaterai le cheminement qui m'a fait préciser mon questionnement sur le thème retenu.

Dans un deuxième temps, je m'attacherai, à partir de mes lectures, à cerner quelques notions théoriques qui rentrent en jeu, à savoir :

- Définir la profession d'IDE et la communication
- Voir ce que la notion de soin, en particulier en libéral, a de bien spécifique, notamment dans cette dimension de communication.

---

<sup>1</sup> NB : Tout au long de ce travail le terme d'infirmier(ère)= IDE

Dans un troisième temps, j'essaierai de découvrir ces mêmes notions, cette fois sur le terrain, à travers une enquête menée auprès d'IDE libéraux et de patients. J'analyserai les données pratiques de mon enquête en les confrontant à celles théoriques de mes lectures pour avancer dans mon questionnement et m'ouvrir à ce que cela me fera découvrir.

A terme, j'essaierai de dégager de cette étude ce qu'elle m'a permis de percevoir de la communication IDE à domicile-patient.

## 2. Problématique

---

Alors que j'effectuais un stage chez G., infirmière libérale, un événement a fait naître en moi une question importante qui me pousse aujourd'hui à l'analyser de plus près dans le cadre de mon travail de fin d'études, pour trouver des éléments de réponse.

L'événement remonte à quelques années mais reste vivant en moi. Un matin, j'accompagne l'IDE dans sa tournée. Une épidémie de grippe sévissait si bien que le planning de G. était complet, le nombre de patients inscrits dépassant celui qu'elle avait l'habitude de prendre en charge. Comme à l'accoutumée, nous nous rendons chez une personne âgée diabétique : Mme Y. Pendant que l'IDE prépare l'injection puis l'administre, la patiente évoque que ce jour est le jour anniversaire de la mort de son mari décédé l'année dernière. L'IDE connaissait bien le mari de cette dame. L'injection terminée, Mme Y se dirige vers sa commode et sort un album photos, le dépose sur la table, l'ouvre et commence à commenter les premières photos, des trémolos dans la voix. Je sens l'IDE absente, comme ailleurs et soudain elle lance quelque chose comme : « Il faut que nous continuions notre tournée, beaucoup de personnes m'attendent et vont s'impatienter! » Mme Y a refermé l'album et nous sommes parties en lançant notre traditionnel « Bonne journée! » qui m'a fait l'effet d'une grande hypocrisie...

Au cours de cette journée, suite à cette visite, j'imaginai cette personne âgée, seule, chez elle. Il y a d'abord eu en moi comme une révolte intérieure qui progressivement a fait place à un questionnement : « Pourquoi l'IDE a-t-elle agi ainsi ? » Elle était devenue proche de cette personne âgée, à travers un vécu de soins ensemble, déjà ancien, qui les amenait souvent à évoquer des souvenirs communs. Alors comment expliquer qu'elle ait pu ainsi « abandonner » cette personne âgée avec, comme seule compagne, sa détresse ravivée ? Sur le moment ce fut mon ressenti.

Ainsi, à partir de cette situation professionnelle qui me questionne, sur laquelle je ne porte à ce jour aucun jugement et qui au contraire me pousse à l'humilité, s'est creusé en moi le désir d'analyser la communication soignant-soigné en libéral. Ceci m'amène à cette question de recherche :

### **En quoi consiste la communication IDE à domicile-patient ?**

C'est la question de la spécificité de la communication IDE à domicile-patient qui m'intéresse.

Pour être plus précise : Quelle est la conception que les IDE à domicile et les patients ont de la communication ? Quelle est sa place dans le soin ? Que représente ce « mot » communication pour eux ? Qu'est-ce que la communication leur apporte ? A-t-elle des limites ? Si oui, quelles sont-elles ?

Ce travail n'a pas l'ambition de donner une image exhaustive de la communication IDE à domicile-patient, sujet complexe et subjectif, il vise à me permettre de mieux appréhender cet outil à travers une approche théorique et sur le terrain afin d'en tirer le meilleur parti.

## 3. Cadre conceptuel

---

Je commence par l'approche théorique de mon sujet : « la communication IDE à domicile-patient » et vais définir les termes de mon sujet, à savoir la profession d'IDE puis la communication. Pour chacun, je m'attacherai à en montrer les spécificités dans le cadre de l'exercice à domicile.

### 3.1 La profession d'IDE

#### 3.1.1 Historique et cadre légal

- **Du XIII au XVIIIème siècle**, ce sont des femmes consacrées qui dispensaient les soins enseignés par l'ordre religieux et les médecins.
- **A la fin du 18ème siècle**, ces soins ont fait l'objet d'une véritable formation pour les soignants ; cependant, il restait ancré dans les mentalités qu'il suffisait d'altruisme pour donner des soins.
- **A partir de 1879**, sont créées les premières écoles d'infirmières par le Docteur Bourneville, neurologue français qui a participé à la laïcisation des hôpitaux français ; le programme se déroulait alors sur une année.
- **Lors de la séparation de l'Eglise et de l'Etat en 1905**, les soins deviennent un droit pour tous, passant de la charité à l'assistance publique. **Léonie Chaptal**, trouvant que la formation infirmière n'est pas reconnue, travaille à une réglementation de la profession ; attachée à une éthique des soins et une justice sociale avec une vision humaniste, elle est considérée aujourd'hui comme la fondatrice de la profession.
- **A partir de 1920** est créé un diplôme « d'Infirmière de l'Etat Français » qui sanctionne la formation des infirmières. Elles interviennent essentiellement dans le secteur sanitaire et social : leur mission est de lutter contre les grands fléaux de l'époque, notamment la tuberculose, à travers des visites aux familles pour soigner, voir les conditions de vie, donner des conseils d'hygiène par le biais de campagnes de prévention. Ces infirmières « polyvalentes » sont vite débordées par les activités sociales aux dépens de celles de soins. Le métier d'assistante sociale est alors créé pour les décharger et leur laisser la dimension de soin. Du reste, jusque dans les années soixante, la première année de formation infirmière, assistante sociale sera commune.
- **Dans les années 1940**, après les progrès scientifiques importants dans le domaine de la médecine qui ont eu tendance à reléguer au second plan le côté humain du soin, il est apparu indispensable d'humaniser les soins. Carl Rogers, psychologue américain, par une approche centrée sur la personne,

met l'accent sur l'importance de la relation entre le thérapeute et son client et est à l'origine de l'intégration de la relation d'aide au cœur du soin.

- **C'est en 1946** que naît la profession d'IDE libéral (mentionnée dans la loi du 8 avril 1946).
- **En mai 1968**, les IDE ont voulu retrouver le sens originel de leur mission tout en prenant de la distance par rapport à l'image qu'en donnaient les religieuses.
- **En 1972**, une réforme du programme des études d'IDE répond à leur souhait de prise en charge globale des malades avec l'apparition d'un concept neuf : le "plan de soins infirmiers" qui dépasse la maladie pour s'intéresser à la personne humaine.
- **C'est en 1978 (loi du 31 mai 1978)**, en France, que des soins sont reconnus comme actes de soins infirmiers relevant du rôle propre.
- Le décret du 16 février **1993** relatif aux règles professionnelles propres aux valeurs de la profession (respect de la dignité, du secret professionnel, confidentialité), aux règles envers le patient (respect, non discrimination...), envers les professionnels (confraternité) et celui du 11 février **2002** relatif aux actes professionnels relevant de la compétence des IDE (rôle propre, intervention sur prescription médicale, intervention en collaboration avec le médecin) sont regroupés dans le **décret du 29 juillet 2004**. Celui-ci reprend dans le même texte l'ensemble des dispositions relatives à l'exercice de la profession d'IDE. Ce regroupement du degré de compétence et des règles déontologiques de la profession témoigne de l'évolution de la profession dans le sens d'une prise en charge globale du patient qui va bien au delà du geste technique.
- L'ordre national des infirmiers est créé par la loi du 21 décembre **2006**.

**Ainsi, l'historique nous fait réaliser que, dès l'origine, l'aspect relationnel est prépondérant dans la profession d'IDE et cela reste vrai aujourd'hui.**

*« Cet art d'une rare humanité, dispensé par une profession réglementée, avec des devoirs mais aussi des droits, est fondamentalement vecteur d'amour et de fraternité. » (M.Th.Planel) <sup>2</sup>*

### **3.1.2 Définition de la profession d'IDE**

Un préalable à toute question qui a trait à un soignant dans son exercice professionnel est de préciser ses fonctions. La profession d'IDE est désormais régie par le **décret 2004-802 du 29 juillet 2004 du code de la santé publique**. L'Article R. 4311-2 nous dit notamment :

*« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent **qualité technique et qualité des relations** avec le malade. Ils sont réalisés en tenant*

---

<sup>2</sup> PLANEL, Marie-Thérèse. Infirmière - Faculté de Médecine de Grenoble, Mémoire inter universitaire « Soins Palliatifs et Accompagnement »



*compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses **composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle** :*

*1. De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social.*

*2. De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs.*

*3. De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage. »*

**Ainsi, au delà de sa relation d'aide à la personne malade dans sa dimension physique, l'IDE prend également en compte la dimension psychologique, sociale, économique et culturelle de l'individu ; « Si l'on oublie un seul aspect, on nie la personne. »** (D. Ledogar)<sup>3</sup> Cette notion rejoint la définition de la santé par l'OMS : état de bien-être total, physique, psychologique et social.

Le rôle de l'IDE repose sur un savoir acquis durant sa formation, sur des protocoles, mais tout ceci est à adapter à la personne soignée, à faire passer dans une relation individualisée avec tout ce que cela implique sur le plan de la communication.

Les notions que nous venons de voir s'appliquent à tout IDE. Essayons à présent de cerner celles qui s'appliquent à l'IDE libéral.

### **3.1.3 L'exercice de la profession d'IDE libéral**

#### **3.1.3.1 Présentation de la profession**

Il n'existe pas, à ce jour, de définition juridique d'une profession libérale, il existe toutefois des « règles professionnelles spécifiques libérales » publiées au Journal Officiel N°183 du 29 juillet 2004 et des caractéristiques qui nous permettent de cerner la profession :

*« Le professionnel libéral apporte à des personnes qui l'ont librement choisi, des services non commerciaux sous des formes juridiquement, économiquement et politiquement indépendantes garanties par une déontologie duale : respect du secret professionnel et compétence reconnue. Le professionnel libéral demeure personnellement responsable de ses actes. »*

---

<sup>3</sup> LEDOGAR, Denis. Prêtre infirmier anesthésiste, aumônier à l'hôpital de Haute-pierre Strasbourg, « Seul l'amour fracasse les tombeaux ». 2005. p.9

Pour s'installer en libéral, l'IDE doit justifier d'une expérience professionnelle à l'hôpital de 3 ans : dans le but d'acquérir « *une initiative personnelle, un sens des responsabilités, une disponibilité, une maturité relationnelle, une forte motivation et des compétences médicales variées* ».

**Ainsi l'IDE libéral apporte à des personnes qui l'ont librement choisi des soins qui sont une activité non commerciale, dont il est personnellement responsable, basée sur la confiance, dans un cadre indépendant, avec respect des règles déontologiques de la profession.**

Et quelles en sont les spécificités ?

### *3.1.3.2 Spécificités de la relation IDE à domicile-patient*

C'est le soigné qui **choisit l'IDE**, contrairement au secteur hospitalier, où l'IDE est « imposé ».

Si des critères objectifs guident le plus souvent le patient dans son choix la 1<sup>ère</sup> fois (proximité du cabinet, compatibilité des horaires, bouche à oreilles...), par la suite, il reviendra éventuellement vers ce professionnel ou le gardera à partir de considérations subjectives : au delà de la compétence, un critère d'importance est « que le courant soit bien passé », que la communication se soit établie facilement. Au travers de ce libre choix, le patient devient un « client » de soins qui peut laisser libre cours à ses attentes, notamment en matière de communication.

Cet IDE choisi doit se charger de la **gestion du cabinet** (souvent avec ses collègues IDE s'ils sont à plusieurs), tant sur le plan de l'organisation des soins (planning, gestion de la tournée) que sur celui de l'administration (papiers administratifs, couverture sociale, assurance en responsabilité professionnelle, participation à une formation professionnelle continue) et des finances. Sur ce dernier point, le cabinet de l'IDE est soumis à des réalités économiques : certaines sont liées à l'économie de la santé en général et de ce fait ne dépendent pas de l'IDE. Sur d'autres réalités économiques, il est en prise directe :

- Sur le type de soins : chaque soin est codifié par l'assurance maladie sous forme d'AMI (Acte Médical Infirmier) ; il existe une notion de rentabilité des actes effectués, par exemple certains soins longs sont peu rémunérés (ex. : les toilettes).
- Sur le nombre de soins : l'IDE cherche à satisfaire son patient et ainsi à fidéliser « sa clientèle ».

Finalement, le niveau de rémunération de l'IDE libéral est placé sous la double dépendance de la qualité et de la quantité des soins qu'il dispense.

Ainsi, le mode d'exercice libéral leur apporte une certaine liberté et une certaine autonomie mais aussi des contraintes de gestion :

Il s'agit de soins qui se déroulent presque toujours **au domicile du patient**.

- A domicile, le patient vit son soin au cœur de ce qui fait son quotidien ; de ce fait, l'IDE est rapidement plongé dans l'intimité de ses malades : lieu de vie, famille, travail, tâches ménagères, habitudes, culture, croyances, niveau social, goûts, loisirs et événements qui marquent le quotidien de ces personnes (naissance, maladie, chômage, voyage...).
- A domicile, l'IDE doit s'adapter à des conditions de soins différentes de celles qu'il a connues à l'hôpital : conditions d'hygiène, lieu de déroulement du soin (lit trop bas, table en désordre, pièce sombre), matériel plus restreint, dimension de solitude par rapport au travail hospitalier en équipe, parfois présence de l'entourage...

**L'IDE est attendu.** L'heure approximative du rendez-vous est fixée, le patient se prépare au passage de l'IDE, celui-ci doit être « réussi » d'emblée à cet instant « T » car, contrairement aux services hospitaliers où l'IDE peut revenir dans la chambre, l'IDE quitte le domicile en laissant l'empreinte du soin qu'il vient de faire.

Il s'agit souvent de soins **dans la durée** qui concernent des personnes âgées, des malades chroniques ou atteints de pathologies au long cours ou qui concernent des patients fidèles à l'IDE qu'ils ont eu précédemment et auquel ils refont appel. Dans les 2 cas, il existe un vécu de soins ensemble, parfois ancien, propice à faire naître une relation de proximité.

Arrivée à la fin de l'approche théorique du 1<sup>er</sup> terme de mon sujet, à savoir l'IDE libéral, je retiens qu'il s'agit d'un professionnel de soins, impliqué dans une dimension relationnelle avec ses patients, relation densifiée par les caractéristiques de son exercice libéral. Abordons à présent le 2<sup>ème</sup> terme de mon sujet : la communication.

## 3.2 La communication

### 3.2.1 Définition de la communication

Un premier constat : à l'heure actuelle, où les moyens de communication sont performants, il est paradoxal de faire état de la solitude dont souffrent bien des personnes. Robert Lalonde écrit : « *Ce n'est pas qu'on ne communique pas assez. On communique trop et mal.* »<sup>4</sup> Alors il est légitime de se poser la question : qu'est-ce que communiquer ?

Étymologiquement, le terme communication vient du latin « *communicare* » qui signifie « mettre en commun ». La communication est donc le processus de mise en commun d'**informations**, dont l'objectif principal est de faire passer un **message** (une connaissance, une émotion, son identité, sa personnalité) et de créer une **relation** de dialogue. Carl Rogers illustre bien cette relation de

---

<sup>4</sup> LALONDE, Robert. Écrivain, acteur et auteur dramatique québécois du 20<sup>ème</sup> siècle.

dialogue : « *Tout être est une île, au sens le plus réel du mot, et il ne peut construire un pont pour communiquer avec d'autres îles que s'il est prêt à être lui-même et s'il lui est permis de l'être.* »<sup>5</sup>

La communication est à la racine des relations humaines par les liens qu'elle crée. Or l'essence même de l'Homme est d'être relationnel ; ainsi, on mesure toute la place de la communication dans toute relation interpersonnelle : « *La communication est un élément indispensable à la vie.* » (Bernard Werber)<sup>6</sup> Elle paraît au premier abord simple. Mais à y regarder de plus près, elle est complexe.

La communication est basée sur l'échange entre un émetteur et un récepteur qui sont deux humains complexes, insérés dans un contexte, à un instant donné, dans un lieu, dans le cadre d'une situation spécifique. Ils entrent en relation et interagissent avec leur individualité, leur sensibilité, leurs attentes, leur implication émotionnelle... autant de facteurs qui peuvent la parasiter.

Carl Rogers<sup>7</sup> nous donne, à travers les **trois dimensions rogiennes de la communication**, non pas des principes théoriques, mais un « savoir-être » et un « savoir-faire » de première importance, notamment pour le soignant :

- **Dimension d'empathie** : être capable de se centrer sur l'autre, de comprendre ses sentiments, sans toutefois les faire siens : « *Il convient de comprendre le monde du patient comme s'il était le vôtre, mais sans jamais oublier la qualité de « comme si ».* » (Carl Rogers)
- **Dimension de congruence ou authenticité** : qu'il n'y ait pas de contradiction entre les paroles et la pensée entre ce que je dis et ce que je pense, qui souvent se traduit de façon non verbale (une expression du visage qui traduit l'inquiétude devant une plaie alors que les paroles sont rassurantes).
- **Dimension de considération positive** avec confiance en l'autre et en ses capacités à se prendre en charge car « *le seul apprentissage qu'influence réellement le comportement d'un individu est celui qu'il découvre lui-même et qu'il s'approprie* » (Carl Rogers)<sup>7</sup>, de non jugement, de respect, d'accueil inconditionnel de l'autre avec ses convictions, son propre système de valeurs. « *Comprendre, c'est perdre un peu de soi pour gagner un peu de l'autre, accueillir l'inconnu pour se dégager du connu.* » (P. Paillé et A. Mucchielli)<sup>8 9</sup>

---

<sup>5</sup> ROGERS, Carl. « Le développement de la personne ». Paris : Dunod, 1968. p. 19

<sup>6</sup> WERBER, Bernard. Journaliste scientifique et romancier français actuel, connu notamment pour sa trilogie des Fourmis et ses nombreux romans. Son œuvre fait se rencontrer de nombreux domaines dont la spiritualité, la philosophie, la science-fiction, et la biologie. Il est un des auteurs français contemporains les plus lus au monde.

<sup>7</sup> ROGERS, Carl. Psychologue humaniste américain du 20ème siècle, avec une approche centrée sur la personne, met l'accent sur la qualité de la relation entre le thérapeute et le client

<sup>8</sup> MUCCHIELLI, Laurent. Sociologue et historien contemporain, directeur du Centre de recherche sociologique sur le Droit et les institutions pénales au CNRS.

<sup>9</sup> PAILLE, Pascal. Maître de conférence français contemporain, auteur d'ouvrages sur les ressources humaines. « L'analyse qualitative en sciences humaines ». 2003

La communication qui touche à l'humain nécessite que chaque personne se connaisse et soit consciente de ses **limites**, ce qui lui permettra de mieux communiquer avec les autres. La communication a des supports variés : elle est **verbale et non verbale**.

### 3.2.2 La communication verbale

La communication verbale ou orale est la communication exprimée par **la parole**. Elle est faite de signes linguistiques qui constituent le langage : mots, phrases qui permettent d'exprimer à l'autre des idées, des pensées, de lui faire passer un message, d'entrer en relation avec lui. On parle d'un message codé qui part d'un émetteur et va vers un récepteur. La façon d'encoder comme de décoder le message dépend de l'émetteur comme du récepteur (tempérament, humeur du moment, valeurs...) et du contexte :

*« Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, ce que vous avez envie d'entendre, ce que vous croyez entendre, ce que vous entendez, ce que vous avez envie de comprendre, ce que vous croyez comprendre, ce que vous comprenez, il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer. Mais essayons quand même... »<sup>10</sup>*

Pour reprendre le concept théorique de Carl Rogers, l'empathie consiste en la capacité à saisir le monde subjectif d'autrui et de participer à son expérience sans être envahi par les émotions de l'autre. C'est pour cela que psychologues et psychiatres préconisent avant tout **une écoute attentive** ; autrement dit, une écoute compréhensive et aidante correspondant à la perception juste de la façon dont l'autre définit la situation, le contexte et la relation.

Cela suppose la capacité à faire une synthèse des propos entendus. Il s'agit donc de la **reformulation**, c'est à dire de redire en d'autres termes et d'une manière plus concise ce que la personne vient d'exprimer, ceci pour témoigner d'une bonne écoute et d'une bonne compréhension.

Toutefois la communication ne se limite pas qu'à la communication verbale, elle est aussi non verbale.

### 3.2.3 La communication non verbale

La communication non verbale se définit par le fait d'envoyer et de recevoir des messages sans passer par la parole. Elle est basée sur la **compréhension implicite de signes non exprimés verbalement, mais par l'intermédiaire des différents sens de l'émetteur et du récepteur**.

On qualifie souvent la communication par les sens qu'elle utilise : le toucher, le regard, plus rarement l'odorat, le goût. Par exemple, on dit d'un regard qu'il est

---

<sup>10</sup> WERBER, Bernard. « L'encyclopédie du savoir relatif et absolu »

parlant. On parle du « langage du corps » : mimiques, grimaces, regards, attitudes, gestes et aussi choix vestimentaires, couleurs, coiffure, maquillage, odeurs... On parle aussi du « langage des lieux » : musique, décoration intérieure, ordre, propreté, animaux de compagnie...

Jacques Salomé, psychosociologue et spécialiste de la communication, insiste sur l'importance de la communication non verbale et plus particulièrement le regard : « *C'est par mon regard que je deviens sourd ou que j'écoute.* » (J. Salomé)<sup>11</sup>

La communication non verbale accompagne en général les paroles auxquelles elle donne, avec le ton de la voix, une signification particulière. Par exemple, se rapprocher du patient dont la femme vient d'être hospitalisée, en se penchant vers lui pour lui dire doucement, telle une confidence : je vais lui rendre visite demain... Cette façon d'être insiste sur le désir du soignant de se faire proche.

En l'absence de parole, cette communication non verbale peut être encore plus expressive que les mots. Par exemple : « prendre dans ses mains les mains d'un patient triste ». Il y a aussi des silences qui en « disent long » ... Pour Laurent Muchielli, « *On ne peut pas ne pas communiquer (...). Que l'on se taise ou que l'on parle, tout est communication. Nos gestes, notre posture, nos mimiques, notre façon d'être, notre façon de dire, notre façon de ne pas dire, toutes ces choses " parlent " à notre récepteur.* »

Ainsi, la communication a une grande importance dans nos vies. Jacques Salomé développe une théorie des besoins fondamentaux de l'homme. Pour lui, la communication fait partie des **6 besoins relationnels fondamentaux de l'homme** : « *Besoin de se dire, besoin d'être entendu, besoin d'être reconnu, besoin d'être valorisé, besoin d'intimité et besoin d'exercer une influence sur nos proches.* » Qu'en est-il dans la relation IDE-patient ? Quelle est la place de la communication ? A-t-elle des spécificités ?

### 3.2.4 La communication IDE-patient

La communication est plus importante encore quand il s'agit d'une relation de soins. La communication fait partie intégrante des **14 besoins fondamentaux** de l'être humain définis par Virginia Henderson<sup>12</sup>, infirmière américaine. En effet, un de ces besoins fondamentaux est de communiquer avec ses semblables : « *Capacité d'une personne à être comprise et comprendre grâce à l'attitude, la parole, ou un code* ».

La communication présente des caractéristiques particulières dans le cadre des soins :

---

<sup>11</sup> SALOME. Psychosociologue français contemporain, formateur, écrivain qui se consacre à la communication.

<sup>12</sup> HENDERSON, Virginia. Docteur Honoris Causa de l'université de Yale, elle publia en 1960 une théorie relative aux besoins des individus et aux soins infirmiers. Elle est à l'origine du modèle des quatorze besoins fondamentaux de l'individu.

**D'infirmier à patient, on ne se situe pas dans une relation d'égal à égal.** En effet, dans le soin, l'émetteur et le récepteur ont des fonctions propres : l'IDE est en bonne santé, détenteur d'un savoir et de compétences, porteur d'une mission de soins rencontrant un malade affaibli, parfois en retrait de toute vie sociale (personne âgée, alitée), parfois dépossédé de son statut antérieur de professionnel (retraité, invalide). Il est souvent dépendant de soins sur lesquels il mise beaucoup. Certains soins mettent en jeu la pudeur du patient, ce qui nécessite de la part de l'IDE beaucoup de tact et de délicatesse (ex. : parler pendant la toilette mettra le patient plus à l'aise). La communication IDE-patient nécessite de s'approprier, l'expérience et le temps y contribuent.

**Le patient a en général de grandes attentes.**

Il attend que les soins soient réalisés avec compétence à la fois technique et humaine au travers d'une bonne communication.

**Devant lui, un IDE préparé à la communication.**

Au cours de ses études, puis avec l'expérience, le soignant apprend à vivre et à manier la communication comme un véritable outil thérapeutique qui relève du rôle propre de l'IDE.

La communication trouve toute sa place aux différentes étapes de la prise en charge du patient :

- **Communication de fonctionnement** : c'est elle qui permet de rentrer en contact avec le patient à l'occasion du soin (se présenter...).
- **Communication d'éducation à la santé, d'éducation thérapeutique** : elle concerne le soin, sa réalisation, son évolution, la pathologie, les examens, les traitements avec les médicaments et leurs effets secondaires éventuels, les mesures préventives. Elle vise à améliorer la qualité du traitement et à rendre le patient « acteur » de sa santé. Selon le Dr. Léger, « par une approche globale centrée sur la personne, elle a pour but de rendre le patient « acteur » par un partage des connaissances, des compétences, afin qu'il intègre la maladie et son traitement dans sa vie quotidienne et préserve une bonne qualité de vie ». L'entourage du malade y a sa place. Exemple d'un patient sous anticoagulant pour une thrombose veineuse : lui faire connaître sa maladie, lui expliquer la nécessité du traitement anticoagulant mais aussi ses risques, en le guidant dans la gestion quotidienne de son traitement, lui apprendre à manipuler les comprimés en fonction des doses prescrites.

La communication d'éducation thérapeutique repose avant tout sur des explications et des conseils simples, accessibles au patient en s'assurant qu'il ait bien compris. Ex. : artère bouchée plutôt que thrombosée.

- **Communication dite d'aide**, où l'on retrouve les bases de toute communication : elle est faite d'écoute attentive, « *Quand je me sens écouté, je peux enfin m'entendre.* » (J. Salomé), et de reformulation concise en relevant certains points, pour s'assurer d'avoir bien compris le message du soigné. Elle vise à amener le patient à trouver lui-même des solutions à ses



problèmes. Selon Carl Rogers, le but est de « *favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité d'affronter la vie.* » Elle nécessite que le soignant respecte une certaine distance avec son interlocuteur, appelée distance thérapeutique ou plus justement « bonne présence ». Il s'agit d'un comportement par lequel le soignant parvient à se protéger émotionnellement, à ne pas fusionner avec son patient et ainsi à l'aider davantage.

Les deux types de communication « de fonctionnement » et « d'éducation thérapeutique » accompagnent le soin. Par contre, la communication d'aide pouvant devenir chronophage, le soignant n'a souvent pas le temps de l'investir véritablement.

Entrer dans une dimension de communication demande d'être attentif à **ses limites** imposées par l'humain que nous sommes. La communication peut faire dépenser beaucoup d'énergie, avec comme conséquence éventuelle un épuisement professionnel ou « burn out », connu particulièrement chez les soignants. C'est un état de fragilité psychologique et physique intense qui ne permet plus d'assurer ses responsabilités professionnelles. Pour ne pas arriver à cet état d'épuisement, il est important qu'il y ait un respect mutuel du soignant comme du soigné pour que la relation ne se transforme pas en « *soi niant* »-« *soi nié* » selon l'expression de Jacques Salomé<sup>13</sup>.

#### **La communication non verbale a une place de choix dans la communication IDE-patient :**

- **L'échange de regards** : il traduit d'emblée nos dispositions qui donnent à nos paroles toute leur portée (ex. : le sourire qui est signe d'ouverture à l'autre, de disponibilité, de bienveillance), puis il permet de percevoir les réactions, les émotions de l'autre et d'en tenir compte (ex. : la crispation du visage qui accompagne la douleur). Le regard est essentiel.
- **Les gestes** : ils sont révélateurs de notre état intérieur, parfois de celui que nous voulons dissimuler (ex. : notre impatience, notre nervosité, notre émotivité...).
- **Le positionnement** : il indique un désir de proximité, d'échange (ex. : se mettre au même niveau, à peu de distance, se pencher vers la personne) ou au contraire de mise à distance, d'impatience (ex. : se lever).
- **Le toucher** : il fait partie intégrante du soin mais selon sa nature il peut apporter au patient détente (ex. : geste doux) ou au contraire crispation (ex. : geste brusque).

Nous avons vu les caractéristiques de la communication soignant-soigné ; l'exercice à domicile apporte-t-il d'autres spécificités ?

---

<sup>13</sup> SALOME. « Lettres à l'intime de soi ». 2001. p.178



### 3.2.5 Et en libéral ?

Notons d'emblée que la dimension communicationnelle du soin à domicile prend encore **plus de place dans le contexte actuel, dans lequel** :

- Les soins à domicile concernent de plus en plus de personnes. D'une part, la durée des hospitalisations diminue avec retour à domicile plus précoce assorti de soins à domicile ; d'autre part, car autant que faire se peut, beaucoup de patients préfèrent éviter d'être hospitalisé et recourir aux soins à domicile, ce qui est encore plus vrai quand il s'agit d'une personne âgée pour laquelle une rupture d'avec son « chez elle » risque de lui être préjudiciable. Ainsi, la clientèle des cabinets d'IDE à domicile augmente, avec notamment un nombre croissant de personnes âgées en demande.
- La dimension spirituelle régresse : les soignants (médecins et IDE) héritent alors souvent du rôle de confident qu'avaient les religieux autrefois.
- L'entourage familial est moins investi par individualisme ou par nécessité (éloignement géographique, contraintes professionnelles, propre état de santé à une époque où, avec l'allongement de la durée de vie, les enfants censés s'occuper de leurs parents sont parfois des « gens du 3<sup>ème</sup> âge » eux-mêmes en prise avec leurs propres soucis de santé).

Remarquons ensuite que les caractéristiques du soin en libéral (soins au domicile, souvent au long cours, effectués par un IDE choisi, attendu), qui densifient la relation, s'appliquent clairement à la communication.

Insistons sur la place de la communication non-verbale : le langage du corps et des lieux qui est notre 1<sup>ère</sup> manière d'entrer en relation avec l'autre (vêtements, attention portée au physique, état de l'appartement, présence d'animaux...) est ici un vrai support éventuel pour un échange ultérieur... En effet, l'IDE travaille à domicile, dans un espace privé, un habitat. Michel Bonnetti<sup>14</sup> explicite les liens qui se tissent entre les personnes et l'espace qu'elles habitent. « *Car chacun fabrique un rapport imaginaire singulier à l'espace, une sorte de "bricolage" où se mélangent différents éléments de sa vie sociale, professionnelle, affective, familiale.* » Et c'est cette rencontre entre le social et l'histoire personnelle qui donne sens à l'habitat et invite l'IDE au respect et à la qualité relationnelle dans un espace privé qui appartient au patient.

Dans tout ce que je viens d'énoncer, la communication IDE-patient se situe au cœur d'un contexte plutôt favorable à domicile. Par contre, elle est pénalisée dans un domaine : celui des **limites à la communication** qu'il est opportun de mettre dans certains cas et que l'exercice en libéral rend plus difficile à établir. Par exemple, il est plus facile d'interrompre un échange pour répondre à une sonnette à l'hôpital que d'écourter une visite chez un patient bien connu, en raison d'un planning chargé.

---

<sup>14</sup> BONETTI, Michel. Sociologue, directeur de recherches au Centre scientifique et technique du bâtiment. « *Habiter : Le bricolage imaginaire de l'espace* ».

## 4. L'enquête

---

Je poursuis mon travail en abordant la communication IDE à domicile-patient, mais à présent sur le versant pratique à travers une enquête sur le terrain.

### 4.1 Présentation

#### 4.1.1 Objectif

Mon objectif est de recueillir sur le terrain ce que peut être la communication entre l'IDE à domicile et son patient.

#### 4.1.2 Le choix de l'outil

Mon travail étant centré sur la communication, j'ai pensé intéressant de prendre comme outil l'entretien qui me permet d'être directement en relation avec les personnes interrogées. L'entretien, contrairement aux autres outils, me permet d'obtenir des informations plus nourries car les personnes interrogées peuvent s'exprimer librement. Il me permet ainsi de mieux appréhender ce que vivent IDE à domicile et patients au travers de la communication.

Lors de mes entretiens, j'ai commencé par poser à chaque fois une question non directive, très générale :

- Pour les IDE : ***Parlez-moi de votre conception de la communication avec les malades ?***
- Pour les patients : ***Pour vous, quelles sont vos attentes en matière de communication avec l'IDE à domicile ?***

IDE comme patients m'ont d'emblée apporté des éléments intéressants mais étaient assez rapidement bloqués. J'ai alors chaque fois enchaîné avec l'entretien semi directif que j'avais préparé pour pallier à cette difficulté. (cf Annexes : Questionnaire d'entretien p. XXII)

#### 4.1.3 La population interrogée et les lieux d'investigation

Mon travail de recherche s'attarde à cerner la communication IDE à domicile-patient. J'ai eu la possibilité de faire un stage dans un cabinet de groupe d'IDE libéral. Il était particulièrement intéressant pour mon sujet qui traite spécifiquement de la communication entre l'IDE au domicile du patient et celui-ci, car il s'agissait d'un cabinet libéral qui ne faisait que du domicile et pas de soin au cabinet.

Pour mener à bien ce travail, il m'a paru évident d'avoir à la fois l'avis des IDE et des patients. C'est pourquoi j'ai choisi de faire des entretiens avec les IDE à domicile de ce cabinet et des patients suivis par ces IDE à domicile.

J'ai interrogé 3 IDE du cabinet, aux expériences variées : 2 femmes diplômées depuis de nombreuses années et travaillant en libéral depuis environ 10 ans chacune, un homme récemment diplômé et travaillant en libéral depuis quelques mois.

J'ai pris un échantillon de 4 patients. Il était important de choisir des patients qui aient un certain recul par rapport à la prise en charge par un IDE à domicile. De ce fait, les IDE m'ont proposé des patients suivis au long cours qui étaient des personnes plutôt âgées qu'elles jugeaient aptes à répondre à un entretien. Chaque personne a été d'accord d'emblée.

En définitive, j'ai réalisé 7 entretiens ; j'ai conscience qu'ils ne me permettent pas de tirer de conclusions statistiquement significatives mais ils mettent en lumière les éléments importants du vécu de ces personnes en matière de communication.

Voici un tableau présentant les patients interrogés :

<b>Patients</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Sexe</b>	Femme	Femme	Femme	Homme
<b>Age</b>	85 ans	78 ans	82 ans	59 ans
<b>Mode de vie</b>	Vit seule	Vit seule	Vit en couple	Vit avec sa mère
<b>Nb de passages</b>	3x/jour	2x/jour	2x/jour	2x/jour
<b>Ancienneté des soins avec les IDE du cabinet</b>	2 ans	5 ans	1 ½ an	2 ans
<b>Type de soins</b>	- gestion du pilulier et de la prise du traitement - HGT -insuline - TA	poser et enlever les bas de contention	- HGT - insuline	- changement de la cassette pour la pompe anti HTA pulmonaire - pansement de cathéter 1x/semaine - changement des tubulures 2x/semaine

Chaque échantillon était composé d'hommes et de femmes, ce qui me semblait important pour avoir un résultat plus représentatif, plus riche.

#### 4.1.4 Conditions de réalisation

Pour les IDE, les entretiens ont eu lieu à leur domicile ou chez moi. Pour les patients, je me suis rendue à leur domicile.

Chaque fois, j'ai commencé par présenter l'objet de mes entretiens : la communication IDE à domicile-patient. J'ai ensuite précisé la durée prévue d'environ 20 minutes, l'anonymat et demandé leur accord pour l'enregistrement qui me permettait d'être plus présente lors des entretiens.

#### 4.1.5 Les limites

Le dépouillement des résultats m'a fait prendre conscience de quelques limites concernant la réalisation de mon enquête et les données qui en ressortent.

- Les entretiens des 4 patients ont été plus difficiles à réaliser que ceux des IDE car il s'agissait de personnes âgées qui s'éloignaient souvent du sujet pour me parler de leur vie. De ce fait, les résultats étaient plus difficiles à exploiter mais témoignent selon moi de la solitude de ces personnes et de leur besoin de se confier. De plus, elles redisaient souvent plusieurs fois la même idée sans apporter d'éléments neufs, sous une formulation différente. Dans ce cas, je me suis attachée à relever l'importance qu'avait cette remarque pour le patient.
- Les patients interrogés, personnes âgées, isolées, suivies au long cours, ne sont pas entièrement représentatifs de la clientèle des IDE travaillant en libéral. Cependant, dans ce cabinet, elles représentaient une bonne moitié de leurs patients, ce qui est probablement aussi le cas de la plupart des cabinets. Ces caractéristiques de mon échantillon apportent une limite aux résultats de mon étude ; toutefois, ce sont bien de tels patients (par opposition avec ceux suivis sur le court terme, plus jeunes, plus entourés) qui, par leurs attentes plus importantes en matière de communication, permettent de mieux la cerner et qui m'ont donc apporté probablement plus d'éléments que ne m'en auraient apportés les autres patients.
- J'ai le sentiment que les patients étaient vraiment satisfaits des IDE qui les suivent. Toutefois, il me semble qu'ils avaient le souci d'être particulièrement positifs lors des entretiens, ce qui ne m'a peut-être pas permis de recueillir certaines critiques qui auraient pu être intéressantes pour mon analyse. Ont-ils craint que l'anonymat ne soit pas respecté ?
- Je n'ai jamais changé le fond des réponses mais parfois fait ressortir une idée forte, non exprimée clairement, mais qui s'en dégageait de toute évidence. Je regrette de ne pas avoir utilisé la reformulation à ces moments là durant l'entretien pour m'en assurer. Par exemple, un patient donne un très long exemple d'où se dégage de toute évidence une idée ; l'infirmière lui a rendu service. Toutefois, il n'a finalement prononcé aucune phrase concise

qui la précise et que j'aurai pu reprendre dans les tableaux que j'ai faits pour rendre les résultats plus parlants.

- Les IDE comme les patients se sont souvent exprimés avec intérêt aux questions posées, libérant ainsi leur parole. Par souci de recueillir au plus proche de la réalité leur propos, j'ai fait le choix de ne pas les interrompre même s'il y avait des digressions à la question de départ formulée. Cette masse d'informations supplémentaires m'a demandé une analyse rigoureuse pour retranscrire fidèlement la parole donnée. Il a fallu que je replace les différentes réponses par items pour regrouper les mêmes idées.
- J'ai réalisé deux observations en suivant une infirmière à domicile. Je les ai insérées dans mon travail dans un premier temps, puis je me suis aperçue que ces observations n'apportaient pas d'élément nouveau. J'ai fait le choix de les retirer pour me centrer sur les données des entretiens.

Après avoir exposé les limites de mon enquête, je vais aborder l'analyse de mes entretiens.

## 4.2 Analyse et commentaire

### 4.2.1 Analyse des données (cf. annexe I)

En gardant à l'esprit l'objectif de mon travail, la communication IDE à domicile-patient, je passe à l'analyse des entretiens. Après retranscriptions des entretiens, j'ai regroupé par items les réponses obtenues lorsqu'elles exprimaient la même idée, le même thème. L'analyse des entretiens a été un travail important. En effet, extraire les items des entretiens m'a demandé une dissection fine pour créer la classification des données.

Ensuite, pour une meilleure lisibilité des résultats et une lecture plus facile, j'ai choisi de présenter les résultats de mes entretiens sous forme de tableaux (cf. annexe I) :

- Avec en premier lieu la question
- Puis, dans la colonne de gauche, le ou les thèmes qui ressortaient des réponses à cette question, avec entre parenthèses le nombre de personnes interrogées qui ont donné cette idée, afin de la pondérer (IDE pour les infirmiers(ères), P pour les patients)
- Enfin, les phrases des entretiens qui m'ont conduites à ces thèmes, en différenciant ce qui a été dit par les IDE de ce qui a été exprimé par les patients.

Au final, ces entretiens m'ont livré beaucoup de données qu'il est important que je commente à présent.

## 4.2.2 Commentaire des données

De mon enquête de terrain, je retire quelques caractéristiques qui me semblent importantes dans la relation IDE-patient.

### 4.2.2.1 Les caractéristiques d'une communication de qualité

Pour rendre le commentaire plus vivant, je pense intéressant de « faire parler » les données de l'analyse extraites des entretiens des IDE comme des patients en « suivant » un IDE qui se rend au domicile d'un de ses patients, soucieux d'y vivre une communication de qualité.

**« Notre » IDE va voir un patient :**

- **qui l'attend et qui se réjouit de sa visite**, d'autant plus s'il vit seul, peu entouré et s'il s'agit d'une relation de soin déjà établie depuis longtemps. (Mentionné par 3 patients dont 1 patient le redit 6 fois et 2 IDE)
- **qu'il considère comme une personne** avec ses attentes au-delà d'un patient avec sa pathologie. (cité par les 3 IDE)

**Celui-ci est conscient que la communication a une place de choix dans le soin et qu'elle est en elle-même soin.** En effet, il y a eu unanimité des IDE pour dire que la communication a une place de choix dans le soin. Par ailleurs, les entretiens m'ont fait prendre conscience qu'elle peut être dans certains cas un soin en elle-même. Il sera attentif à :

- **Sa façon de se présenter** : (2 IDE jugent que ce moment de rencontre va influencer la suite de la prise en charge.)
- **Garder une attitude de disponibilité, accueillante et rassurante** tout au long de sa visite, accompagnée de **paroles** et de **communication non verbale** : (Patients comme IDE insistent tous sur ce point)
  - importance du sourire (2 IDE et 2 patients) et de quelques mots chaleureux qui établissent un climat favorable (les 3 IDE et 2 patients)
  - importance du toucher (3 IDE et 3 patients)
  - importance d'un regard intéressé mais discret sur « l'univers du patient » directement accessible à l'IDE qui se rend à domicile, terreau de la conversation ultérieure (la famille, les photos, animaux de compagnie...) (dit par 2 IDE)
- **La qualité de son écoute** : (3 IDE et 3 patients)

*« Celui qui sait écouter deviendra celui qu'on écoute. »<sup>15</sup>*

Une écoute patiente, dans une attitude de disponibilité, laissant le temps au patient de s'exprimer, voire de se répéter, ce qui aidera à le mettre en confiance, à s'approprier. L'IDE n'hésitera pas à reformuler ce qu'a dit le patient pour témoigner de l'intérêt porté au patient qui se reconnaîtra dans

---

<sup>15</sup> PLATHOTEP, V. Auteur quasi inconnu

cette reformulation et pour s'assurer de la bonne compréhension afin d'être plus aidant, dans une attitude de non jugement.

- **La qualité de sa parole** : (tous ont insisté dessus)

« *On est sensible aux mots qui veulent dire quelque chose, on dirait à les entendre qu'ils nous font vivre d'avance la joie qu'ils promettent.* » (A. Major)<sup>16</sup>

Tous les entretiens évoquent la variabilité des sujets : des plus banaux (la météo) aux plus profonds (la mort).

- L'IDE aura le souci, comme nous l'ont dit avec insistance les 3 IDE, de « *l'éducation à la santé* », avec des explications vraies, simples, concises, compréhensibles, adaptées au patient en fonction de ses capacités intellectuelles et de sa psychologie, ce qui a le mérite de dédramatiser le soin, de rendre le malade moins anxieux, plus coopérant, acteur de sa santé.
- Il aura le souci, et à la mesure de ce qui est possible, de contribuer au « *mieux-être* » du patient (relaté par les 3 IDE et 3 patients) à travers une parole : rassurante le plus possible, sans partager ses propres questionnements quand ils ne peuvent que majorer l'anxiété pour qu'ainsi, dans un climat de confiance, puisse être entendue par le patient une parole qui l'aide, en utilisant l'humour qui détend.
- Il mettra à profit le contexte du patient, support de la parole directement accessible, et en tenant compte de tout ce qu'une relation antérieure a déjà pu nous révéler des attentes du patient ; penser à s'adresser aussi à l'entourage familial souvent présent.

- **La qualité de son soin technique** : (1 IDE et 3 patients)

Il sera effectué avec compétence, des gestes doux qui rassurent, tout en parlant « de tout et de rien », en n'omettant pas l'éducation thérapeutique du patient (cf. plus haut).

L'IDE veillera tout particulièrement à réaliser le soin dans le lieu le plus adapté, sans toutefois aller contre le désir du patient (ex. : celui d'être près d'un proche), en sachant qu'à domicile les conditions ne permettent pas toujours d'effectuer les soins dans des conditions optimales, notamment de stérilité.

- **Avoir une communication qui ne se limite pas au soin** : (réponse unanime)

Mes entretiens mettent le doigt sur le fait que, pour les patients, l'IDE représente une **présence** (« mes enfants ne viennent pas souvent »), un apport de l'extérieur (« vous êtes la seule personne que je vois dans la journée »), avec lequel se vit une dimension affective, surtout importante pour les patients atteints de pathologie chronique et les personnes âgées. La visite de l'IDE est un temps pour exprimer ses sentiments, ses émotions, pour partager de bonnes nouvelles comme des moments de tristesse (« ma

---

<sup>16</sup> MAJOR, André. Ecrivain français

filles a eu un grave accident ») ou des banalités du quotidien (« J'ai vu dans le journal... »).

L'IDE représente aussi une personne sur laquelle on peut compter pour lui demander des **services**. 3 patients ont mentionné cette dimension de service alors que les IDE ne l'ont pas fait dans les entretiens. Il s'agit pourtant d'une dimension bien réelle puisque lors de mon stage, il ne se passait pas de tournée sans que l'IDE soit appelé à rendre service.

- **S'adapter à son patient** : (les 3 IDE insistent sur ce point et 2 patients le citent)

L'IDE veillera à s'adapter au cadre de vie du patient, à sa psychologie générale et du moment ; à avoir de l'empathie pour lui.

*« Quand on veut vivre parmi les hommes, il faut laisser chacun exister et l'accepter avec l'individualité, quelle qu'elle soit, qui lui a été départie. »* (A. Schopenhauer)<sup>17</sup>

- **Une gestion de qualité de son cabinet libéral** : (1 seule IDE l'a cité)

1 seule IDE a abordé la dimension « gestion du cabinet » dans les entretiens à travers cette petite phrase, « tu as aussi le côté clientèle », alors que cette dimension est présente dans leur pratique.

Après avoir ainsi « suivi » notre IDE dans un soin à domicile où il est attentif à la communication avec son patient, il me semble important de souligner un point sur lequel les 3 IDE ont insisté dans les entretiens : L'IDE soucieux de sa communication apporte au patient un bien-être dont ce dernier est reconnaissant (« vous êtes une IDE charmante », « voilà mon rayon de soleil qui arrive »), donc l'IDE est dynamisé dans son exercice pour le patient et les patients suivants, qui en bénéficient à leur tour ; c'est une réaction en chaîne.

En conclusion, cette enquête m'a fait prendre conscience de la **dynamique positive** qui s'installe quand une communication de qualité s'instaure entre l'IDE et son patient :

Le patient satisfait fait un reflet positif à l'IDE, celui-ci est alors dynamisé, le patient est donc plus coopérant, plus satisfait et les patients suivants en bénéficient.

Consciente des caractéristiques utiles pour établir une communication de qualité avec ses retombées positives, je souhaite à présent extraire des entretiens ce que patients et IDE ont relevé et qui parfois empêche que cette communication ait lieu ou se fasse de manière satisfaisante.

#### **4.2.2.2 Les limites de la communication**

Parfois, c'est le patient lui-même qui est un facteur limitant.

##### **a) Limites venant du patient**

---

<sup>17</sup> SCHOPENHAUER, Artur. Philosophe allemand du 19<sup>ème</sup> siècle



« Si on ne met pas de limites dans la relation, on sera amené à mettre des barrières. » (M. Balint)

- 2 IDE et 3 patients s'accordent à dire qu'une limite à la communication réside surtout dans **l'exigence** que peuvent avoir certains patients : il n'est pas bon qu'avec des demandes démesurées, ils aillent jusqu'à « phagocyter » l'IDE. Les IDE ont dit de façon unanime que **ce n'est pas le temps passé qui détermine la qualité de la communication** ; au contraire, quand le patient est envahissant, il est souvent aidant de le recadrer :
  - d'une part pour le patient lui-même, qui risquerait de pâtir de cette absence de limites
  - d'autre part pour l'IDE, qui risque de passer à côté d'une demande légitime car noyée dans le flot de paroles ou de pénaliser le patient suivant car ce qui est donné comme temps « en plus » à un patient est plus ou moins « pris » à un autre dont le soin risque d'être « expédié ».
- Dans une moindre mesure était aussi cité le « **non désir** » de communication dont pourraient témoigner certains patients (cité par 1 IDE et 2 patients).

D'autres fois, ce sont des facteurs liés aux IDE qui imposent des limites à la communication.

#### b) Limites venant de l'IDE

« Prendre soin de l'autre commence par prendre soin de soi. »

- IDE comme patients considèrent tous comme premier frein à la communication venant des IDE la **charge de travail, un état de fatigue et de stress**. Les IDE ont toutes conscience qu'elles doivent être attentives :
  - à ne pas forcément répondre à toutes les demandes des patients, au risque de perdre leurs énergies ; mais au contraire à adapter leur réponse à leurs possibilités du moment, notamment en fonction du facteur temps et charge de travail.
  - à leur état de santé physique et moral
  - à dire éventuellement leurs limites du moment à certains patients
- Une IDE seulement a évoqué comme limite **le risque de se laisser envahir émotionnellement**, d'où l'importance de ménager une distance avec les patients.

Enfin, il peut arriver que cela vienne des 2.

#### c) Limites venant du patient et de l'IDE

3 patients ont noté, mais aucune IDE, que parfois le « courant ne passe pas », question de feeling.

**En conclusion**, ces entretiens m'ont fait prendre conscience de la différence qu'il est important que le soignant fasse concernant la communication soignant-soigné à domicile :

- entre les freins qui viennent de lui et auxquels il doit être attentif pour essayer de les faire reculer car ils sont préjudiciables à une bonne communication
- et les limites bénéfiques que le soignant doit mettre en place pour le patient aux exigences démesurées.

#### *4.2.2.3 La communication bénéficie de l'expérience*

Pour terminer ce commentaire, il me semble important de noter que les IDE sont bien conscients de disposer de guides utiles pour améliorer leur communication que sont le temps et l'expérience avec ses échecs et leurs leçons. (« La communication est meilleure quand l'expérience a rendu le soin moins stressant. »)

## 5. Discussion

---

En m'orientant vers ce sujet de fin d'études, j'étais déjà sensibilisée par la tournure qu'allait prendre mon travail. J'avais l'intime conviction qu'il allait se diriger vers l'importance que revêt la communication IDE à domicile-patient. En effet, mes études m'avaient déjà fait expérimenter l'intérêt de cette dimension communicationnelle du soin. Elles m'avaient déjà fait prendre conscience combien il est essentiel que tout soin technique soit accompagné d'une part de communication. En pratique, j'ai souvent utilisé avec le patient la communication dite « de fonctionnement » et celle « d'éducation thérapeutique ». J'ai aussi été attentive à vivre avec les patients une dimension d'écoute dans le cadre des soins que je leur apportais. J'en ai vu tous les bienfaits !

Bien que pétrie de cet apprentissage qui ne me permet plus aujourd'hui d'imaginer un soin technique quel qu'il soit sans cette dimension de communication, il m'a fallu me libérer de cet à priori, et prendre de la distance par rapport à cette idée pour aborder mon étude de la façon la plus neutre et la plus objective possible.

La première partie de mon travail a consisté à me documenter sur ce sujet pour en bâtir le cadre conceptuel. Cela m'a souvent ramenée à cette évidence : dans tout soin, la communication a sa place. C'est alors que j'abordais la deuxième partie : l'enquête. Elle m'a fait « quitter » tout ce qu'il y avait dans ma tête pour m'ouvrir à ce que les IDE à domicile et certains patients allaient me livrer. Au terme de ce travail, je constate que les données pratiques de cette deuxième partie, issues des entretiens, corroborent celles théoriques de la première partie, issues du cadre conceptuel. Elles me permettent de mieux appréhender ma question de départ : en quoi consiste la communication IDE à domicile-patient ?

La recherche documentaire, base du cadre théorique, m'a permis de préciser des notions en partie connues à travers mes études et mes stages, mais qui se sont trouvées enrichies par toutes ces lectures. J'ai en particulier beaucoup appris sur les bases de la communication faite d'écoute empathique, de reformulation, de congruence, de regard positif, de « juste présence », avec ses spécificités dans le monde de la santé, notamment pour l'IDE libéral.

Les entretiens, quant à eux, ont permis que ces notions théoriques quittent le domaine des connaissances livresques pour rejoindre celui plus éprouvé, plus réaliste du terrain. Nul doute : la communication IDE à domicile-patient est indissociable du soin, elle en fait partie, elle l'accompagne. C'est un véritable outil thérapeutique aux multiples facettes dans les mains de l'IDE.

J'arrive ici à un point important de mon sujet: ce travail m'a fait aller encore plus loin que ce que je viens d'énoncer. Il m'a fait prendre conscience de quelques notions qui caractérisent spécifiquement la communication IDE à domicile-patient et que je n'ai pas trouvées dans les documents que j'ai lus. Le terme que

j'emploie de « prise de conscience », terme subjectif, non quantifiable, souligne bien que le sujet retenu pour mon travail de fin d'étude ne me conduit pas à une analyse mathématique, statistique, de données quantifiables (comme cela serait le cas pour un sujet s'intéressant par exemple à la mesure de la glycémie chez les diabétiques). Il est loin d'une analyse de critères objectifs (comme cela serait le cas pour un sujet traitant des techniques utilisées pour les sondages et le risque d'infection). Il ne me conduit pas non plus à une analyse de réponses binaires (oui ou non) à un questionnaire préétabli. Dans tous les cas que je viens de citer, les études donnent des résultats précis, nets et mesurables qui reposent sur des bases scientifiques et permettent des conclusions tranchées. En ce sens, mon sujet sur la communication m'a conduite à une analyse de données subjectives, à l'analyse de perceptions, de ressentis.

Ainsi, mon étude n'apporte pas des résultats quantifiables, mais fait ressortir des points forts. Il n'y a pas en définitive de « bonne » ou de « mauvaise » communication, on ne peut pas chiffrer les résultats d'une communication ; on peut dire ce que l'on peut attendre de la communication en général, l'effet qu'elle produit souvent sur le patient et l'IDE, on peut noter les fruits qu'elle porte, les attentes qu'elle comble dans la majorité des cas, sans jamais oublier que la communication doit au final toujours s'adapter à l'humain que nous sommes. C'est dans ce domaine plus subjectif que s'inscrivent mes prises de conscience.

## 5.1 La communication est soin

La communication IDE à domicile-patient fait partie du soin. Nous avons vu dans le cadre conceptuel que le patient a en général de grandes attentes dans ce domaine : il attend que les soins soient réalisés avec compétence à la fois technique et humaine au travers d'une bonne communication. Ma première prise de conscience m'emmène plus loin encore : **la communication ne fait pas seulement partie du soin, elle est un soin, elle est « prendre soin », « être avec ».**

A l'hôpital, l'IDE fait un soin au malade, il essaye, dans la mesure du possible, d'accompagner ce soin d'un échange avec ce patient qu'il a dans son service pendant quelques jours ou davantage. Il s'agit plus souvent d'une communication de fonctionnement ou d'éducation thérapeutique.

A domicile, tout se passe comme si la visite de l'IDE était motivée par un soin technique, avec son « cortège » de communication de fonctionnement et d'éducation thérapeutique. En cela, elle ne diffère pas de la situation à l'hôpital évoquée ci-dessus. Cependant, elle diffère à domicile par le fait qu'elle s'accompagne le plus souvent d'une grande attente de communication « en dehors » du soin. Cela n'est pas surprenant. En effet, le cadre conceptuel a mis en relief toutes les données du soin en libéral qui font que sa dimension communicationnelle revêt une importance particulière : d'une part, les caractéristiques du soin à domicile conduisent à l'instauration d'une relation le plus souvent dense entre le soignant et le soigné ; d'autre part, l'évolution actuelle de la santé et celle de la vie relationnelle font que, dans le contexte

actuel, de plus en plus de personnes malades, souvent âgées, bénéficient de soins à la maison dans un cadre relationnel bien pauvre.

De fait, cette demande implicite de communication est loin d'être véritablement « en dehors » du soin. En effet, si elle peut se situer dans le temps en dehors du soin proprement dit, elle est soin, car si cette dimension n'existe pas, le patient ne se sent pas vraiment soigné : il a reçu ce que son état physique requiert mais il n'a pas reçu sur le plan psychologique ce qu'il attend. Cette notion si importante pour les patients à domicile rejoint la définition de la santé par l'OMS que nous avons vue dans le cadre conceptuel : état de bien-être total, physique, psychologique et social.

En quelque sorte, l'IDE qui se rend au domicile de ses patients est amené à vivre quotidiennement le soin comme prendre soin. Je réalise avec d'autant plus d'acuité l'exactitude de cette phrase après ce travail. En libéral, cette notion est encore accentuée par le fait qu'il s'agit souvent d'un soin qui se répète, qui pour cette raison a tendance à se banaliser : piqûre d'insuline, mise de bas de contention, etc. En ce sens, il s'installe progressivement, presque insidieusement, une relativisation de l'importance accordée au soin technique. Celui-ci a tendance à occuper moins de place que lors de la mise en route des soins, alors que l'attente du « soin communication » s'hypertrophie.

## 5.2 Faire de la communication une priorité

Contrairement aux données du cadre conceptuel, où la notion de rentabilité du cabinet libéral tient une place importante, dans les entretiens, seule une IDE a prononcé une phrase concernant cette dimension.

Par contre, les 3 IDE ont longuement développé les bienfaits que leur apporte la communication. Force est de constater que la communication a une place de choix dans leur exercice. Les entretiens des patients comme ceux des IDE, ainsi que mon stage dans ce cabinet, ont révélé une communication bien établie entre eux, source de satisfaction pour les uns comme pour les autres et de bien-être. Le bilan de la communication dans ce cabinet semble très favorable. S'en suit alors une dynamique positive de satisfaction qui porte ses fruits pour le patient, l'IDE, le cabinet. A l'heure actuelle, où la dimension économique du soin est importante, où la tentation de considérer tout patient comme un client existe, où l'on mise sur une rentabilité purement comptable, n'abdiquons-nous pas les valeurs et l'éthique qui sont au cœur du métier d'IDE ?

Le métier d'IDE libéral a intérêt à porter attention à une démarche qualité pour développer son activité, d'une part, et d'autre part, être constamment en situation de veille en terme de communication pour répondre au mieux aux attentes des patients créant alors **une réaction en chaîne positive**. Cette réaction en chaîne positive a un autre effet bénéfique : de nos jours, où le manque de temps est souvent invoqué, une communication bien établie souffrira moins de la contrainte du temps quand celui-ci vient à manquer. En effet, si l'IDE fait de la communication une priorité, le patient, en cas de manque de temps, aura

tendance à être indulgent avec cet IDE et ce dernier sera plus apte à délivrer, dans un court laps de temps, un message qui satisfasse son patient. (Ex. : L'IDE prendra plus de temps avec telle patiente tel jour, acceptera le café qu'elle lui offre et discutera avec elle ; tel autre jour, il sera plus rapide et prendra plus de temps avec un autre patient ou s'il est débordé sera plus rapide avec chacun.)

### 5.3 « Communication d'entretien de la vie »

Le cadre conceptuel me parle d'une communication IDE-patient qui ne se fait pas « d'égal à égal », où l'objectif principal est de faire passer un message de fonctionnement, un message d'éducation thérapeutique ou éventuellement un message d'aide en direction du patient. Les entretiens ne négligent pas ces aspects importants de la communication en pratique, mais ils m'ouvrent les yeux sur une autre dimension essentielle de la communication à domicile que je tiens à développer, tant elle me semble importante.

Comme M.F. Collière qui parle des « soins d'entretien de la vie » en parlant des soins de confort que réalise l'IDE auprès des patients, je pense qu'on peut parler d'une « **communication d'entretien de la vie** », faite de « **tant de petites choses qui font des grands tout** ». Elle est comme l'oxygène qui apporte la vie. Elle est parole de lien social et se concrétise par les menus services rendus par l'IDE.

#### 5.3.1 Parole de lien social

##### 5.3.1.1 *En reliant les patients au monde extérieur*

Les patients sont souvent assez seuls et isolés, ne sortent plus de chez eux et ne sont plus vraiment au courant de ce qui se passe au dehors. Ils attendent l'IDE qu'ils ont choisi tel un rendez-vous qui leur fait du bien. J'ai nettement ressenti que l'IDE qui vient faire sa visite leur apporte de la vie, un peu du monde extérieur. L'IDE raconte ce qui se passe en ville, les changements, les travaux, les histoires du quartier, en quelque sorte elle les maintient dans la vie et leur permet de ne pas être coupés du monde. La charte des Droits et Libertés de la personne âgée dépendante de 1987 nous dit : « les personnes âgées doivent pouvoir garder leur place dans la cité » or ce qui est vrai pour la personne âgée, l'est aussi pour toute personne. C'est justement l'IDE à domicile qui peut représenter ce lien social avec l'extérieur, c'est un peu du dehors qui rentre et qui fait du bien à ces personnes seules ; une IDE dit « c'est la télé mais c'est encore bien mieux parce que c'est du vrai ».

##### 5.3.1.2 *En laissant au patient sa place de « personne »*

A domicile, il s'agit souvent d'un patient debout, habillé, qui vient ouvrir la porte à un IDE sans blouse. De ce fait, le patient accueille l'IDE chez lui et une relation à connotation a priori moins professionnelle s'établit. J'ai réalisé dans les entretiens que cette communication entre l'IDE à domicile et ses patients est plus un échange bidirectionnel, une symbiose. L'IDE s'enquiert de la famille du patient, de son quotidien, des événements qui se passent, mais le patient va

aussi demander à l'IDE ce qu'il a fait durant ses vacances, comment se porte sa famille, les travaux de la maison... Par là même, la communication est **plus d'égal à égal** : elle est moins professionnelle car elle s'intéresse à des domaines divers. Je serai tentée de dire, comme le disent les IDE, que la relation à domicile est presque *amicale*. De fait, une relation dense se crée, des liens forts se tissent, surtout pour ces patients suivis au long cours.

### 5.3.2 Elle se concrétise dans des services rendus

Nombre de services sont rendus par les IDE à domicile, comme cités dans les entretiens : un IDE est resté plus longtemps pour rendre service, un a coupé les ongles d'une patiente âgée, ou comme vu lors de mon stage, tous ces multiples petits services : sortir la poubelle, remonter le courrier ou ouvrir les volets... Ces attentions maintiennent les patients dans le monde, favorisent leur maintien à domicile, les rassurent et leur procurent bien-être.

Cette « communication d'entretien de la vie », avec sa double dimension de lien social et de service, semble importante à domicile. En effet, contrairement aux temps d'hospitalisation pendant lesquels le patient est souvent bien entouré par les visites de l'entourage et les interventions du personnel du service, les patients à domicile sont souvent confrontés à une grande solitude.

## 5.4 Créer un équilibre pour une communication de qualité

Soucieux de faire de leur mieux, les IDE peuvent avoir une image idéalisée de leur travail. Or, dans la réalité, ils peuvent se heurter à la complexité de la communication avec ses limites (manque de temps, fatigue, envahissement émotionnel, patient exigeant). Ces limites se révèlent délicates à manier en libéral du fait de la place de l'IDE, souvent investi dans une dimension relationnelle dense avec ses patients suivis au long cours. Les IDE risquent d'en ressentir de la culpabilité, alors que la communication ne peut pas toujours être « idéale ». Il n'y a pas de réponse toute faite pour une communication de qualité, c'est en fait un **équilibre** à créer à un instant donné avec une personne donnée et la personne que je suis à ce moment-là. Toute recherche d'équilibre nous indique qu'on est en mouvement, qu'on est dans la vie ; mon futur métier d'infirmière est ancré dans la vie, il n'a rien de routinier. Il me demande en permanence de questionner ma pratique pour l'ajuster. La communication s'apprend avec le temps, les leçons tirées des échecs et l'expérience.

Cette prise de conscience est importante pour moi : elle me donne un éclairage sur la situation qui m'a mise en mouvement pour ce travail et pour une communication efficace en tant que future IDE.

## 6. Conclusion

---

C'est la dimension communicationnelle du soin qui m'a interpellée tout au long de mes études et de mes stages. J'y ai acquis des notions sur la communication de l'IDE avec son patient à la fois théoriques et pratiques. J'y ai aussi mesuré le hiatus qui sépare l'intérêt pour une chose et son utilisation. Communiquer, bien communiquer, c'était un peu comme un rêve. Mais sur le terrain au début, les choses me sont apparues bien complexes. J'ai rapidement été confrontée à des difficultés, à des questions. Que dire à ces adultes, ces hommes et ces femmes malades, souffrants, blessés, seuls... ? Ils m'impressionnaient. Je n'avais pas grand chose à leur dire d'intéressant. D'ailleurs, il fallait que je me concentre sur mon soin technique. Fuite ou réalité ? Sans doute un peu des deux !

En 2007, j'ai eu à cœur de réaliser un rêve déjà ancien : passer une année en Afrique de l'ouest. Au cours de cette année de volontariat au Mali, dans un dispensaire de brousse, où j'ai côtoyé un peuple africain pauvre, démuné devant les problèmes de santé, mais riche d'une communication simple, vraie, proche, j'ai beaucoup reçu. J'ai moins appris dans les compétences techniques (dispensaire peu équipé, peu de moyens...) que dans la richesse relationnelle. J'ai muri. J'ai gagné en confiance en moi, sans doute à cause des soins que j'ai pu prodiguer, sans doute aussi à travers cette communication simple entre nous dont je me suis vite sentie partie prenante et dont j'ai pu apprécier les multiples bienfaits, voire le caractère indispensable quand les soins se révélaient impuissants ou inexistantes pour certaines pathologies.

A mon retour, c'est la communication au quotidien que j'avais le désir de mieux cerner, notamment en libéral où cette approche me posait question.

A la fin de ce travail, riche de toutes ces données, je me sens plus apte à appréhender l'exercice libéral dans sa dimension de communication, en m'appuyant sur les piliers suivants :

- Accorder à la communication une place de choix, communication de vie par excellence, véritable outil thérapeutique entre les mains de l'IDE.
- Reconnaître la communication comme source de bien-être et de dynamique positive.
- Mettre à profit les notions acquises, le temps et l'expérience pour manier la dimension communicationnelle du soin avec le souci de trouver un équilibre surtout quand on est confronté à des limites.

En quelque sorte, en tant que future IDE, je suis à la fois enrichie du « poids » de nombreuses données théoriques et de terrain que ce travail de fin d'études m'a livrées. A présent, j'ai vraiment le souci de vivre cette dimension communicationnelle du soin, de l'adapter au fur et à mesure, de rechercher un



équilibre bénéfique pour le patient, comme pour moi-même, de ne jamais cesser de questionner ma future pratique pour tirer des enseignements de ce qui s'y vit.

*« Aujourd'hui pour soigner les hommes, les infirmières doivent non seulement être d'habiles techniciennes mais aussi des spécialistes de la relation humaine ...expression de l'art infirmier. »*

*Marie-Thérèse Planel*

Pour élargir la portée de mon travail, je pense qu'il serait intéressant de considérer un autre axe de recherche. En effet, j'ai défini et argumenté différents modes de communication propices à la relation entre IDE et patients. Ces différents modes de communication ne définiraient-ils pas une façon d'être spécifique à la relation IDE à domicile-Patient ?

Ne serait-ce pas là une forme d'accompagnement ?

## 7. Bibliographie

---

### 7.1 Livres

- LAWLER, J., et COLLIERE, M-F., *La face cachée des soins*, Seli Arslan, 2002.
- MERCADIER, C., *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, Seli Arslan, 2002.
- LEDOGAR, D., *Seul l'amour fracasse les tombeaux*, Presses de la renaissance, 2005.
- SALOME, J., *Lettres à l'intime de soi*, Editions Albin Michel, 2001.
- SALOME, J., *T'es toi quand tu parles, Jalons pour une grammaire relationnelle*, Editions Albin Michel, 1991.
- BALINT, M., *Le médecin, son malade et la maladie*, Éditions Payot, 1988.
- ROGERS, C., *Le développement de la personne*, interEditions, 2005.
- MOLEY-MASSOL, I., *Relation médecin-malade*, édition DaTeBe, 2007.
- Le Petit Robert Dictionnaire de la langue française, 1996.

### 7.2 Articles

Cours sur le soin et sur les représentations

### 7.3 Textes officiels

- Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières. Titre I, chapitre II, Devoir envers les patients. ART.25.
- Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. ART.2, ART.5.
- Décret n°2004-802 du 29 Juillet 2004

### 7.4 Documents électroniques

- [www.fondationleoniechaptal.fr](http://www.fondationleoniechaptal.fr). Site consulté le 10/07/08.
- [www.evene.fr/citations](http://www.evene.fr/citations). Consulté de nombreuses fois en juillet.
- [www.infirmier.com](http://www.infirmier.com). Consulté de nombreuses fois en juillet.
- [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org). Consulté de nombreuses fois en juillet.

## 8. Annexes

---

## 8. Annexes

---

### SOMMAIRE DES ANNEXES

8.1. Tableaux d'Analyse des Entretiens .....	II
8.2. Cadre juridique de la profession d'IDE.....	XVI
8.3. Cadre juridique de la profession d'IDE en libéral.....	XVI
8.4. Les six grands besoins relationnels fondamentaux de la personne selon J. Salomé dans « t'es toi quand tu parles » .....	XX
8.5. Quatorze besoins fondamentaux selon Virginia Henderson .....	XXI
8.6. Questionnaire d'entretien .....	XXII
8.7. Texte de Jacques Salomé : Quand je te demande d'être écouté... ..	XXIII
8.9. Etude relatant les bienfaits de l'humanité .....	XXIV

## 8.1. Tableaux d'Analyse des Entretiens

### Question 1 :

Pour les IDE :	
Quelle est votre conception de la communication avec les malades ?	
Pour les patients :	
Quelles sont vos attentes en matière de communication avec l'IDE à domicile ?	
<b>Communiquer, c'est établir plus qu'une relation professionnelle de soin technique...</b>	<p style="text-align: center;"><b>I D E</b></p> <p>« Discuter » (IDE1)            « Il faut absolument avoir tous les jours un sujet de discussion. » (IDE2)            « Par la parole, ça permet de rassurer le patient, de l'informer sur le soin qu'on va lui faire, c'est vrai que ça peut aussi le rassurer, ça fait partie du soin, c'est la communication verbale. » (IDE3)</p>
<b>Par la communication verbale (3IDE) (4P)</b>	<p style="text-align: center;"><b>P A T I E N T S</b></p> <p>« Demander si ça va » (P1)            « Qu'on puisse parler » ; « On discute un peu » (P2)            « C'est vrai ça fait du bien, surtout quand on est seul...pour parler un peu de la maladie, du réconfort, enfin moi j'aimerais bien la voir un peu plus. » (P3)            « Qu'on puisse parler un petit peu » ; « On parle un petit peu » ; « On parle quand même »            (P4, dit 3X), par rapport à une infirmière qui ne parlerait pas : « je n'aime pas ça » (P4)            « L'écoute » (P1, dit 2X) (P4, dit 2X)</p>
<b>Mais aussi non verbale (3 IDE) (4P)</b>	<p style="text-align: center;"><b>I D E</b></p> <p>« Le patient communique avec son corps » ; « Une communication par le toucher » ; « Quand tu rentres chez eux tu as les photos, tu as la famille, tu vois comment c'est installé, bien rangé, pas bien rangé, tu captes des choses... ça m'est donné, t'as des accroches qui peuvent te faire aller plus loin » ; « on peut se parler autrement, dans aider à installer le patient, dans le rafraîchir, dans lui mouiller les lèvres » (IDE1)            « Quand on parle de communication, c'est aussi le regard » ; « Tu regardes comment c'est fait chez eux, comment tu vas adapter la discussion, tu vois naturellement, ça te saute aux yeux, tu vois un chat, tu vois un chien, tu vois un landau, des choses comme ça, ça amène tout de suite la conversation. » (IDE2)            « La communication peut passer par le toucher, par le regard, c'est vrai que c'est important, ça permet de rassurer » ; « prendre la main d'un patient ça fait partie de</p>

		la communication, ça peut faire du bien au patient » (IDE3)
	<b>P A T I E N T S</b>	« Des petits gestes : prendre les mains du patient dans les siennes » ; « Pas de brusquerie » (P1, dit 2X) ; « Sourire » (P1, dit 2X) La douceur « il faut arriver doucement » (P2) (P3) « Sourire » (P4)
<b>Qui comprend le soin technique (1 IDE) (3P)</b>	<b>I D E</b>	« Montrer une connaissance des soins » (IDE1)
	<b>P A T I E N T S</b>	« Apporter un soulagement physique (...) attente d'un savoir qui correspond à son travail » (P1) « Faire son travail le mieux possible » (P2) « Compétence » ; « Qu'elle soit qualifiée » ; « Du moment qu'elle fait bien son travail » ; « être minutieux » (P4)
<b>Qui va au delà de ce soin technique (3 IDE) (4P)</b>	<b>I D E</b>	« C'est vraiment établir une relation plus que soignant-soigné, je dirais une relation amicale plus parce-que c'est des patients qu'on a au long cours souvent, après dans une piqûre je dirais c'est plus une relation soignant-soigné, point » (dit 2X) « C'est vrai qu'avec certains patients, je les considère presque de ma famille, pas de ma famille mais vraiment comme des gens que j'apprécie. » « Je m'adresse à une personne et je m'adresse pas à un malade. » « petit à petit essayer de découvrir un peu leur univers, leur vie » « Parler de tout, de rien » ; « de sujets difficiles aussi : la peur de la mort » « Établir une relation amicale, essayer de découvrir un peu leur univers, surtout pour les chroniques » « Tu as la famille, tu as tout le contexte, tu rentres dans l'intimité des gens » (IDE1) « Il y a de l'affection entre nous » « On parle de choses et d'autres : du jardin... » ; « ils t'offrent une fleur » (IDE2) « Rassurer le patient, c'est un soin » (IDE3)
		3 patients sur 4 citent la gentillesse en 1 <sup>er</sup> : « La gentillesse » ; « Donner de l'affection ... attente de compréhension » « ne pas être un numéro mais un être humain avec toute sa sensibilité » (P1)

	P A T I E N T S	<p>« La gentillesse » (P2, dit 3X) « Elles sont très gentilles » (P2, dit 3X) « J'ai de très bonnes relations avec elles » « j'ai de très bons rapports avec elles » « ça se passe très bien » « Si j'ai des petits problèmes j'en parle avec elles » « Ce sont plus des rapports amicaux que des rapports professionnels » « C'est sûr qu'il se crée des liens » « On fait des échanges de livres » (P2)</p> <p>« La gentillesse » (P3, dit 4X) « Je les aime bien » « Il faut que cette personne là soit sympathique » « elles sont tellement mignonnes », « sympathiques » (P3)</p> <p>« La gentillesse » (P4, dit 4X) « toujours très gentilles » (P4, répété 2X) ; « Quand on tombe malade avec ça on est bien content d'avoir des infirmières qui soient gentilles » ; « On est bien content d'avoir des infirmières qui soient gentilles et qui soient un peu à l'écoute du patient » ; « je ne considère plus Y. et C. comme des infirmières, ce sont des infirmières, ce ne sont pas vraiment des amies, mais je suis quand même très heureux de les voir, on parle quand même... je les tutoie, c'est déjà quelque chose, c'est pas non plus des copines où on se tape sur le ventre mais c'est vrai que ça fait quand même plaisir quand elles rentrent » « elles m'appellent G. » (son prénom) (P4)</p>
<p><b>Les IDE sont attendus par les patients: (2 IDE) (3P)</b></p>	I D E	<p>« T'es contente de les voir, eux ils sont contents de te voir » (IDE1)</p> <p>« Ceux qu'on voit tous les jours, pendant des années, ils nous attendent absolument...on est un passage très important » ; « (...) qui t'attendent, tu fais partie de leur vie, c'est un rendez-vous qu'on a avec eux tous les jours » (IDE2)</p>
	P A T I E N T S	<p>« J'aime bien les voir, elles ne viendraient pas je serai malheureuse, ça me fait du bien et je les attends, autrement je n'attends personne » (P2)</p> <p>« Je les attends...ça me fait du bien » ; « je les aime bien » (P3)</p> <p>« Je suis vraiment heureux d'avoir des infirmières 2 fois par jour » ; « je suis quand même très heureux de les voir, c'est vrai » ; « ça fait quand même plaisir quand elles rentrent » ; « c'est vrai que bon, je ne suis pas tout seul mais quelqu'un qui est tout seul fait qu'il y ait une infirmière qui vienne pour des soins c'est vrai que ça fait plaisir, ah oui » ; « je suis content de les voir comme j'ai dit tout à l'heure » ; « je suis quand même content de les voir » (P4, dit 6X de différentes façons)</p>

## Question 2 :

Est-ce que la communication fait partie du soin ?	
<p><b>La communication fait du bien : elle a une place de choix (3IDE) (3P et 1P moins catégorique)</b></p>	<p style="text-align: center; color: #1a237e; font-weight: bold;">I D E</p> <p>« Prendre la personne dans sa globalité (...) on n'est pas que les parties de notre corps (...) tu ne fais pas que soigner un corps : il y a tout le contexte » ; « Expliquer, donc communiquer fait partie du soin » ; « beaucoup de gens disent : avec vous on peut parler...même si ça dure que 5 minutes ils ont l'impression qu'ils n'ont pas été une fesse à piquer, c'est ce que les gens ressentent, c'est une part importante du soin »</p> <p>Si la communication est importante dans tout soin elle l'est encore plus pour cet IDE, lors de soins peu techniques : « Si j'ai pas cette communication avec la personne, finalement je me sens inutile. » (IDE1)</p> <p>« En premier, avant l'acte, tu commences par parler avec ton malade, que ce soit le premier soin ou un soin que tu poursuis dans le temps, un malade que tu vois depuis 6 ans ou depuis 8 jours, de toute façon il faut commencer par le béaba. » L'IDE parle des personnes suivies au long cours, souvent âgées et seules : « C'est eux qui ont le plus besoin qu'on leur parle... c'est un passage très important, il faut absolument avoir un sujet de discussion du coup, ils sont tellement heureux, ils attendent que ça, eux ont des choses à nous dire mais ils attendent qu'on leur amène pleins de choses, qu'on leur raconte quelque chose. » « je conçois pas mon soin sans leur parler » (répété plusieurs fois) ; « la qualité de mon soin passera par la communication moi j'en suis sûre » (IDE2)</p> <p>« La communication fait partie du soin et c'est aussi un soin à part entière » ; « ça peut rassurer, ça fait partie du soin » ; « quand on est en train d'effectuer un soin, le fait de communiquer en plus ça va compléter le soin » ; « rien que le fait de communiquer, d'échanger verbalement, de rassurer le patient c'est un soin » ; « la communication c'est la base du soin » ; « la relation est super importante parce que c'est des patients qu'on a au long cours souvent » (IDE3)</p>
	<p style="text-align: center; color: #1a237e; font-weight: bold;">P A T I E N T S</p> <p>« Oui, avec un grand oui » (P1)</p> <p>« Oh oui, oh oui ! » ; « On échange quelques mots, quelquefois elles s'attardent un petit peu mais ça fait du bien... surtout pour des personnes qui comme ça ne peuvent plus sortir du tout »</p>



« J'étais bouleversée, elle s'est attardée un peu, on a parlé, çà m'a fait du bien. » (P2)

« Ah oui certainement, certainement parce que çà nous remonte le moral hein et puis alors on me dit quelques mots comme çà alors çà fait du bien, et quand on a des souffrances ou quelque chose, l'infirmière est toujours là pour nous remonter le moral, c'est bien. » (P3)

« Un petit peu, oui quand même, ouai, quelqu'un qu'arrive, qui dit pas bonjour, rien du tout et puis crac, crac, crac, et puis qui s'en va s'en rien dire je n'aime pas çà... je ne vais pas la recommander à quelqu'un d'autre. »

« La communication fait un petit peu partie du soin ... mais je garderai quand même l'IDE, même si elle ne parle pas, si elle est bonne dans son travail, je ne changerai pas, non. » (P4)

### Question 3 :

Quels sont les intérêts de la communication ?	
Pour le Patient :	
<b>Établir un climat favorable</b> <b>(3 IDE) (2P)</b>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-weight: bold; margin-right: 5px;">I D E</div> <div style="flex-grow: 1;"> <p>« La communication apporte une certaine dédramatisation » ; « Établir un climat de confiance » ; « essayer de mettre la personne à l'aise » ; « les gens se sentent plus en égalité avec nous que par rapport à un médecin...on est un peu le traducteur du médecin, ils n'osent souvent pas poser de question au médecin, ils pensent que c'est bête alors que nous on plaisante et ils nous posent des questions plus facilement » (IDE1)</p> <p>« Si la communication n'est pas passée, ...le malade n'est pas à l'aise » ; « Il faut dédramatiser le soin » ; « Avoir une communication rassurante, même en urgence, surtout ne pas montrer la panique » (IDE2)</p> <p>« Avoir un échange, c'est toujours bénéfique d'échanger... ça permet de rassurer le patient » (IDE3)</p> </div> </div>
<b>Apporter un mieux être psychologique</b> <b>(3IDE) (3P)</b>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-weight: bold; margin-right: 5px;">P A T I E N T S</div> <div style="flex-grow: 1;"> <p>« Donner confiance » (P1)</p> <p>« Qu'elle mette à l'aise » (P2)</p> </div> </div>
<b>Apporter un mieux être psychologique</b> <b>(3IDE) (3P)</b>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-weight: bold; margin-right: 5px;">I D E</div> <div style="flex-grow: 1;"> <p>« Il y a le soin psychologique (...) c'est prendre la personne dans sa globalité, tu ne fais pas que soigner un corps » ; « Ils réfléchissent, ils gambergent ... nous on peut essayer de simplifier les choses et puis expliquer » (L'IDE dit que expliquer permet de rassurer) « une certaine dédramatisation » ; « N'apporter rien qu'il ne pourrait gérer ou qui pourrait être source d'anxiété » (IDE1)</p> <p>« Tu as ceux que tu vois sur des années qui t'attendent, tu fais partie de leur vie, c'est un rendez-vous qu'on a avec eux tous les jours » ; « c'est un rythme pour la personne âgée, ça lui rythme sa vie (...) c'est un quart d'heure de dehors qui arrive dans la maison, avec nous, du coup c'est nos histoires, ils connaissent nos familles, demandent des nouvelles...on raconte ce qu'on a fait, en fait ils attendent, c'est comme une émission de télé mais c'est en bien mieux parce que c'est du vrai » ; « c'est vrai qu'on est le maillon de la maladie mais on est aussi le maillon avec l'extérieur » (IDE2)</p> </div> </div>

	<p>« Une personne que tu vas voir régulièrement, pour des soins quotidiens en libéral, tu vas apprendre à la connaître forcément, petit à petit avec le temps elle va te parler un peu de sa vie, il y a un échange » (IDE3)</p>
	<p>P A T I E N T S</p> <p>« Redonner goût à la vie, se sentir compris, sentir qu'on n'est pas abandonné » (P1)</p> <p>« Pouvoir partager ses petits problèmes » « Là j'étais contente de pouvoir parler, j'étais angoissée » « j'aurais un coup dur je pourrais leur dire » « Elles vont passer plus de temps quand un patient n'a pas le moral » « Et puis elles me racontent, quelquefois elles me disent, elles me mettent au courant de ce qui se passe en ville » « alors elles m'ont raconté ça, je me suis retrouvée un peu l'ambiance que je connaissais d'ailleurs, alors c'est sympathique » (P2)</p> <p>« On me dit quelques mots comme ça alors ça fait du bien, et quand on a des souffrances ou quelque chose, l'infirmière est toujours là pour nous remonter le moral, c'est bien » « quelquefois on est de mauvaise humeur alors elle arrange les choses » « cela remonte le moral, fait du bien » (P3)</p>
<p><b>Apporter des informations (3 IDE) (1P)</b></p>	<p>I D E</p> <p>« Le patient a besoin d'explications » ; « Donner des conseils » ; « Répondre à leurs questions mais simplifier les choses » (IDE1)</p> <p>« Il faut toujours justifier » (IDE2)</p> <p>« Ça permet de l'informer sur le soin qu'on va lui faire...de façon à ce qu'elle comprenne, ne pas employer un vocabulaire un peu médical » (IDE3)</p>
	<p>P A T I E N T</p> <p>« Dispenser un savoir » (P1)</p>
<p><b>Rendre des services (3P)</b></p>	<p>P A T I E N T S</p> <p>« Recevoir des attentions » (P1)</p> <p>« Prête à rendre des petits services : couper les ongles » « Un jour j'ai eu un problème, j'avais plus de pain... elle est allée me chercher du pain, c'est très gentil vraiment »</p> <p>« elles elles viennent tous les jours (contrairement à son fils qui vient de temps en temps) donc si j'ai un petit problème... » (P2)</p> <p>« Est restée jusqu'à ce que quelqu'un soit là pour ma mère...ça m'a quand même rendu un grand service » (P4)</p>

Pour l'IDE :		
<b>Le patient coopère, le soin est meilleur (1IDE)</b>	<b>I D E</b>	« Le patient participe au soin en fonction de la communication » ; « Si la communication n'est pas passée, dans le temps ton soin sera mauvais » (IDE2)
<b>L'IDE est motivé (3IDE) (1P)</b>	<b>I D E</b>	« Si je n'ai pas cette communication je me sens inutile » « La gratification vient vraiment de ce que te redonne le patient : t'arrives et c'est un grand sourire, t'arrives et c'est « ah mon rayon de soleil arrive », « oh ça fait plaisir de vous voir » » « quand tu rends un peu de joie de vivre à la personne toute seule chez elle, c'est la gratification que j'en rapporte parce que je leur apporte de la vie mais ils m'en apportent aussi, je rends la relation vivante et eux par leurs réflexions, par leur façon d'être, ils rendent mon travail vivant » (IDE1) « Si la communication n'est pas passée tu ne tiens pas le coup » « Très enrichissant, très valorisant, tu rentres dans la vie des gens » « C'est enrichissant, c'est valorisant quand on te remercie, qu'on te dit que t'es une IDE charmante, c'est que du bonheur, t'es satisfaite, ça te booste et ça te booste pour eux, t'es boostée pour le malade suivant, il en bénéficie aussi...c'est toute une chaîne » (IDE2) « Ca peut être que bénéfique et que positif d'avoir un échange avec la personne, c'est toujours bénéfique d'échanger avec les gens, ça permet d'apprendre des choses, d'apprendre sur l'autre » « Le patient nous renvoie l'image qu'on lui donne, donc si toi t'as pas une bonne communication avec ton patient, il ne va pas te renvoyer une bonne image de toi-même » « Ca peut permettre d'avoir un retour de la personne, elle peut nous renvoyer des choses positives qui font du bien : quand ils nous disent que notre métier est quand même un beau métier, qu'ils apprécient ce qu'on fait pour eux ; c'est motivant de sentir qu'on sert à quelque chose. » (IDE3)
		<b>P A T I E N T</b>
<b>Le cabinet marche mieux (1IDE)</b>	<b>I D E</b>	« C'est d'être agréable parce que malgré tout, t'as aussi le côté clientèle et puis c'est pas dans ma nature d'être désagréable » (IDE1)

## Question 4 :

En quoi consiste la qualité de la communication ?	
<b>Sentir que l'IDE est disponible : (2 IDE) (4P)</b>	<b>I D E</b> « Il y a déjà 50% de fait quand tu te présentes...Qu'est ce qui vous arrive ? » ; « Le 1 <sup>er</sup> ingrédient c'est le sourire » ; « beaucoup de gens disent : avec vous on peut parler, de tout de rien » (IDE1) « Ta façon de te présenter est importante » ; « bonjour avec le sourire » (IDE2)
	<b>P A T I E N T S</b> « Demander si ça va » ; « Sourire » ; « humanité, on n'est pas un numéro » ; « dévouement » ; « patience » « gentillesse » (P1) « Prendre des nouvelles » ; « Demander si ça va » ; « je ne vous fais pas mal ? » ; « Patience » ; « gentillesse » (P2) « Gentillesse » ; « patience » (P3) « Gentillesse » ; « sourire » (P4)
<b>L'écoute : (3 IDE) (3P)</b>	<b>I D E</b> « Je l'ai appris un peu au fur et à mesure des années » (IDE1) « Écouter » ; « On donne, ça nous coûte rien et eux ça leur apporte beaucoup » (IDE2) « Être à l'écoute, réceptif » ; « Verbale ou non verbale » (IDE3)
	<b>P A T I E N T S</b> « Écoute » (P1 dit 2x) « Au début on ne peut pas échanger beaucoup parce qu'on ne se connaît pas mais quand on se connaît davantage, qu'on puisse échanger quelques mots... ça fait du bien » (P2) « Écoute » (P4 dit 2x)
<b>Elle doit s'établir en fonction du patient (3IDE) (2P)</b>	<b>I D E</b> « Le patient va pas comprendre (explications techniques), il a besoin d'autres explications » ; «Tout dépend du patient » (IDE1) « S'adapter au patient c'est très important » (IDE2) « une bonne communication c'est d'avoir un discours adapté à la personne, c'est-à-dire de parler clairement et puis aussi par rapport à la personne, de façon à ce qu'elle comprenne, ne pas employer un vocabulaire médical » ; «Adapter son discours au patient selon son niveau intellectuel, calme ou agité, en forme ou déprimé, malentendant... » ; « Qu'il y ait un retour, c'est-à-dire que la personne a bien compris ce que je lui disais, donc soit

		répéter une 2 <sup>ème</sup> fois ou alors la faire répéter pour s'assurer qu'elle a bien compris » (IDE3)
	P A T I E N T S	« Ouverture, tolérance » (P2) « Il y a des gens qui souffrent alors il ne faut pas qu'elle s'énerve ou il y a des gens qui ont mauvais caractère, qui sont moins faciles (P3)
Elle s'apprend avec le temps et l'expérience (2 IDE)	I D E	« Au départ j'étais quand même en retrait derrière mon soin parce que c'était un univers que je découvrais » « je n'étais pas encore à l'aise » ; « c'est venu au fur et à mesure des années » ; « Tu peux te trouver face à des gens qui ne sont pas très agréables et tu finis par découvrir au hasard d'une conversation ce qui a pu se passer dans leur vie » (IDE1) « Ça permet d'apprendre des choses, d'apprendre sur l'autre » (IDE3)

## Question 5 :

**Est-ce que la qualité de la communication est proportionnelle au temps passé avec le malade ?**

**Non, ce n'est pas une question de temps mais d'attitude générale (3 IDE) (3P et 1P de l'avis contraire)**

**I  
D  
E**

« C'est vraiment dans ta façon d'être qui fait qu'ils sont contents de ta visite ou pas, ce n'est pas proportionnel au temps » ; « alors c'est sûr ça tourne, c'est-à-dire que un jour tu ne prendras pas tellement de temps avec un patient parce que t'as plein de boulot, le lendemain ou le soir je vais le revoir et prendre un peu plus de temps » (IDE1)  
« La qualité en soi de la communication peut être très bonne au bout de 2 minutes » (IDE3)

**P  
A  
T  
I  
E  
N  
T  
S**

« Je ne crois pas que ça ait un rapport avec le temps passé car il ne faut pas être égoïste, on n'est pas tout seul » (P1)  
« Ben non ça dépend, ça dépend... ce n'est pas une question de temps... car elles ont beaucoup de travail » (P2)  
« Non c'est plus une question d'atomes crochus que de temps » (P4)

**Sauf :**

« Plus elle passe de temps, meilleure est la communication » ; « J'aimerais bien qu'elle reste un peu plus longtemps si c'était possible... je voudrais bien la retenir un petit peu, c'est vrai ça fait du bien, surtout quand on est seul...pour parler un peu de la maladie, du réconfort, enfin moi j'aimerais bien la voir un peu plus » (P3)

## Question 6:

Qu'est-ce qui peut faire que la communication soit difficile ? Quels en sont les freins ?		
Venant de l'IDE :		
<b>Fatigue, charge de travail (3IDE) (4P)</b>	<b>I D E</b>	« Si tu n'as pas le moral... si tu n'es pas en forme » (IDE1) « Il y a des jours où on n'est pas bien...c'est important de leur dire » (IDE2) « Un stress, un état de fatigue qui fait que le soignant est moins disponible pour le patient » (IDE3)
	<b>P A T I E N T S</b>	« Elles doivent se partager avec d'autres patients » (P1) « Elles ont beaucoup de travail » (P2) « Oui j'aimerais bien qu'elle reste un peu plus longtemps si c'était possible » (P3) « Je sais qu'elles ont beaucoup de travail » (P4)
<b>Question de caractère : manque d'ouverture, d'humour, de patience... (2IDE) (4P)</b>	<b>I D E</b>	- être trop curieuse « un frein à la communication c'est de vouloir rentrer tout de suite, poser les questions... » (IDE1) - Le manque d'ouverture avec tendance à juger l'autre (IDE2) - Manque d'humour« des gens agressifs sur les horaires, j'arrive à le tourner en dérision » (IDE2)
	<b>P A T I E N T S</b>	« Pas de vocation parce que celui qui se met infirmier ou infirmière pour son métier, c'est très bien, c'est qu'il l'aime en principe mais y'a un dévouement personnel ... s'oublier, même quand on est très fatigué on continue de faire auprès de son malade » (P1) « Il y a des personnes qui n'essayent pas de communiquer » (P2) « Il faut que l'infirmière ait bon caractère, soit patiente » (P3) « Que l'IDE soit gentille, à l'écoute » (P4)
<b>Manque d'expérience : (1IDE)</b>	<b>I D E</b>	Manque d'expérience« au départ j'étais en retrait derrière mon soin parce que c'était un univers que je découvrais » (IDE1)



Venant du patient :		
<b>Non désir de communication (1IDE) (2P)</b>	<b>I D E</b>	« Faire la piqûre et au revoir quand je sens que les gens n'attendent rien d'autre » ; « Si la personne est fermée faut rester sur des généralités...peut-être que petit à petit ça pourra venir » (IDE1)
	<b>P A T I E N T S</b>	« Il faut aussi que la personne qu'elle assiste soit ouverte, si la personne en face d'elle est réticente, elle ne peut pas faire toute seule l'infirmière » ; « si l'infirmière a de bonnes dispositions, est prête à être aimable, est gentille et puis que la personne qui est devant elle se referme, elle y est pour rien, là ce n'est pas possible, bonjour, au revoir, tout va bien, bon » (P2) « Il est vrai qu'on ne peut pas non plus parler sans arrêt au patient... les infirmières peuvent faire le 1er pas en parlant un peu avec le patient mais si le patient ne répond pas beaucoup... après avoir fait le soin, ça se terminera » (P4)
<b>Patient exigeant (2IDE) (3P)</b>	<b>I D E</b>	« Si je sens que ce sont des gens qui vont me phagocyter, qui ont trop de demandes » (IDE1) « Quand le malade t'agresse sur la qualité de ton soin « vous êtes nulle » et que tu n'es absolument pas responsable...c'est très dur de revenir le lendemain en te disant de toute façon t'es nulle » (IDE2)
	<b>P A T I E N T S</b>	« Patient qui a trop d'exigences » (P1, P2, P4) ex. : sur les horaires « Patient trop demandeur » ; « La plupart du temps cela vient du patient qui est exigeant, caractériel » ; « Que l'IDE se fasse respecter » (P1) « Que l'IDE se fasse respecter » (P2)
Venant des 2 :		
<b>(3P)</b>	<b>P A T I E N T S</b>	« C'était difficile, le feeling... je ne le sentais pas, je n'étais pas à l'aise avec lui... il était particulier » (P2) « Ça ne marchait pas entre nous 2 » ; « Ça dépend des personnes, quelquefois on n'a aucune sympathie pour une personne, alors on ne parle pas, on se regarde » (P3) Le feeling : « Question d'atomes crochus » « je l'aime moins, enfin c'est pas que je l'aime moins, c'est pas que je l'aime pas mais j'ai pas autant d'affinités qu'avec Y. et C. » ; « elle est très consciencieuse mais non je préfère que ce soit Y. ou C. » ; « s'il n'y a déjà pas beaucoup d'atomes crochus entre l'infirmière et le malade » (P4, dit 2X)

## Question 7:

(Cette question ne concerne que les IDE)

**Vous arrive t-il d'être obligé de limiter le temps de communication lors d'une visite chez un patient ?**

**Quelles en sont les raisons ?**

**La communication est un outil de soin à adapter, à limiter dans certains cas (3IDE)**

### **Pour le patient : recadrer la relation (2IDE)**

« Savoir mettre le holà, se repositionner...c'est important aussi pour le patient » ; « Si la relation me semble malsaine « jeu de séduction » ; « si je sens que ce sont des gens qui vont me phagocyter, qui ont trop de demandes » (IDE1)

« Par rapport à certaines personnes qui ont tendance à être envahissantes, des patients qui parlent, qui parlent et au bout d'un moment t'es obligé d'écourter parce que c'est pas les aider non plus de rester là à les écouter » (IDE3)

### **Pour l'IDE : manque de temps, stress, fatigue, se préserver (3 IDE)**

« Il faut garder un retrait pour ne pas te laisser envahir par l'émotion, il ne faut pas s'épuiser, si je sens qu'un patient va me phagocyter je mettrai le holà et du coup je me repositionnerai plus soignant-soigné s'il le faut » ; « si je sens le patient envahissant et que moi ça va me demander un investissement émotif trop important... pour ne pas me faire bouffer, ne pas se laisser envahir par l'émotion » ;

« Trop de boulot...le temps et la charge de travail » (IDE1)

« Rarement mais, après avoir été agressée verbalement sur la qualité de mon soin, il m'est arrivé d'arrêter carrément le soin, de dire aux gens « non, non puisque c'est comme ça vous changez », vous avez le choix, vous êtes libres, mais nous aussi nous sommes libres d'arrêter notre soin. » (IDE2)

« On est pris par le temps, par moments on est obligé d'écourter la communication mais après il y a des façons de le faire, de façon à ce que la personne comprenne » ; « la fatigue aussi, la tournée est assez stressante... il y a des jours où on est peut-être moins réceptifs... moins à l'écoute, on va moins communiquer » ; « enfin tu vois la fatigue, le stress, le manque de temps c'est relié » ; « ça peut être le stress par rapport à la charge de travail ou par rapport à des soins où tu te sens moins à l'aise »

« Si un soin me stresse, je me concentre et communique moins » (IDE3)

I  
D  
E

## 8.2. Cadre juridique de la profession d'IDE

L'Article R. 4311-2 du **décret de 2004 du code de la santé publique** nous dit :

« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1. De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;
2. De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;
3. De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;
4. De contribuer à la mise en oeuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;
5. De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage. »

## 8.3. Cadre juridique de la profession d'IDE en libéral

Conformément à l'article 3 de l'avenant à la convention nationale des infirmiers du 25 Juin 2004 paru au Journal Officiel n°146, à compter du 1<sup>er</sup> Janvier 2005 afin de pouvoir s'installer en libéral, l'infirmier(e) diplômé(e) d'Etat doit pouvoir justifier d'une expérience professionnelle de 3200 heures. « Est reconnue toute expérience professionnelle acquise dans tout établissement de santé ou structure de soins, ou dans un groupement de coopération sanitaire défini par l'ordonnance n° 2003-850 du 4 Septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé et les procédures de création d'établissement, dès lors qu'elle est acquise en équipe de soins généraux au sein d'un service organisé, où l'infirmière est amenée à dispenser des soins infirmiers effectifs à une population dont l'état de santé justifie des interventions infirmières, telles que définies dans le décret n° 2002-194 du 11 Février 2002

relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière. Ces actes doivent être effectués sous la responsabilité d'un médecin ou d'une infirmière cadre. Cette expérience doit être acquise à compter de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmière ou de l'autorisation légale d'exercice dans un établissement de soins ou une structure de soins généralisés, installée dans l'un des Etats membres de la Communauté européenne ou en Suisse ». De plus, la spécificité de la profession d'infirmier(e) libéral(e) est régie par les « Règles professionnelles spécifiques libérales » parues au Journal Officiel n°183 du 29 Juillet 2004 que voici :

**Article R. 4312-33**

L'infirmier ou l'infirmière doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation adaptée et de moyens techniques suffisants pour assurer l'accueil, la bonne exécution des soins et la sécurité des patients.

**Article R. 4312-34**

L'infirmier ou l'infirmière ne doit avoir qu'un seul lieu d'exercice professionnel. Toutefois, par dérogation à cette règle, il peut avoir un lieu d'exercice secondaire dès lors que les besoins de la population, attestés par le préfet, le justifient. L'autorisation d'exercer dans un lieu secondaire est donnée par le préfet, à titre personnel et non cessible. Elle est retirée par le préfet lorsque les besoins de la population ne le justifient plus, notamment en raison de l'installation d'un autre infirmier. Les dispositions du présent article ne font pas obstacle à l'application par les sociétés civiles professionnelles d'infirmiers et leurs membres de l'article 51 du décret n° 79-949 du 9 novembre 1979 portant règlement d'administration publique pour l'application à la profession d'infirmier ou d'infirmière de la loi n° 66-879 du 29 novembre 1966 relative aux sociétés civiles professionnelles.

**Article R. 4312-35**

Toute association ou société entre des infirmiers ou infirmières doit faire l'objet d'un contrat écrit qui respecte l'indépendance professionnelle de chacun d'eux.

**Article R. 4312-36**

L'exercice forain de la profession d'infirmier ou d'infirmière est interdit.

**Article R. 4312-37**

La profession d'infirmier ou d'infirmière ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Tous les procédés directs ou indirects de réclame ou publicité sont interdits aux infirmiers ou infirmières. L'infirmier ou l'infirmière ne peut faire figurer sur sa plaque professionnelle, sur ses imprimés professionnels, des annuaires téléphoniques ou professionnels ou sur des annonces que ses nom, prénoms, titres, diplômes et, le cas échéant, lieu de délivrance, certificats ou attestations reconnus par le ministre chargé de la santé, adresse et téléphone

professionnels et horaires d'activité. La plaque professionnelle ne doit pas avoir de dimensions supérieures à 25 cm x 30 cm. L'infirmier ou l'infirmière qui s'installe, qui change d'adresse, qui se fait remplacer ou qui souhaite faire connaître des horaires de permanence peut procéder à deux insertions consécutives dans la presse.

#### **Article R. 4312-38**

Il est interdit à un infirmier ou à une infirmière d'exercer sa profession dans un local commercial et dans tout local où sont mis en vente des médicaments, ou des appareils ou produits ayant un rapport avec son activité professionnelle.

#### **Article R. 4312-39**

Il est interdit à un infirmier ou à une infirmière qui remplit un mandat électif ou une fonction administrative d'en user pour accroître sa clientèle.

### **Sous-section 2**

#### **Devoirs envers les patients**

#### **Article R. 4312-40**

L'infirmier ou l'infirmière informe le patient du tarif des actes d'infirmier effectués au cours du traitement ainsi que de sa situation au regard de la convention nationale des infirmiers prévue à l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale. Il affiche également ces informations dans son lieu d'exercice et de façon aisément visible. Il est tenu de fournir les explications qui lui sont demandées par le patient ou par ses proches sur sa note d'honoraires ou sur le coût des actes infirmiers dispensés au cours du traitement. Les honoraires de l'infirmier ou de l'infirmière non conventionné doivent être fixés avec tact et mesure. Sont interdits toute fixation de forfait d'honoraires ainsi que toute fraude, abus de cotation ou indication inexacte portant sur les actes effectués. L'infirmier ou l'infirmière est toutefois libre de dispenser ses soins gratuitement.

#### **Article R. 4312-41**

Si l'infirmier ou l'infirmière décide, sous réserve de ne pas nuire à un patient, de ne pas effectuer des soins, ou se trouve dans l'obligation de les interrompre, il doit en expliquer les raisons à ce patient et, à la demande de ce dernier ou de ses proches, lui remettre la liste départementale des infirmiers et infirmières mentionnée à l'article L. 4312-1. Dans ce cas, ou si le patient choisit spontanément de s'adresser à un autre infirmier ou à une autre infirmière, l'infirmier ou l'infirmière remet au médecin prescripteur les indications nécessaires à la continuité des soins. Le cas échéant, il transmet au médecin désigné par le patient ou par ses proches et avec leur accord explicite la fiche de synthèse du dossier de soins infirmiers.

### **Sous-section 3**

#### **Devoirs envers les confrères**

#### **Article R. 4312-42**

Tous procédés de concurrence déloyale et notamment tout détournement de clientèle sont interdits à l'infirmier ou à l'infirmière. L'infirmier ou l'infirmière ne peut abaisser ses honoraires dans un intérêt de concurrence.

### **Sous-section 4**

#### **Conditions de remplacement**

#### **Article R. 4312-43**

Le remplacement d'un infirmier ou d'une infirmière est possible pour une durée correspondant à l'indisponibilité de l'infirmier ou de l'infirmière remplacé. Toutefois, un infirmier ou une infirmière interdit d'exercice par décision disciplinaire ne peut se faire remplacer pendant la durée de la sanction. Au-delà d'une durée de vingt-quatre heures, ou en cas de remplacement d'une durée inférieure à vingt-quatre heures mais répété, un contrat de remplacement doit être établi entre les deux parties.

#### **Article R. 4312-44**

Un infirmier ou une infirmière d'exercice libéral peut se faire remplacer soit par un confrère d'exercice libéral, soit par un infirmier ou une infirmière n'ayant pas de lieu de résidence professionnelle. Dans ce dernier cas, le remplaçant doit être titulaire d'une autorisation de remplacement délivrée par le préfet du département de son domicile et dont la durée maximale est d'un an, renouvelable. L'infirmier ou l'infirmière remplaçant ne peut remplacer plus de deux infirmiers ou infirmières à la fois, y compris dans une association d'infirmier ou un cabinet de groupe.

#### **Article R. 4312-45**

Lorsque l'infirmier ou l'infirmière remplacé exerce dans le cadre d'une société civile professionnelle ou d'une société d'exercice libéral, il doit en informer celle-ci. Durant la période de remplacement, l'infirmier ou l'infirmière remplacé doit s'abstenir de toute activité professionnelle infirmière, sous réserve des dispositions des articles R. 4312-6 et R. 4312-22. L'infirmier ou l'infirmière remplacé doit informer les organismes d'assurance maladie en leur indiquant le nom du remplaçant ainsi que la durée et les dates de son remplacement. Dans le cas où le remplaçant n'a pas de lieu de résidence professionnelle, l'infirmier ou l'infirmière remplacé indique également le numéro et la date de délivrance de l'autorisation préfectorale mentionnée à l'article R. 4312-44.

#### **Article R. 4312-46**

L'infirmier ou l'infirmière remplaçant qui n'a pas de lieu de résidence professionnelle exerce au lieu d'exercice professionnel de l'infirmier ou de l'infirmière remplacé et sous sa propre responsabilité. L'infirmier ou l'infirmière d'exercice libéral remplaçant peut, si l'infirmier ou l'infirmière remplacé en est d'accord, recevoir les patients dans son propre cabinet.

#### **Article R. 4312-47**

Lorsqu'il a terminé sa mission et assuré la continuité des soins, l'infirmier ou l'infirmière remplaçant abandonne l'ensemble de ses activités de remplacement auprès de la clientèle de l'infirmier ou de l'infirmière remplacé. Un infirmier ou une infirmière qui a remplacé un autre infirmier ou une autre infirmière pendant une période totale supérieure à trois mois ne doit pas, pendant une période de deux ans, s'installer dans un cabinet où il pourrait entrer en concurrence directe avec l'infirmier ou l'infirmière remplacé, et éventuellement avec les infirmiers ou les infirmières exerçant en association avec celui-ci, à moins que le contrat de remplacement n'en dispose autrement.

#### **Article R. 4312-48**

L'infirmier ou l'infirmière ne peut, dans l'exercice de sa profession, employer comme salarié un autre infirmier, un aide-soignant, une auxiliaire de puériculture ou un étudiant infirmier.

### **8.4. Les six grands besoins relationnels fondamentaux de la personne selon J. Salomé dans « t'es toi quand tu parles »**

1. Besoin de se dire (avec des mots à soi, pas de mots ou des expressions en conserve, empruntés autour de soi, dans l'air du temps !)
2. Besoin d'être entendu (dans le registre où nous parlons) sur la longueur d'onde où nous émettons ;
3. Besoin d'être reconnu (tel que nous nous percevons, que nous nous sentons et pas seulement au travers d'une image, d'une étiquette, d'un comportement ou d'un acte isolé que nous avons eu) ;
4. Besoin d'être valorisé (d'avoir le sentiment que nous avons une valeur, un poids, une place appréciée) ;
5. Besoin d'intimité, de respect d'un territoire matériel, affectif, qui échappe à l'intrusion de l'entourage proche et moins proche ;
6. Besoin d'exercer une influence sur notre environnement (de sentir que nous ne sommes pas réduits aux conditionnements qui pèsent sur nous).

## **8.5. Quatorze besoins fondamentaux selon Virginia Henderson**

### **1. Respirer**

Capacité d'une personne à maintenir un niveau d'échanges gazeux suffisant et une bonne oxygénation.

### **2. Boire et manger**

Capacité d'une personne à pouvoir boire ou manger, à mâcher et à déglutir. Également à avoir faim et absorber suffisamment de nutriments pour capitaliser l'énergie nécessaire à son activité.

### **3. Éliminer**

Capacité d'une personne à être autonome pour éliminer selles et urine et d'assurer son hygiène intime. Également d'éliminer les déchets du fonctionnement de l'organisme.

### **4. Se mouvoir, conserver une bonne posture et maintenir une circulation sanguine adéquate**

Capacité d'une personne de se déplacer seule ou avec des moyens mécaniques, d'aménager son domicile de façon adéquate et de ressentir un confort. Également de connaître les limites de son corps.

### **5. Dormir, se reposer**

Capacité d'une personne à dormir et à se sentir reposée. Également de gérer sa fatigue et son potentiel d'énergie.

### **6. Se vêtir et se dévêtir**

Capacité d'une personne de pouvoir s'habiller et se déshabiller, à acheter des vêtements. Également de construire son identité physique et mentale.

### **7. Maintenir la température du corps dans des valeurs proches de la normale**

Capacité d'une personne à s'équiper en fonction de son environnement et d'en apprécier les limites.

### **8. Être propre, soigné et protéger ses téguments**

Capacité d'une personne à se laver, à maintenir son niveau d'hygiène, à prendre soin d'elle et à se servir de produits pour entretenir sa peau, à ressentir un bien-être et de se sentir belle. Également à se percevoir au travers du regard d'autrui.

### **9. Éviter les dangers**



Capacité d'une personne à maintenir et promouvoir son intégrité physique et mentale, en connaissance des dangers potentiels de son environnement.

#### **10. Communiquer avec ses semblables**

Capacité d'une personne à être comprise et comprendre grâce à l'attitude, la parole, ou un code. Également à s'insérer dans un groupe social, à vivre pleinement ses relations affectives et sa sexualité.

#### **11. Agir selon ses croyances et ses valeurs**

Capacité d'une personne à connaître et promouvoir ses propres principes, croyances et valeurs. Également à les impliquer dans le sens qu'elle souhaite donner à sa vie.

#### **12. S'occuper en vue de se réaliser**

Capacité d'une personne à avoir des activités ludiques ou créatrices, des loisirs, à les impliquer dans son auto-réalisation et conserver son estime de soi. Également de tenir un rôle dans une organisation sociale.

#### **13. Se récréer (se divertir)**

Capacité d'une personne à se détendre et à se cultiver. Également à s'investir dans une activité qui ne se centre pas sur une problématique personnelle et d'en éprouver une satisfaction personnelle.

#### **14. Apprendre**

Capacité d'une personne à apprendre d'autrui ou d'un événement et d'être en mesure d'évoluer. Également à s'adapter à un changement, à entrer en résilience et à pouvoir transmettre un savoir.

### **8.6. Questionnaire d'entretien**

Objectif global des entretiens : Savoir quelle est la conception de la communication infirmière - malade à domicile, du point de vue des IDE et des patients.

Objectif intermédiaire : Qu'est ce qui fait qu'une communication soignant - soigné est de qualité?

**Entretiens non directs :**

*Question pour les infirmières :*

Parlez-moi de votre conception de la communication avec les malades...

*Question pour les malades :*

Pour vous, quelles sont vos attentes en matière de communication avec l'infirmière ?

**Entretiens semi directifs :**

*Questions pour les infirmières et les malades:*

1. Comment définissez-vous le mot soin ?
2. Pour vous, quelle place a la communication dans le soin ?
  - dans l'intérêt du patient ?
  - dans votre intérêt ?
3. En quoi consiste la qualité de la communication ?
4. Est-ce que la qualité de la communication est proportionnelle au temps passé avec le malade ?
5. Qu'est-ce qui peut faire que la communication soit difficile ?
  - Pour vous ?
  - Pour le malade ?
6. Vous arrive-t-il d'être obligé de limiter le temps de communication lors d'une visite chez un patient ? Quelles en sont les raisons ?

**8.7. Texte de Jacques Salomé : Quand je te demande d'être écouté...**

Quand je te demande de m'écouter et que tu commences à me donner des conseils, je ne me sens pas entendu.

Quand je te demande de m'écouter et que tu me poses des questions, quand tu argumentes, quand tu tentes de m'expliquer ce que je ressens ou ne devrais pas ressentir, je me sens agressé.

Quand je te demande de m'écouter et que tu t'empares de ce que je dis pour tenter de résoudre ce que tu crois être mon problème, aussi étrange que cela puisse paraître, je me sens encore plus en perdition.

Quand je te demande ton écoute, je te demande d'être là, au présent, dans cet instant si fragile où je me cherche dans une parole parfois maladroite, inquiétante, injuste ou chaotique. J'ai besoin de ton oreille, de ta tolérance, de ta patience pour me dire au plus difficile comme au plus léger. Oui, simplement m'écouter... sans explication ou accusation, sans dépossession de ma parole.

Ecoute, écoute-moi. Tout ce que je te demande, c'est de m'écouter. Au plus proche de moi.

Simplement accueillir ce que je tente de te dire, ce que j'essaie de me dire. Ne m'interromps pas dans mon murmure, n'aies pas peur de mes tâtonnements ou de mes imprécations. Mes contradictions comme mes accusations, aussi injustes soient-elles, sont importantes pour moi.

Par ton écoute, je tente de dire ma différence, j'essaie de me faire entendre, surtout de moi-même.

J'accède ainsi à une parole propre, celle dont j'ai longtemps été dépossédée.

Oh non, je n'ai pas besoin de conseils. Je peux agir par moi-même et aussi me tromper. Je ne suis pas impuissant, parfois démuni, découragé, hésitant, pas toujours impotent. Si tu veux faire pour moi, tu contribues à ma peur, tu accentues mon inadéquation et peut-être renforce ma dépendance.

Quand je me sens écouté, je peux enfin m'entendre.

Quand je me sens écouté, je peux entrer en alliance.

Etablir des ponts, des passerelles incertaines entre mon histoire et mes histoires. Relier des événements, des situations, des rencontres ou des émotions pour en faire la trame de mes interrogations. Pour tisser ainsi l'écoute de ma vie. Oui ton écoute est passionnante. S'il te plait, écoute et entends-moi.

Et si tu veux parler à ton tour, attends juste un instant que je puisse terminer et j'écouterai à mon tour, mieux, surtout si je me suis senti entendu.

## **8.9. Etude relatant les bienfaits de l'humanité**

Une étude récente va dans ce sens. Le journal « Le Parisien » relate dans un article une étude scientifique réalisée par un cabinet indépendant dans plusieurs maisons de retraite française. « Elle a consisté à mesurer les réactions de 111 femmes atteintes de la maladie d'Alzheimer lors de la toilette avant et après la formation du soignant aux techniques de l'humanité : par exemple, des regards droit dans les yeux à hauteur de visage, des gestes enveloppants, des paroles apaisantes et descriptives ». Cette méthode a amélioré 83 % des soins dispensés. « Un mélange bien précis qui est presque totalement venu à bout des cris, des grimaces douloureuses ou de l'inertie ». « Ca marche », remarque le quotidien.

Gollé  
Caroline

**TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES**  
**Session 2008**

La communication infirmier(e) à domicile - patient

Communiquer, échanger, être en relation : que de mots qui parcourent nos médias aujourd'hui : la communication tient une grande place !  
Qu'en est-il de la communication de l'infirmier(e) avec son patient ?  
L'infirmier(e) communique avec son patient au travers de son soin technique. Bien plus, la communication infirmier(e)-patient est un soin à part entière avec ses spécificités à domicile. Elle a de multiples facettes, elle s'enracine dans la vie et donne de la vie. Elle est thérapeutique pour le patient et dynamisante tant pour lui que pour l'infirmier(e) à domicile. Elle s'apprend avec le temps et l'expérience.

Mots clés : communication, infirmier(e) à domicile, relation infirmier(e) à domicile - patient.

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

9, rue de la Marne  
35403 Saint-Malo CEDEX

