

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
HOPITAL BELLEVUE – PAVILLON 54
25 BLD PASTEUR
42055 SAINT ETIENNE cedex 2

La relation soignant-soigné à domicile

Mémoire de fin d'études en soins infirmiers

U.E. 5.6 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Compétence 7 : Analyser et améliorer sa pratique professionnelle

Compétence 8 : Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques

RICHY Benjamin
Promotion 47 - 2013

Remerciements

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont apporté leur aide dans la réalisation de ce mémoire :

Isabelle, ma référente qui a suivi et guidé sa réalisation durant toute cette année ;

Mon groupe de travail, supervisé par Isabelle, où la synergie de ses membres a produit une dynamique de travail agréable et profitable, par leur intérêt et leur collaboration ;

Marion, qui a eu la gentillesse de m'accorder un entretien chez elle ;

Et mon amie, Mélanie, ainsi que mes parents qui m'ont soutenu.

Sommaire

Introduction

Le soin est l'essence de la profession infirmière. Par définition, il met en scène deux individus : un soignant et un soigné. La relation qui s'établit alors entre ces deux personnes est la source de nombreux échanges physiques, verbaux et émotionnels, explicites ou implicites. Le soin engendre donc une proximité corporelle et une émergence d'affects entre les deux protagonistes, et peut ainsi générer des situations très diverses, d'autant plus que les contextes de soins sont variés. Ce sont toutes ces caractéristiques qui font la richesse de la relation soignant-soigné.

En ce qui me concerne, j'ai eu l'occasion de découvrir différents contextes de soin durant les stages de ma formation, tels que le milieu hospitalier, l'interventionnel avec les sapeurs-pompiers, et le soin à domicile. Ce dernier m'a particulièrement séduit par la diversité des patients et de leurs pathologies, et par l'originalité des conditions d'exercice. À l'heure actuelle, je conçois mon avenir professionnel avec une période d'exercice dans ce milieu qui m'attire.

C'est la raison pour laquelle j'ai élaboré ce mémoire autour de la relation soignant-soigné à domicile. En effet, celle-ci me semble intéressante dans la mesure où elle diffère des représentations communes que l'on peut se forger par nos stages qui se déroulent essentiellement en milieu hospitalier : on pénètre dans l'habitation du patient où il a une autorité légitime, les codes vestimentaires de l'hôpital sont inexistantes, souvent comme les moyens ergonomiques... J'étudierai donc de quelles manières ces conditions de travail peuvent influencer la relation soignant-soigné. Par ce travail, j'espère enrichir mes connaissances dans la complexité des rapports humains et trouver des clés pour me préparer à mes futures relations avec les patients à domicile.

Ce mémoire est constitué de trois parties. Je développerai le thème énoncé et mon questionnement dans la première. Dans la deuxième, je développerai le cadre théorique composé des concepts suivant : la relation soignant-soigné, la distance professionnelle, la blouse du soignant, et le domicile. Pour compléter mes recherches et apporter de nouvelles réflexions, je réaliserai un entretien que j'analyserai dans la troisième et dernière partie.

1^{ère} partie : présentation du thème

I. PRÉSENTATION DU THÈME

La relation soignant-soigné fait l'objet d'une unité d'enseignement (U.E.)¹ au sein des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI). Elle a pour objet de sensibiliser les étudiants à l'aspect relationnel du soin qui ne relève pas seulement de gestes techniques, aussi bien réalisés soient-ils. Le soin met donc en relation le professionnel de santé et son patient qui vont ainsi échanger des paroles, des regards et des gestes véhiculant des émotions plus ou moins conscientisées qui engendreront des affects touchants les deux protagonistes.

Cependant, les cours qui nous sont dispensés en IFSI sont principalement centrés sur l'étude de cette relation en institution. Même si les principes généraux s'appliquent à chaque situation de soin, les cours n'abordent que très peu, voire pas du tout, l'influence du contexte de soin sur celle-ci. En effet, la relation qu'entretient le professionnel avec le patient peut être fondamentalement différente en fonction de l'environnement, de la nature et de la fréquence des rapports. J'ai pu moi-même vérifier cela lors d'un stage en centre de soins à domicile.

Néanmoins, de part ma position de stagiaire nécessitant l'encadrement d'une infirmière diplômée, je n'ai pas pu ressentir pleinement les particularités relationnelles inhérentes à la spécificité des soins à domicile. D'autant plus que les infirmières étaient elles-mêmes salariées, et n'avaient par conséquent pas l'indépendance d'une infirmière libérale qui peut-être déterminante dans les rapports avec les patients.

Suite à ce stage, je suis convaincu que mon avenir professionnel sera à plus ou moins long terme engagé dans ce type d'exercice. C'est la raison pour laquelle l'étude de la relation soignant-soigné à domicile m'intéresse particulièrement. Mon

1 U.E. 4.2 : soins relationnel. Ministère de la Santé et des Sports – Formation des professions de santé – profession infirmier – SEDI – Uzès – 2009 – p.121 à 124.

objectif est de pouvoir cerner les enjeux de cette relation pour en déjouer les pièges et en maintenir la qualité. J'ai alors pu dégager la problématique suivante :

**En quoi le contexte de soin à domicile peut-il influencer
la relation soignant-soigné ?**

II. QUESTIONNEMENT

La réflexion que j'ai entreprise ensuite a débouché sur plusieurs interrogations : Comment définir la relation soignant-soigné ? Existe-t-il différents types de relation ? Quels en sont les enjeux ? Est-ce que les patients se montrent plus exigeants qu'à l'hôpital ? Ou au contraire, y-a-t'il une plus grande convivialité ?

La relation entre l'infirmière et le patient est-elle moins formelle qu'en institution ? Pénétrer l'intimité du domicile peut-il conduire à établir des liens plus personnels et affectifs, et quelles peuvent en être les conséquences ? La distance professionnelle est-elle plus difficile à instaurer dans ce contexte de soin ? Les conflits sont-ils plus difficiles à gérer dans la mesure où le patient est chez lui et possède l'autorité sous son toit ? L'infirmière peut-elle se sentir plus vulnérable dans ces situations où elle n'a pas d'équipe pour la soutenir ?

Est-ce que l'absence de codes vestimentaires comme il en existe à l'hôpital peut avoir une incidence sur la distance professionnelle et de quelle manière ? Peut-elle engendrer une confusion dans les identités professionnelles et personnelles de l'infirmière ?

Quelles fonctions, idées et valeurs, symboliques ou non, représentent le domicile pour le patient ? Comment l'infirmière le perçoit-elle de son point de vue de professionnelle et quelles en sont les incidences sur son travail ?

Afin d'apporter des éléments de réponse théoriques, je vais m'appuyer sur mes lectures pour aborder et développer quatre concepts sur lesquels va s'articuler ma réflexion : la relation soignant-soigné, la distance professionnelle, les tenues vestimentaires à l'hôpital, et la notion de domicile.

Dans le but d'alléger la rédaction et de rendre la lecture plus agréable, je précise que j'emploierai seulement le terme « infirmière » plutôt « qu'infirmier(e) » tout au long de ce mémoire afin d'être affranchi de la lourdeur grammaticale des genres.

2^{ème} partie : cadre conceptuel

I LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ

La relation soignant-soigné a été l'objet de nombreux ouvrages, rédigés par des auteurs variés et parfois avec la collaboration de différents corps de métiers, tels que des psychologues, des psychiatres, des médecins, des cadres de santé, et d'autres professionnels de santé... Il s'agit d'un sujet très vaste qui a fait couler beaucoup d'encre : les théories et les concepts de soins sont nombreux. Nous tâcherons ici de rassembler, en les synthétisant, les principaux axes qui décrivent et analysent cette relation, sans viser l'exhaustivité qui nécessiterait l'écriture d'un livre.

A. Les rôles dans la relation

A. MANOUKIAN, psychologue clinicien, définit la relation interhumaine comme étant « *la rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières, et deux histoires [...]* »². Pour C. MONTET-AUBREE, psychologue clinicienne, il s'agit de « *liens tissés entre plusieurs personnes* » avec une alternance des rôles « émetteur » et « récepteur ». Elle ajoute que « *toute relation à l'autre [...] nous est très personnelle, car elle fait référence à des liens tissés dans notre enfance* ».³

Il se dégage donc une notion d'échange dans la définition de « relation », et cet échange emprunte des canaux variés avec des messages plus ou moins formels et explicites.

Par ailleurs, ces deux psychologues sont d'accord pour affirmer qu'une relation s'établit à travers différents facteurs qui déterminent sa nature. Le premier concerne les rôles de chacun, par exemple un commercial et un client, ou un professeur et son élève. Ces rôles, bien identifiés et conscientisés, donnent un cadre et une limite à la relation. Ils peuvent aussi déterminer une hiérarchie entre les protagonistes, allant de celui d'égal à égal, à celui de dominant/dominé. Cette hiérarchie peut s'observer

2 MANOUKIAN (Alexandre) – La relation soignant-soigné – 3^{ème} édition – Édition Lamarre – Rueil-Malmaison – France – 2008 – p. 9.

3 MONTET-AUBREE (Colette) – La relation soignant-soigné – p.1.

dans le milieu hospitalier, que ce soit entre les professionnels, ou entre ceux-ci et les personnes soignées.

Quand les rôles de chacun sont identifiés, l'objet et l'interprétation des échanges qui s'opèrent entre eux dépendent d'autres facteurs. Le premier est d'ordre factuel, avec le contexte de la rencontre. A.MANOUKIAN en cite trois autres. D'abord celui de la psychologie des protagonistes, notamment avec leurs valeurs personnelles, leurs représentations, leurs préjugés, leurs émotions, leurs désirs, leurs comportements, les enjeux, etc. Viennent ensuite les facteurs sociaux, avec la classe d'âge, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle, la culture, les origines, l'histoire de vie... Et enfin les facteurs physiques avec les perceptions propres à chacun, l'aspect physique...⁴

Dans la relation soignant-soigné, on peut donc identifier deux rôles. Le soignant est celui qui justifie de connaissances, d'un savoir-faire, et qui prodigue des soins. Selon V. HENDERSON, infirmière puis enseignante :

*Le rôle de l'infirmière consiste à aider l'individu, malade ou en santé, au maintien ou au recouvrement de la santé (ou à l'assister dans ses derniers moments) par l'accomplissement de tâches dont il s'acquitterait lui-même s'il en avait la force, la volonté ou possédait les connaissances voulues, et d'accomplir ces fonctions de façon à l'aider à reconquérir son indépendance le plus rapidement possible.*⁵

Le rôle de l'infirmière est aussi défini par des textes réglementaires qui intègrent la notion de rôle propre, c'est-à-dire l'ensemble des tâches qu'elle peut réaliser de sa propre initiative, et de rôle sur prescription médicale.⁶

Quant au soigné, il est celui qui bénéficie des soins. Mais il est aussi celui qui endure la maladie et les souffrances qu'elle génère, l'amenant parfois à une grande vulnérabilité lorsque ses besoins fondamentaux ne sont plus comblés.

B. Besoins et soin, besoin de soins

4 MANOUKIAN (Alexandre) – Op. Cit. – p. 9.

5 COLLECTIF - Virginia Henderson : 1897–1996, Biographie et analyse de son œuvre – Recherche en soins infirmiers N°68 – 2002 – p.10.

6 Code de la Santé Publique – Article R4311-1 à R4311-15 – <http://www.legifrance.gouv.fr>

A. MASLOW, avec C. ROGERS, sont considérés comme les pères fondateurs de la psychologie humaniste. A. MASLOW doit sa célébrité à ses travaux parmi lesquels il a établi une hiérarchie des besoins que chaque humain devrait assouvir pour atteindre un complet développement psychique. L'ensemble de ces besoins est généralement représenté sous la forme d'une pyramide. Le principe de celle-ci, étant qu'un besoin inassouvi ou perturbé en amont, entrave la satisfaction du suivant en aval. On trouve donc logiquement à sa base le premier besoin, le besoin physiologique, c'est-à-dire par définition, tout ce « *qui concerne le fonctionnement d'un organisme vivant, d'un organe, d'un système organique ou tissulaire particulier* ». ⁷ Survient ensuite le besoin de sécurité et de protection, puis les besoins d'appartenance et d'amour qui recouvrent les échanges affectifs, d'amitié, d'amour. Cela passe donc par un besoin de sociabilité et de communication. Il énonce ensuite le besoin d'estime, c'est-à-dire avoir de la considération pour soi et pour les autres. Au sommet de la pyramide, se trouve le besoin d'accomplissement de soi. A. MASLOW définit ce dernier besoin comme celui qui « *renvoie au désir de réalisation de soi* » en atteignant des objectifs auxquels on accorde de l'importance ⁸.

Finalement, au regard de tout ce qui a été énoncé, la satisfaction de tous ces besoins coïnciderait avec la définition de la santé selon l'OMS qui décrit « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » ⁹. Quant à la pathologie, elle trouverait sa source dans la « frustration menaçante », c'est-à-dire celle qui compromet l'assouvissement de ces besoins fondamentaux. ¹⁰

V. HENDERSON, s'est inspirée des travaux d'A. MASLOW pour ériger la liste des quatorze besoins fondamentaux qui est encore utilisée aujourd'hui pour concevoir des diagnostics infirmiers et des démarches de soins. Selon elle, « *le rôle*

7 CNRTL (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales) – 2012 – <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/physiologique>

8 MASLOW (Abraham) – Devenir le meilleur de soi-même – Édition Eyrolles – Paris – 2008 – p.66.

9 Organisation Mondiale de la Santé – Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé N° 2 – 1946 – p.100 – <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>

10 MASLOW (Abraham) – Op.Cit – p.139.

de l'infirmière est de maintenir l'indépendance dans la satisfaction du besoin et de restaurer celle temporairement perdue »¹¹.

On peut donc admettre que « le soin » repose sur l'aide ou le maintien de la capacité à combler ces besoins. Cette idée est reprise par l'ANESM (Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux) dans sa définition de la « bientraitance »¹². Par ailleurs, la relation qui en découle entre le professionnel et le soignant réside dans une succession d'interactions¹³. Différents auteurs, comprenant des psychologues, des cadres de santé, des infirmiers... ont étudié la relation soignant-soigné pour dresser des principes et des méthodes visant à optimiser la qualité de ces interactions, comme la philosophie de l'humanité popularisée par Y. GINESTE et R. MARESCOTTI qui mettent entre autre l'accent sur l'attention portée à la personne et sur la qualité du regard, de la parole et du toucher¹⁴. Mais bien d'autres notions ont été traitées dans la littérature.

C. Dans les relations

Il existe une multitude de types de relation entre le soignant et le soigné, reprises par M. FORMARIER, formatrice à l'Association de Recherche en Soins Infirmiers (ARSI)¹⁵ qui rappelle que, « *cette notion cache un grand nombre d'interactions et de relations très diverses que nous avons tendance à amalgamer plutôt qu'à identifier et à analyser.* »¹⁶. Elle évoque ainsi la relation de civilité, qui réside dans le respect des règles de politesse, du savoir-vivre et des convenances, et la relation de soins qui « *est centrée sur le présent, sur l'acte technique, sur l'activité en cours, sur le devenir immédiat du patient* ».

11 COLLECTIF - Virginia Henderson : 1897–1996, Biographie et analyse de son œuvre – Recherche en soins infirmiers N°68 – mars 2002 – p.10.

12 ANESM – Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – Saint-Denis – 2008 – p.14.

13 FORMARIER (Monique) – La relation de soins, concepts et finalités – Recherche en soins infirmiers N°89 – 2007 – p.34.

14 Institut Gineste-Marescotti (IGM) – Documentation stagiaire – p.6 à 12.

15 FORMARIER (Monique) – Op. Cit. – p. 33 à 42.

16 Ibid. – p.34.

Puis dans une dimension plus psychologique, elle mentionne la relation d'empathie, la relation d'aide psychologique, le counseling (aide psychologique), la relation thérapeutique, la relation éducative, la relation de soutien social... Mais si ces types de relation diffèrent effectivement par leurs objectifs, on constate qu'elles reposent toutes sur des principes empruntés à la psychologie humaniste. C. ROGERS est un des pionniers de ce mouvement, et a beaucoup écrit sur la relation d'aide. Si on peut recenser plus d'une vingtaine de courants de pensée différents dans la profession infirmière¹⁷, il me semble que la relation d'aide regroupe une grande partie des principes permettant de conduire une relation soignant-soigné de manière idéale. Même si elle est souvent attribuée au secteur psychiatrique, la relation d'aide peut être présente dans chaque service.

Une relation d'aide, c'est lorsqu'une personne se tourne vers une autre pour lui offrir son soutien¹⁸. C. ROGERS définit la relation d'aide comme « *une situation dans laquelle l'un des participants cherche à favoriser chez l'une ou l'autre partie, ou chez les deux, une appréciation plus grande des ressources latentes internes de l'individu, ainsi qu'une plus grande possibilité d'expression et un meilleur usage fonctionnel de ces ressources.* »¹⁹. L'intérêt d'identifier et d'exploiter ainsi les ressources du patient, est de lui redonner, ou plutôt de faire ressurgir des capacités sous-jacentes pour qu'il puisse récupérer son « autonomie psychique ». Dans le champ de la psychologie, il s'agit pour le patient d'arriver à faire face à des situations qu'il juge dramatiques ou traumatisantes²⁰. Mais le principe de cette relation d'aide ainsi défini peut aussi être transposée au champ somatique, notamment avec la troisième compétence du référentiel infirmier qui déclare que « *l'infirmière doit identifier des activités contribuant à mobiliser les ressources de la personne en vue d'améliorer ou de maintenir son état physique et psychique.* »²¹. On peut aussi faire le lien avec le concept de « care » ou « caring »²² bien diffusé dans les IFSI et développé par J.

17 COLLECTIF– La pensée infirmière – Édition Maloine – Paris – 1996.

18 COLLECTIF – Distance professionnelle et qualité du soin – Édition Lamarre – 2009 – p.52.

19 ROGERS (Carl) – Développement de la personne – Édition Interédition – 2005 – p.29.

20 FORMARIER (Monique) Op. Cit. – p.38.

21 Ministère de la Santé et des Sports – Op. Cit. – p.58.

22 Terme anglais traduisant l'attention portée à l'autre.

WATSON. En effet, selon elle, la base du « caring » repose sur des valeurs humanistes solides que l'infirmière doit cultiver, associées à des connaissances scientifiques pour guider ses activités. Elle ajoute qu'il vise « *une démarche soignante qui favorise soit le rétablissement (ou le maintien) de la santé, soit une mort paisible.* »²³. Toujours dans l'optique de permettre au patient de recouvrer son autonomie, on peut évoquer la notion de relation éducative qui conjugue les dimensions psychologiques, cognitives, et techniques. En effet, selon M. FORMARIER, « *la relation éducative [...] ne relève pas seulement d'un transfert de savoir du soignant vers le patient, mais également d'un soutien et d'un accompagnement psychologique pour que le patient suive les conseils, justifiés par son état de santé, et retrouve une qualité de vie satisfaisante pour lui.* »²⁴.

A. MANOUKIAN reprend les points clefs de la relation d'aide et énonce qu'elle est « *fondée sur le développement d'une relation de confiance [et] le respect de certaines règles comme la considération positive, l'authenticité, l'empathie, et l'absence de jugement* »²⁵. Il y a donc d'une part, la nécessité d'un climat de confiance, et d'autre part, des qualités humaines.

La confiance, c'est la « *croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle... d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompétence.* »²⁶. Ces notions de professionnalisme et de compétence sont primordiales dans la relation du soignant avec le patient, car elles permettent d'accorder du crédit au professionnel dans ses actes techniques et ses explications. Mais les compétences techniques ne suffisent pas dans la relation d'aide.

Pour C. ROGERS, il s'agit aussi d'écouter l'autre dans sa souffrance²⁷. Cette écoute a un rôle majeur car c'est en partie grâce à elle que l'infirmier va pouvoir identifier les besoins fondamentaux insatisfaits du patient et établir des diagnostics

23 WATSON (Jean) – Le caring – Édition Seli Arslam – Paris – 1998 – p.21.

24 FORMARIER (Monique) – Op. Cit. – p.39.

25 MANOUKIAN (Alexandre) – Op. Cit. – p.56.

26 CNRTL – 2012 – <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/confiance>

27 COLLECTIF – La communication entre soignant et soigné – Édition Bréal – Peronnas – France – 2009 – p.23.

infirmiers pour y répondre. La relation d'aide passe donc par la communication²⁸ lors de laquelle le soignant doit s'efforcer d'être authentique. C'est-à-dire que la communication doit « *être franche, sans mensonge ni artifice* »²⁹. Elle s'établit par différentes voies qu'il est possible de distinguer en verbales et non-verbales. Les voies non-verbales concernent le toucher, les expressions faciales (un sourire), les attitudes (se mettre à la hauteur du patient pour communiquer)... Les voies verbales correspondent aux capacités du soignant à écouter et à utiliser des techniques de communications comme la reformulation, en faisant preuve d'empathie.

Ce dernier terme est un élément majeur de la relation soignant-soigné. Pour A. MANOUKIAN, il s'agit du « *résultat d'une relation suffisamment proche entre deux personnes pour qu'elles ressentent, de l'intérieur, le vécu de l'autre* »³⁰. Quant à C. ROGERS, il donne cette définition :

L'empathie ou la compréhension empathique consiste en la perception correcte du cadre de référence d'autrui avec les harmoniques subjectives et les valeurs personnelles qui s'y rattachent. Percevoir de manière empathique, c'est percevoir le monde subjectif d'autrui "comme si" on était cette personne – sans toutefois jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue, "comme si"³¹.

Pendant cette limite n'est pas toujours évidente à trouver et la qualité de la relation soignant-soigné peut être compromise si le soignant intériorise ses émotions jusqu'à l'identification³², ou au contraire, s'il les rejette. C'est ici qu'intervient la notion de distance professionnelle que je développerai par la suite dans ce mémoire.

D. Coopération, requêtes et négociation.

S'il apparaît que l'écoute du patient est primordiale dans la relation soignant-soigné, il est aussi évident que le soignant ne peut, et ne doit pas agréer toutes les demandes du patient et y subvenir. En effet, si souvent le patient coopère avec l'infirmière, il peut parfois formuler des requêtes allant à l'encontre du projet de soins établit. Elles peuvent atteindre des extrêmes comme une demande d'euthanasie.

28 ibid. – p.24.

29 MANOUKIAN (Alexandre) – Op.Cit – p.59.

30 MANOUKIAN (Alexandre) – Op.Cit – p.59.

31 ROGERS (Carl) – Psychothérapie et Relations Humaines, vol. 1 – 1962 – p. 197.

32 ROGERS (Carl) – Op. Cit. – p.197.

Dans ce cas de figure, et simplement au regard de la loi, le désir du patient ne peut être assouvi. Mais la relation d'aide permettra de comprendre pourquoi le patient émet de tels souhaits, en l'amenant à exprimer sa souffrance. D'autres demandes peuvent sortir du cadre de la relation soignant-soigné et être totalement inadaptées, comme celles traduisant des pulsions sexuelles par exemple, auquel cas il revient au professionnel de recadrer son patient.

Mais d'autres fois, le patient épuisé ou agacé par son hospitalisation par exemple, peut être amené à refuser un soin, ou du moins à afficher une certaine irritation. C'est alors qu'entre en jeu une compétence de l'infirmière : la négociation³³.

Le CNRTL définit l'action de négocier comme le fait de « *traiter (une affaire) avec quelqu'un, discuter (un projet, les termes d'un contrat) pour parvenir à un arrangement, à un accord.* ». ³⁴ Dans un contexte de soins, on peut définir ce qui peut être négocié, et ce qui ne le peut pas. Ainsi, nous l'avons déjà évoqué plus haut, tout ce qui consisterait à transgresser la loi et la réglementation est exclu, et de ce fait, toutes les demandes qui doivent faire l'objet d'une prescription médicale. En revanche, tout ce qui relève de l'organisation du soin, des objectifs de soins, des actions auprès du patient et de sa participation peuvent faire l'objet de négociation³⁵. Cette négociation va permettre de créer une alliance thérapeutique entre le patient et le professionnel. Cette notion surtout utilisée en psychiatrie, s'applique aussi dans les services généraux.

Le dictionnaire infirmier de psychiatrie décrit l'alliance thérapeutique comme « *la constitution d'un lien entre le soignant et le soigné, l'un et l'autre s'engageant à collaborer à la recherche d'un mieux être du second* »³⁶. Dans l'ouvrage *L'alliance thérapeutique*, les auteurs reprennent le point de vue du psychologue américain E.S BORDIN, et expliquent « *[qu'une] bonne alliance implique que le thérapeute et le client définissent ensemble la problématique, s'entendent sur les objectifs poursuivis au cours de la démarche, développent conjointement un plan d'intervention et*

33 Ministère de la Santé et des Sports – Op. Cit. – p.57.

34 CNRTL – 2012 – <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/negocier>

35 BELLANGER (Sandrine), LANGLOIS (Corinne), LOUGEZ (Sandrine) – La négociation dans le cadre du projet de soin – Institut de Formation Public Varois – Hyères – 2011 – p.11.

36 COLLECTIF – Dictionnaire infirmier de psychiatrie – Édition Masson – Paris – 2005 – p.15.

partagent la possibilité de la mise en œuvre et de l'évaluation des résultats obtenus.
»³⁷.

La négociation passe donc par l'écoute du patient, et doit permettre d'aboutir à un accord entre lui et le soignant visant à accomplir le contenu du projet de soins. Il en résulte une plus grande confiance du patient qui n'a plus à subir les choses, mais jouit au contraire de la possibilité d'exprimer son avis. Cela participe à son bien-être puisque reconnaître en lui son aptitude à émettre ses opinions et ses ressentis revient à le traiter d'égal à égal, et de ne plus être dans une relation dominant-dominé. Mais pour prendre ses décisions, encore faut-il que le patient soit bien informé.

Pour cela, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, protège le patient, et stipule à l'article L1111-2 que :

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

Le patient doit donc disposer de tous les éléments d'information pour être en mesure de prendre des décisions. C'est ce que la loi appelle, le « consentement éclairé », terme qu'on retrouve dans l'article L1111-4 : « *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* »³⁸. D'autres articles du Code de la Santé Publique régissent la relation soignant-soigné. C'est ce que nous allons voir dans la partie suivante.

E. Cadre légal et réglementaire

La relation soignant-soigné trouve un cadre réglementaire dans le Code de la Santé Publique, plus précisément dans le décret n° 2004-802. En le parcourant, on peut d'ailleurs remarquer que les rédacteurs ont intégré une déontologie rejoignant des principes énoncés par la psychologie humaniste dans l'article R4311-2 :

37 COLLECTIF – L'alliance thérapeutique – Édition Dunod – Paris – 2011.

38 Code De La Santé Publique – Article L1111-4 – <http://www.legifrance.gouv.fr>

Les soins infirmiers [...] intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques, [...] dans le respect des droits de la personne, [...] et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle.

Ce dernier est appuyé par l'article R4312-2 : « *L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille.* », et l'article R4312-25 :

L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quels que soient l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses mœurs, sa situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation.

Si les capacités philanthropiques, qui diffèrent selon chaque soignant, tiennent une place importante dans la qualité de la relation soignant-soigné, l'expression de ces valeurs humaines font donc officiellement partie de leurs devoirs. En outre, l'aide et le soutien psychologique constituent des actes du rôle propre de l'infirmier³⁹.

Par ailleurs, nous avons vu que l'écoute du patient était fondamentale. Elle a de ce fait été légiférée à plusieurs reprises pour défendre ses intérêts et respecter sa volonté, notamment avec la loi Léonetti qui s'oppose à l'acharnement thérapeutique lors d'une fin de vie⁴⁰. Un autre article appuie cela, et stipule que « *toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.* »⁴¹.

La relation soignant-soigné est donc très imprégnée d'émotions, et pour qu'elles ne détériorent pas la qualité de ce rapport, le soignant doit être capable de les gérer en adoptant une certaine distance. En effet, entre mécanisme de défense et burn-out⁴², la distance professionnelle est un concept qui prend tout son sens pour le bien-être du soignant et du patient. C'est ce que je vais éclaircir dans le chapitre suivant.

39 Code De La Santé Publique – Article R4311-5 – <http://www.legifrance.gouv.fr>

40 Code De La Santé Publique – Article L1111-10 – <http://www.legifrance.gouv.fr>

41 Code De La Santé Publique – Article L1111-4 – <http://www.legifrance.gouv.fr>

42 CANOÛI (Pierre) et MAURANGES (Aline) – Le burn-out à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants – 4^{ème} édition – Elsevier Masson – 2008.

III. LA DISTANCE PROFESSIONNELLE

A. Définition

Le CNRTL définit la « distance » comme un « *intervalle mesurable qui sépare deux objets, deux points dans l'espace ; espace qu'on franchit pour aller d'un lieu à un autre.* »⁴³ et l'adjectif « professionnel » comme ce « *qui relève de la personne de métier, de la compétence, de l'habitude à exercer un métier.* »⁴⁴. Dans le cadre du travail soignant, il s'agit donc de trouver et d'adopter la distance adaptée à chaque relation et à chaque situation de soin mettant en scène le soignant avec le patient pour qu'il puisse demeurer compétent. P. PRAYEZ, docteur en psychologie clinique et sociale, a d'ailleurs intitulé son livre *Distance professionnelle et qualité du soin*⁴⁵, mettant ainsi en évidence la corrélation entre les deux.

Dans un cours dispensé à l'IFSI⁴⁶, il est dit que cette distance peut être tributaire des affects qui se jouent dans la relation soignant-soigné. Ces affects peuvent amener les soignants à adopter des mécanismes de défense nocifs à la prise en charge du patient et au soignant lui-même puisque cela risque d'engendrer une perte de sens des actions soignantes aboutissant au burn-out. Mais l'inverse est autant néfaste s'il se produit un surinvestissement caractérisé par « *une volonté de réparation ou une culpabilisation outrancière. [...] Il s'agit donc de pouvoir adopter une relation au patient permettant de concilier approche qualitative du malade et épanouissement professionnel des soignants.* »⁴⁷. L'enjeu est donc d'établir une relation salubre pour les deux protagonistes de la relation, au sens qu'elle doit être « *bénéfique, profitable, utile à la conduite, au comportement de quelqu'un ou à l'évolution de quelque chose.* »⁴⁸.

43 CNRTL – 2012 – <http://www.cnrtl.fr/definition/distance>

44 CNRTL – 2012 – <http://www.cnrtl.fr/definition/professionnel>

45 COLLECTIF – *Distance professionnelle et qualité du soin* – 2^{ème} édition – Édition Lamarre – 2009.

46 PELISSIER (David) – *UE 4.2 S5 – Distance professionnelle et qualité des soins* – IFSI Bellevue – Saint-Étienne – 2013.

47 *Ibid.* – p.1.

48 CNRTL – 2012 – <http://www.cnrtl.fr/definition/salubre>

B. Les distances relationnelles

P. PRAYEZ utilise le concept de proxémie développé par l'anthropologue américain E.T HALL pour l'appliquer à la relation soignant-soigné.⁴⁹ D'après lui, il existe quatre distances relationnelles⁵⁰. En allant de la plus éloignée à la plus proche, on distingue d'abord la distance publique. Celle-ci correspond à un espace de trois mètres soixante à sept mètres cinquante, où l'individu n'est pas directement concerné. Les interlocuteurs adoptent une voix intelligible et articulée, et la gestuelle est plus prononcée⁵¹.

Vient ensuite la distance sociale déterminée par un espace d'un mètre vingt minimum. Cela correspond à la longueur d'un bras, les protagonistes ne peuvent donc pas entrer en contact physique. Ils parlent à voix haute en maintenant un contact visuel.

La distance est définie comme personnelle lorsque l'échange se produit dans une distance de quarante-cinq centimètres à un mètre vingt. Le contact physique est alors envisageable. Cela nécessite donc une certaine confiance entre les interlocuteurs pour ne pas craindre une quelconque agression. À cette distance, la voix est basse, et permet d'aborder des sujets plus personnels et confidentiels. Le corps de l'autre ne nous est plus perceptible dans son ensemble, mais les détails, tels que ceux de son visage, sont mieux discernés.

Enfin, la distance intime se mesure du corps jusqu'à quarante-cinq centimètres. Dans ce cadre, la communication n'est plus essentiellement verbale, les mots sont chuchotés et les discours moins élaborés. La vue cède la place à d'autres sens tels que l'odorat et le toucher. C'est donc la distance privilégiée pour les rapports amoureux et érotiques, ou a contrario des combats au corps à corps. À mon sens, elle permet aussi les démonstrations affectives amicales ou parentales par les

49 COLLECTIF – Op. Cit. – p.5.

50 HALL (Edward Twitchell) – La Dimension Cachée – Édition Seuil – Paris – 1971.

51 PELLISSIER (David) – Op. Cit. – p.3.

accolades ou les embrassades. Dans la petite enfance, elle se caractérise par l'action de bercer, la consolation, et la tendresse parentale⁵².

En outre, cette dernière distance est aussi celle du soin. P PRAYEZ ouvre alors une réflexion sur « *l'implication corporelle et affective du soin* » induite par l'intimité de cette relation, en passant par des sentiments d'attraction ou de dégoût, de plaisir ou déplaisir⁵³.

C. Affects et mécanismes de défense

L'intimité liée aux soins peut amener le soignant à utiliser des attitudes défensives. Lors d'un soin nécessitant un contact, le soignant peut chercher à rétablir symboliquement une certaine distance pour nier toute affectivité. Il va ainsi parler à voix haute, comme lors d'un échange normalement adapté à une distance sociale. Cette distance peut aussi être préservée en utilisant le vouvoiement. Le tutoiement serait a contrario proscrit puisqu'il induirait une trop grande familiarité propice à des débordements inadaptés à un cadre de soin, et à des demandes envahissantes.

Cet exemple met en exergue le registre émotionnel du soin. En effet, l'Homme est un être d'émotion. Et les plus primaires ou les plus directes, c'est-à-dire celles qui ne résultent pas d'une activité intellectuelle, sont sûrement celles produites par nos cinq sens qui sont parfois fortement stimulés lors d'un soin. À partir de là peuvent naître des sentiments de plaisir et d'attrait mais aussi de dégoût et de rejet. Ceux-là sont conscientisés aussitôt : une odeur désagréable, une plaie esthétiquement disgracieuse, ou un physique déplaisant engendrent potentiellement un risque de répulsion de la part du professionnel. A contrario, un parfum agréable, une voix douce, et une apparence flatteuse peuvent susciter un intérêt plus marqué pour un patient. Mais la distance professionnelle ne se joue pas seulement sur ces facteurs superficiels.

Des processus psychologiques plus complexes vont aussi déterminer la distance que le soignant va adopter avec chacun de ses patients. Des mécanismes de transfert par exemple, où le soignant peut projeter sa propre image ou celle d'un proche sur un patient, et se rendre ainsi vulnérable à la puissance des affects qui

52 Ibid. – p.4.

53 COLLECTIF – Op.Cit – p.7.above

s'en dégagent. Ce mécanisme est repris par M. DELBROUK qui explique que « *le transfert du soignant serait le mouvement affectif spontané, inconscient du soignant à l'égard du patient comme surface projective.* »⁵⁴.

Chaque relation humaine fait naître des émotions. Dans les situations de soins celles-ci peuvent être particulièrement fortes, et c'est pour s'en protéger que le soignant doit adopter une distance professionnelle adéquate en fonction de chaque patient. En théorie, cette distance devrait lui permettre de percevoir et d'entendre la souffrance du patient, sans pour autant la prendre à cœur et être affecté par elle. Dans le cas contraire, la relation risque d'être délétère et d'aboutir à un syndrome d'épuisement professionnel : « *De l'hyper-investissement au rejet total, le soignant ne s'y retrouve pas. Il désinvestit le patient et sa fonction soignante.* »⁵⁵. En outre, P. CANOÛÍ et A. MAURANGE, respectivement psychiatre et psychologue, décrivent la relation d'aide comme l'un des principaux facteurs de stress aboutissant à cet état d'épuisement.⁵⁶

Lorsque le soignant ne parvient pas à faire face aux affects qui sont déclenchés par la relation, il peut être amené à développer différents mécanismes de défense étudié par M. RUSNIEWSKI. Cette psychologue clinicienne prétend que « *ces mécanismes de défense, fréquents, automatiques, et inconscients ont pour but de réduire les tensions et l'angoisse, et s'exacerbent dans des situations de crise et d'appréhension extrêmes* »⁵⁷. Afin de les déjouer, il est nécessaire que le soignant prenne conscience de ses propres systèmes de défense, pour les comprendre et savoir les reconnaître lorsqu'ils s'activent. Mais il s'agit aussi de déterminer ce qui les éveille : quels événements, quelles émotions ? Le soignant doit donc adopter « *une position de double écoute : une écoute active des propos du patient, une écoute fine de ses propres perceptions [...]* »⁵⁸. C'est de cette manière qu'il pourra ainsi réadapter sa posture professionnelle et mieux répondre aux besoins du patient.

54 DELBROUCK (Michel) – Le burn-out du soignant : le syndrome d'épuisement professionnel – Édition De Boeck Université – Bruxelles – 2003 – p.85.

55 COLLECTIF – Op. Cit. – p.138.

56 CANOÛÍ (Pierre) et MAURANGES (Aline) – Op. Cit. – p.71 – 72.

57 ESTRYN-BEHAR (Madeleine) – Stress et souffrance des soignants à l'hôpital : reconnaissance, analyse, et prévention – Édition Estem – Issy-les-Moulineaux – 1997 – p.22.

58 PELISSIER (David) – Op. Cit. – p.5.

Parmi ces mécanismes de défense, il existe l'identification projective. Celle-ci consiste « à prêter au patient nos émotions, notre compréhension de la situation, tel un écran qui nous évite des les interroger pour nous même »⁵⁹. Ce processus empêche donc le soignant d'écouter les véritables attentes et besoins du patient. Selon P.PRAYEZ, le soignant doit se taire et mettre de côté ses idées et ses convictions pour laisser parler l'autre⁶⁰. Il doit avoir une capacité d'empathie, c'est-à-dire avoir la « faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent »⁶¹. Le soignant pourra ainsi reformuler les paroles du patient, pour le comprendre et chercher à mieux cerner ses besoins.

Mais lorsque le soignant ne parvient pas à faire face aux affects inhérents à la relation de soin, il peut être amené à devenir réfractaire à toutes ces émotions et à les nier. Il va alors traiter exclusivement une souffrance physique en misant uniquement sur la qualité des soins techniques pour prendre en charge le patient, considérant que cela sera suffisant. M. RUSZNIEWSKI identifie ce mécanisme et le désigne comme la « banalisation ». Il s'agit selon elle du « mécanisme de distanciation par excellence »⁶². Ce système protecteur pour le soignant est en réalité néfaste pour le patient qui se retrouve seul dans sa souffrance qu'il ne peut exprimer, et reste avec un sentiment d'incompréhension. Si les pathologies étudiées par la médecine sont toutes répertoriées et catégorisées, les patients, eux, sont tous différents et possèdent une personnalité unique. En ne se préoccupant que de l'aspect pathologique et de son traitement par les soins techniques, le professionnel nie l'affectivité du patient et le relègue au statut de simple objet de soins entraînant alors un risque de déshumanisation du soin et du patient⁶³. Cet engrenage déshumanisant est bien illustré par cette citation extraite d'un film où une résistante s'insurge contre une dictature qui soumet son peuple à un traitement qui inhibe les émotions : « Si je vis sans amour, sans colère, sans chagrin, mon cœur n'est qu'une horloge qui fait tic-tac »⁶⁴.

59 COLLECTIF – Op.Cit – p.136.

60 Ibid. – p.70.

61 Dictionnaire Larousse – Édition 2012 – <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/empathie>

62 ESTRYN-BEHAR (Madeleine) – Op. Cit. – p.23.

63 COLLECTIF – Op. Cit. – p.42.

64 WIMMER (Kurt) – Equilibrium – TMF Distribution – 2002.

D. Le burnout

Cette déshumanisation du soin liée à une distance professionnelle démesurée traduit une souffrance du soignant qui ne peut ainsi plus s'épanouir par la relation au patient. Cette aptitude relationnelle qui n'est plus mise en pratique ampute le soignant d'une compétence de son rôle propre et d'une de ses motivations. Le soignant risque de se sentir dévalorisé et d'affaiblir son estime de soi, initiant ainsi le syndrome d'épuisement professionnel du soignant (SEPS)⁶⁵.

Cette expression provient de l'anglais « burnout syndrome », définie pour la première fois par H. J. FREUDENBERGER en 1974⁶⁶. Littéralement, le terme « burnout » se traduit par « se consumer », « s'éteindre ». L'explication de ce psychanalyste donne alors tout son sens à la terminologie employée :

En tant que psychanalyste et praticien, je me suis rendu compte que les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous la tension produite par la vie dans notre monde complexe leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte.⁶⁷

Le syndrome de burnout se déclare chez certaines personnalités prétendant répondre à un haut niveau d'attente professionnelle, et s'efforçant d'exercer leur métier en suivant leurs représentations utopiques et leurs valeurs humaines. Pour ces soignants, l'épuisement professionnel intervient lorsque leurs idéaux sont meurtris par les contraintes institutionnelles, la pesanteur des responsabilités, le manque de reconnaissance, l'ambiance de travail pernicieuse... H. J. FREUDENBERGER déclare ainsi que « *le burnout [est] la maladie de l'âme en deuil de son idéal* »⁶⁸.

C. MASLACH décrit alors le SEPS comme « *une incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement de* »

65 COLLECTIF – Op. Cit. – p.51.

66 CANOUI (Pierre) et MAURANGES (Aline) – Op. Cit. – p.11.

67 FREUDENBERGER (Herbert) – L'épuisement professionnel : La brûlure interne – Édition Gaëtan Morin – 1987 – p.142.

68 H. J. FREUDENBERGER, cité par R. GUEIBE – Le burn-out, une maladie de l'âme en deuil de son idéal ? ou : Le questionnement de nos idéaux – Perspective soignante N°16 – 2003 – p. 7.

travail »⁶⁹. C'est à cette psychologue américaine que l'on doit le « Maslach Burnout Inventory » (MBI) qui permet de déterminer la sévérité de l'atteinte en étudiant différents critères répartis sous trois catégories. Elle a ainsi identifié l'épuisement émotionnel, la perte de sens de l'accomplissement de soi au travail et la déshumanisation de la relation à l'autre qui constitue le foyer du burnout⁷⁰.

P. CANOÛI et A. MAURANGES citent différents symptômes du syndrome d'épuisement professionnel. Ils évoquent ainsi un manque de rigueur, des erreurs répétées au travail, un désinvestissement ou paradoxalement une hyperactivité improductive, une attitude de fuite, des difficultés à communiquer en équipe, des demandes de mutation, des arrêts de travail répétés et prolongés, de l'absentéisme... et y ajoutent même un aspect contagieux caractérisant sa gravité et provoquant des « *hémorragies de personnel* »⁷¹.

L'ajustement de la distance professionnelle est donc complexe mais primordiale dans la relation soignant-soigné. P. PRAYEZ définit la juste distance comme celle permettant « *d'être à la fois une personne qui échange spontanément avec autrui et un professionnel pris dans une norme d'emploi, d'être à la fois en contact des ressentis de chacun et à distance pour mieux observer et comprendre* »⁷². M. LIEGEOIS, psychologue clinicien, ajoute que « *trouver et gérer la "bonne" distance thérapeutique est une sécurité psychologique pour l'aidé et l'aidant* »⁷³. Cependant la recherche et le maintien de la distance adéquate sont sans cesse mis à l'épreuve dans les situations de soins où le rapprochement extrême des corps et la violence des soins sont inéluctables.

E. Erotisation du soin

69 CANOÛI (Pierre) et MAURANGES (Aline) – Op. Cit – p.10.

70 CANOÛI (Pierre) – Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS) ou Burn out syndrome – Carnet/Psy N°37 – 1998 – p. 27 à 33.

71 CANOÛI (Pierre) et MAURANGES (Aline) – Op. Cit – p.12 et 13.

72 COLLECTIF – Op. Cit. – p 75.

73 LIEGEOIS (Maurice) – Distance thérapeutique – SERPSY – Lu le 05/05/2013 – <http://www.serpsy.org/detour/distance.html>

En effet, la distance intime est celle du soin. Cette relation intime atteint son paroxysme lors de soins d'hygiène, où le corps est entièrement dévoilé. Cet accès au corps de l'autre peut entraîner une érotisation du soin et un jeu de séduction inconscient⁷⁴. En effet, « *toute rencontre est sexuée* »⁷⁵ et peut générer des pulsions sexuelles. C'est pour cela qu'inconsciemment, un soignant peut avoir une appréhension à prendre en charge un patient de son âge, puisque celui-ci représenterait un éventuel partenaire sexuel. Par ailleurs, le soignant peut ressentir un malaise lorsqu'un soin nécessite de toucher physiquement les parties génitales d'un patient dont l'âge le rend identifiable à ses géniteurs. Cela s'explique par l'interdit de l'inceste qui risque de faire écho au complexe œdipien de la petite enfance⁷⁶.

Lorsque qu'un patient manifeste son attirance pour un soignant, il cherche inconsciemment à sauvegarder son intégrité : le jeu de séduction fait partie de la vie sociale. Une défense du soignant qui consisterait à la réprimander serait donc nuisible pour lui. En outre, si le soignant en arrive à refroidir avec virulence les avances du patient, c'est peut être parce qu'elles le renvoient à ses propres désirs inconscients, ou à un traumatisme réel⁷⁷. Il s'agit encore une fois d'une inadéquation de la distance professionnelle qui peut mettre en péril la relation soignant-soigné et qui empêche de recadrer sereinement la relation.

F. Violence et culpabilité

La violence est portée par le soin lui-même qui peut être une source de douleur. Mais la manière de le réaliser influe aussi sur le ressenti du patient. L'acteur de soin qui doit gérer une charge de travail importante est parfois amené à effectuer des gestes dans la rapidité sans prendre le temps d'être attentif aux craintes du patient, à son identité culturelle, ou encore à sa pudeur. Le soin devient alors envahissant et imprégné d'une certaine agressivité pour celui qui le subit. Mais ces attitudes soignantes ne sont pas toujours justifiées par les contraintes organisationnelles et

74 COLLECTIF – Op. Cit. – p.15.

75 Ibid. – p.15.

76 Ibid. – p.18.

77 Ibid. – p.19.

peuvent aussi être la conséquence d'une banalisation des soins où le soignant ne réalise pas le caractère intrusif de ces actes. Dans d'autres cas, il s'agit aussi de la manifestation d'un plaisir sadique éprouvé par un soignant pervers⁷⁸.

De ces phénomènes d'érotisation et de violence vont naître un sentiment de culpabilité chez le soignant. Selon P. PRAYEZ, « *La culpabilité est à l'origine de la préoccupation pour l'autre.* »⁷⁹. La culpabilité a donc un effet bénéfique puisque non seulement elle implique une prise en compte humaine du patient, mais aussi parce qu'elle va produire des questionnements chez le soignant et engendrer une démarche de recherche qualitative dans les soins qu'il prodigue. En effet, ce sentiment conduit le soignant à s'interroger sur sa professionnalité, à savoir s'il a bien agi, s'il a bien respecté les protocoles, les prescriptions, et s'il n'a pas commis d'omission par exemple. Cependant la culpabilité ne doit pas dévorer le professionnel, mais être suffisante pour « *[ouvrir] l'accès à la sollicitude et à la responsabilité* »⁸⁰.

Adopter une distance professionnelle qui permette d'entretenir une relation soignant-soigné bénéfique est donc essentiel. Mais en dehors de l'aspect psychologique et humain, d'autres facteurs tacites participent à cette distanciation. Il en existe un en particulier, qu'on ne retrouve pas à domicile. Il s'agit des tenues vestimentaires, avec la blouse du soignant, et la chemise d'hôpital ou le pyjama attribué au patient.

78 *Ibid.* – p.22.

79 *Ibid.* – p.27.

80 *Ibid.* – p.28.

IV. LA BLOUSE DU SOIGNANT

A. Définition

Le CNRTL définit l'uniforme comme étant une « *tenue imposée pour exercer certaines fonctions ou activités de la vie civile* »⁸¹. En consultant le Code de la Santé Publique et les règlements intérieurs de plusieurs centres hospitaliers, on peut constater qu'ils ne fournissent aucune précision sur les tenues vestimentaires du personnel soignant. Pour cela, il faut plutôt se référer au code du travail qui parle de vêtements et d'équipements de protection individuels⁸². Mais les textes restent assez vagues. Seul les CCLIN (Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales) font autorité en ce qui concerne la tenue vestimentaire du professionnel soignant et délivrent des recommandations précises en matière d'hygiène, de norme, d'identification et de traitement du linge⁸³. La blouse constitue donc un réel outil de travail qui a été bien étudié. Mais outre sa dimension pratique, elle joue un rôle important dans la relation du professionnel avec le patient.

B. Uniforme et identité

En fait, le terme « uniforme » désigne aussi la caractéristique des « *éléments [qui] sont, dans leur ensemble, identiques ou perçus comme tels* »⁸⁴. Effectivement, chaque professionnel dépose ses effets personnels dans les vestiaires et revêt son uniforme avant d'entreprendre son travail. Lors de leur entrée, les patients font de même et enfilent leur chemise d'hôpital. Il y a donc une uniformisation bilatérale du personnel, et des patients. En outre, cette uniformisation permet l'identification binaire des rôles de chacun. Mais la blouse attribue en plus des compétences et des qualifications professionnelles à son porteur. Ces tenues vestimentaires ont donc une valeur identitaire. De plus, l'uniformisation des membres du personnel entraîne

81 CNRTL – 2012 – <http://www.cnrtl.fr/definition/uniforme>

82 Code du Travail – Article R4321-4 – <http://www.legifrance.gouv.fr>

83 CCLIN Sud-Est – Les tenues professionnelles dans les établissements de santé – 2008 – <http://cclin-sudest.chu-lyon.fr>

84 CNRTL – 2012 – <http://www.cnrtl.fr/definition/uniforme>

leur unification, et donc la concrétisation d'une identité professionnelle commune. L'habit et ce qu'il représente prennent donc le pas sur le porteur, et son identité personnelle qui est dissoute dans le corps de la profession⁸⁵. Le fort pouvoir identificateur de la blouse est bien illustré par l'audace du célèbre usurpateur Steven JAY RUSSELL. Cet homme est parvenu à s'évader de prison placidement grâce à une teinture de fortune, rendant son pyjama blanc de prisonnier identifiable aux blouses vertes du personnel infirmier du pénitencier.

C. Influence dans la relation soignant-soigné

L'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec reprend les deux notions évoquées et définit le rôle de la blouse ainsi :

*La tenue vestimentaire de l'infirmière joue un rôle non seulement dans la prévention et le contrôle des infections mais elle incarne l'image de la profession et influence la perception du client quant à la compétence et au professionnalisme de l'infirmière. De plus, elle favorise l'établissement et le maintien de la relation thérapeutique.*⁸⁶

Il étend donc le rôle de l'habillement en l'impliquant dans la qualité de la relation soignant-soigné. En effet, comme il a été dit précédemment, la blouse constitue un support matériel de l'identité professionnelle infirmière. J. ION définit cette identité comme celle « *qui permet aux membres d'une même profession de se reconnaître eux-mêmes comme tels et de faire reconnaître leur spécificité à l'extérieur.* »⁸⁷. La blouse permet donc de bien identifier la relation comme étant strictement d'ordre professionnelle et clarifie la nature de l'échange et les intentions du soignant. Ce rapport professionnel permet donc de rassurer le patient qui doit confier son corps et son intimité à une personne inconnue. P. BESSE-LHEZ docteur en sciences de l'éducation et ex-directrice d'un institut de formation des cadres de santé, confirme cette idée en ajoutant que « *le vêtement de l'infirmière lui donne le "droit de soigner", [qu'il] confère un certain pouvoir : toucher l'autre, voir sa nudité, imposer. Il peut*

85 PIRET (Anne) – Description et analyse des processus de socialisation corporelle en contexte de formation professionnelle : le cas de la formation en soins infirmiers – Thèse présentée pour l'obtention du titre de Docteur en Sociologie – 2003 – p.147.

86 Ordre des infirmières et infirmiers du Québec – La tenue vestimentaire des infirmières – <http://www.oiiq.org> – 2006 – p.5.

87 ION (Jacques) – Le travail social à l'épreuve du territoire – Paris – Édition Dunod – 1996 – p. 91.

*démystifier le corps nu, le déssexualiser, le "désérotiser" [...]. [II] rassure, il donne confiance »⁸⁸. Cette idée de pouvoir peut même s'étendre à une notion d'autorité. En effet, lors de ses expériences de soumission à l'autorité, S. MILGRAM demandait à l'expérimentateur de porter « *la blouse grise du technicien* »⁸⁹. Les résultats effroyables de ses études montrent bien à quel point la blouse peut être porteuse de sens et de symbole.*

Les tenues vestimentaires uniformisées permettent donc d'identifier un professionnel comme tel, et non pas par sa singularité en tant que personne. Elle constitue en cela une protection. En effet, A. PIRET, docteur en Sociologie, prétend que l'uniforme rend anonyme, et « *protège [...] de l'engagement personnel dans l'interaction [et] constitue un élément de la protection du patient et du soignant contre les risques subjectifs de "dérapiage" des interactions.* »⁹⁰.

Mais A. PIRET note que ces analyses seraient caricaturales si on ne précisait pas que les patients et les infirmières tentent d'échapper à cette uniformisation en personnalisant leur présentation pour revendiquer leur individualité.⁹¹ J. PENEFF corrobore cette idée en expliquant de quelle manière les soignants jouent avec les symboles de la blouse pour se distinguer, et conclut en disant que « *l'élégance à l'hôpital consiste à faire passer ses goûts et son style à travers un uniforme.* »⁹².

Cependant, en institution, l'uniformisation ne se joue pas seulement sur les tenues vestimentaires, mais s'observe aussi dans l'organisation et l'agencement des chambres... Finalement, tous les éléments visuels sont standardisés et donc dépersonnalisés. A contrario, les situations de soins à domicile se déroulent dans un lieu très personnel, où les objets, les meubles, les décorations sont tous plus ou moins liés à un souvenir du patient, et peuvent même avoir une valeur affective. De surcroît, ce n'est plus le patient qui se trouve sur le terrain du soignant, mais bien

88 BESSE-LHEZ (Pierrette) – De la robe de bure à la tunique pantalon : étude sur la place du vêtement dans la pratique infirmière – Édition Interédition – Paris – 1995 – p.47 et 161.

89 MILGRAM (Stanley) – Soumission à l'autorité – Édition Calmann-Lévy – Paris – 2010 – p.35.

90 PIRET (Anne) – Op.Cit – p.149.

91 Ibid. – p.150.

92 PENEFF (Jean) – L'hôpital en urgence – Édition Métailié – Paris – 1992 – p.41.

l'inverse. Il me paraît alors intéressant d'étudier la notion de domicile pour en déduire les influences potentielles qui peuvent peser sur la relation soignant-soigné.

V. LE DOMICILE

A. Définitions

La notion d'habitation a été étudiée par l'anthropologie et la sociologie sous de nombreux angles, allant des matériaux utilisés dans les différentes régions du monde, jusqu'aux conséquences de l'aménagement des espaces urbains dans les pays développés. Afin de rester en cohérence avec ma problématique, je m'intéresserai au domicile tel qu'on l'entend dans notre société contemporaine.

Le domicile est défini par le CNRTL, comme le « *lieu dans lequel une personne est censée demeurer en permanence* »⁹³. D'un point de vue légal en France, le domicile est défini par l'Article 102 du Code Civil de cette manière : « *le domicile de tout Français, quant à l'exercice de ses droits civils, est au lieu où il a son principal établissement* ». C'est donc l'adresse de son domicile qui sera utilisée comme élément d'identification sur sa carte nationale d'identité, et pour ses courriers postaux officiels, mais qui déterminera aussi son lieu de vote, ainsi que son lieu de mariage, etc. Il a donc une valeur juridique.

B. Point de vue sociologique

I. NONY, sociologue et formatrice à l'ETSUP (École Supérieure de Travail Social), développe la notion de domicile en la divisant en plusieurs dimensions. Elle énonce que « *le logement participe à la construction de notre identité, de notre intégrité physique et morale, de notre vie privée, de nos secrets de famille et de notre intimité.* »⁹⁴. Reprenons ces termes.

1. Construction identitaire

P. SERFATY-GARZON, sociologue et psychologue, a étudié cette idée de construction identitaire et explique que « *certains lieux deviennent ainsi en quelque*

93 CNRTL – 2012 – <http://www.cnrtl.fr/definition/domicile>

94 CREAS (Centre de Recherche et d'Études en Action Sociale) – Manières d'habiter : qu'est-ce que le domicile ? – Séminaire du CREAS. - 23 juin 2011 – p.2.

sorte partie de soi.», et que l'appropriation d'un lieu par son habitation concourt à générer une « *identité spatiale* »⁹⁵. D'ailleurs, lorsque l'on fait connaissance avec quelqu'un, l'une des premières questions qui est couramment posée concerne son lieu d'habitation. Cette forte valeur identitaire du foyer est encore bien illustrée par les visites qui sont organisées dans les anciennes habitations de personnalités célèbres : en y participant, on cherche à s'immiscer dans leur intimité et leur cadre de vie qui font partie intégrante de leur histoire.

2. Intégrité physique et morale

I. NONY pose ensuite le concept d'intégrité physique et morale. En effet, le logement est un besoin vital pour l'Homme. Il lui assure un abri contre les rigueurs du climat, la maladie, et une protection contre un agresseur ou un animal sauvage. Il participe donc à sa sécurité, qui est un élément fondamental pour son bien-être psychique. En outre, plusieurs études ont démontré que les sans-domicile-fixe ont un état de santé dégradé et sont sensiblement plus touchés par la maladie psychiatrique, les addictions et la violence que la population générale⁹⁶. Par ailleurs, le besoin de sécurité peut être une telle préoccupation qu'elle pousse certaines personnes à installer des alarmes, des systèmes de surveillances, des vitres et des portes blindées...

3. Intimité et vie privée

La notion de vie « privée » évoquée, s'oppose à celle de vie « publique ». Par définition, la vie privée est ce qu'on veut préserver, séparer de notre vie publique, c'est-à-dire « *ce qui fait partie de la vie familiale, personnelle d'un individu, de son intimité [et] ce qui ne concerne pas les autres* »⁹⁷. D'après P. SERFATY-GARZON, la démarcation entre vie privée et publique s'opère par des idéaux tels que : « *retrait*

95 P. SERFATY-GARZON – Le Chez-soi : habitat et intimité – <http://www.perlaserfaty.net/texte7.htm> – 2003 – p.4.

96 Observatoire National de la pauvreté et de l'Exclusion (ONPES) – La santé mentale et les addictions des personnes sans logement personnel en Île-de-France – La Lettre N°5 – www.onpes.gouv.fr – 2010 – p.3.

97 CNRTL – 2012 – <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/privé>

personnel, sociabilité sélective et de convivialité, intimité familiale et domestique. »⁹⁸. Au niveau légal, l'article 9 du Code Civil rejoint l'article 8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme (CDEH) qui stipule que « *toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance.* ». Le domicile est donc le lieu qui permet de s'extraire du monde qui nous entoure, et de ses individus, mais aussi un lieu auquel on peut autoriser ou interdire l'accès aux autres, même aux représentants de l'autorité publique dans les limites de l'article 8 de la CEDH. Il constitue aussi un espace où il est possible de s'affranchir de certaines contraintes exercées par les pressions sociales comme la dictature de l'apparence, les bonnes mœurs, ou les normes de la civilisation. Ce sont dans ces buts là que les habitants d'un lieu peuvent chercher à limiter les vis-à-vis avec le voisinage, et à installer des clôtures, qui, outre leur rôle de dissimulation, servent à marquer un territoire.

4. L'intimité d'un point de vue psychanalytique

P. SERFATY-GARZON apporte une dimension psychologique aux notions d'intérieur et d'intimité qui ne se limitent alors pas seulement aux idées de vie privée ou de rapport charnel, mais qui renvoient aussi à une intériorité de la personne :

La notion d'intérieur, en tant que lieu propre et territoire privé, nous renvoie au champ de la restitution psychanalytique dans ses correspondances avec le for intérieur de la personne, avec la mère accueillante et à la « bonne mère ». [...] L'intérieur est ce qui est retiré du dehors dans la conscience de l'habitant, par exemple le sentiment et la conscience qu'il a de lui-même et de ses manières propres d'être. Entre mon intérieur et le monde, il y a les limites de mon corps, ma peau. De la même façon, entre l'intérieur habité et le dehors, il y a les murs de la maison.

*Enfin, l'intime, évoquant le retrait, évoque en même temps le retour vers soi, [...] la conscience et la découverte du moi. L'intime introduit le sujet à une intériorité par rapport à soi, à l'intimité à l'être [...].*⁹⁹

L'habitation peut donc être perçue comme une extension du corps qui favorise l'introspection, le recueillement et la méditation.

98 P. SERFATY-GARZON – Op. Cit. – p.6.

99 Ibid. – p.6.

5. Ancrage territorial

I. NONY affirme que « [...] *le logement permet un ancrage dans le territoire.* »¹⁰⁰. D'après elle, l'attachement au domicile est lié en partie à l'environnement et s'opère d'une part par la qualité du logement et aussi par le confort procuré par la proximité et la facilité d'accès de biens ou de services. Et d'autre part, par la qualité des relations sociales établies avec le voisinage. L'absence de l'un pouvant compenser l'autre¹⁰¹. Mais l'ancrage et l'attachement à un territoire naissent aussi par le paysage, le climat social et politique, les souvenirs, et une multitude de choses, dont la construction familiale.

6. La famille

En effet, le domicile est aussi le lieu où se forme la famille : « *le logement se transmet dans la famille et la famille se transmet par le logement.* »¹⁰². Il devient ainsi le lieu où se transmettent les traditions familiales, les histoires et les secrets de famille, et où se déroulent les événements marquants de la vie de famille. Le domicile constitue ainsi le siège d'un grand nombre de souvenirs induisant un amalgame d'affects qui entraînent un sentiment allant de l'attachement à l'aversion des lieux. L'imprégnation familiale des logements donne lieu aux « maisons de famille ».

7. Instrument de sociabilité

Le domicile est aussi le lieu où on reçoit : « *La maison est le lieu d'une « mise en scène » d'une « présentation de soi » et « le décor d'une maison renvoie à ce qu'on veut exprimer de son statut.* »¹⁰³. La demeure, agrémentée de décoration et d'objets à forte valeur affective, reflète les personnalités et la culture des habitants qui offrent ces éléments à la vue des visiteurs. Lorsqu'il s'agit de photographies, ces

100 CREAS – Op. Cit. – p.2.

101 Ibid.

102 Ibid.

103 Ibid.

décorations peuvent même révéler des histoires, des souvenirs, ou des liens affectifs. L'habitation elle-même témoigne du statut social du propriétaire par sa qualité et celle de son ameublement, et par sa situation géographique. La maison est donc un instrument de sociabilité, et d'intégration dans la société. Les sans-domicile-fixe sont d'ailleurs souvent considérés comme marginaux, ou exclus de la société. Cependant, si le domicile peut tenir ce rôle, le sentiment de sécurité qu'il procure et les risques de la vie sociale peuvent entraîner l'effet inverse et amener l'habitant à des conduites casanières, à un repli sur soi¹⁰⁴.

Mais si le domicile peut-être un lieu d'accueil, le propriétaire reste celui qui détient légitimement l'autorité car comme dit le proverbe « *charbonnier est maître chez soi* ». C'est donc lui qui fixe les règles dans sa propriété, comme laisser les chaussures à l'entrée par exemple.

104 P. SERFATY-GARZON – Op. Cit. – p.8.

3^{ème} partie : enquête exploratoire

I MÉTHODOLOGIE

Les concepts précédemment développés m'ont permis de poser un point d'ancrage théorique et d'étayer ma réflexion. Mais pour alimenter mon raisonnement d'éléments concrets, j'ai besoin de recueillir un témoignage de professionnel exerçant à domicile.

C. Objectifs de l'entretien

Par cet entretien avec le professionnel, je chercherai à connaître le sens qu'il attribue à ces concepts, et comment il les utilise. Je m'appliquerai donc à comprendre de quelles manières il aborde ses patients, et s'il parvient à la fois à se positionner en tant que professionnel et à préserver une certaine distance avec eux alors qu'il se trouve dans l'intimité de leur domicile. Je lui demanderai également s'il parvient à préserver une identité professionnelle qui ne se confonde pas avec son identité personnelle, d'autant plus qu'il est dépourvu de blouse qui est un élément jouant un rôle important dans la distance professionnelle ? Ces interrogations sont approfondies dans le guide d'entretien annexé à la fin de ce mémoire.

D. Choix du professionnel

Le choix de mon interlocuteur repose sur plusieurs critères. En premier lieu, il doit s'agir d'une infirmière libérale puisque celle-ci jouit d'une autonomie et d'un pouvoir de décision dont ne dispose pas une infirmière salariée d'une structure de soins. Elle doit ensuite détenir une expérience de plusieurs années en milieu hospitalier. Il peut aussi être intéressant de choisir une infirmière ayant déjà exercé à domicile, puis qui aurait réintégré le milieu hospitalier pour diverses raisons, mais d'un point de vue pragmatique, il est plus aisé de trouver une infirmière pratiquant encore à domicile. Dans tous les cas, l'intérêt de cette diversité de lieu réside dans la capacité d'adaptation du professionnel aux différentes situations de soins. Son nombre d'années d'exercice est aussi déterminant puisqu'il s'agit d'un facteur

important permettant de présumer d'une certaine expérience et donc d'une certaine maturité professionnelle. En outre, cette expérience a pu l'amener à s'interroger sur sa pratique, d'un point de vue technique bien sûr, mais aussi dans une dimension plus philosophique et dans un registre plus émotionnel.

VI. ANALYSE DE L'ENTRETIEN

Je me suis entretenu avec Marion, jeune infirmière de 28 ans diplômée depuis l'année 2006. Elle a exercé 4 ans en milieu hospitalier dans différents services avant de s'installer, avec son associée, en cabinet libéral en 2010.

Au cours de cet entretien d'une heure, les réponses de Marion ont fait apparaître de nouvelles idées qui viennent enrichir mes recherches théoriques.

Je dois noter que le discours tenu par Marion peut parfois se montrer en faveur de la profession libérale au détriment du milieu hospitalier, mais je tenterais au travers de mon analyse, d'objectiver et de nuancer ses propos. Toutefois il me semble pertinent d'établir des parallèles entre ces deux milieux. En effet, il y a deux choses à prendre en compte : seulement 12% des infirmiers exercent leur profession en libéral¹⁰⁵, et ils doivent justifier d'une expérience de 24 mois, soit 3 200 heures avant de s'installer en cabinet¹⁰⁶. S'il est vrai que cette expérience peut s'acquérir en tant que salarié d'un centre de soin par exemple, la plupart des infirmiers libéraux proviennent donc du milieu hospitalier, ou y ont tout du moins effectué la plupart de leurs stages. Leurs représentations de la profession et de la relation soignant-soigné étaient par conséquent majoritairement façonnées par leurs expériences hospitalières et constituaient pour eux une certaine référence. En exerçant en libéral, leurs représentations se sont inévitablement confrontées à la réalité du soin à domicile, initiant ainsi des réflexions dont l'analyse se révèle intéressante.

Je précise par ailleurs que je n'ai pas la prétention d'ériger en vérité absolue tout ce que je vais avancer dans ces analyses, et qu'elles sont uniquement le fruit d'une réflexion personnelle, que je m'efforcerai de rendre la plus objective possible.

Aussi, afin de rendre l'analyse plus fluide et plus compréhensible, j'ai volontairement reformulé les paroles de Marion, tout en leur restant le plus fidèle

105 BARLET (Muriel) et CAVILLON (Marie) – La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) – 2011 – <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er759.pdf> – p.4.

106 Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports – Convention Nationale des Infirmiers – 2007 – p.9 – <http://www.ameli.fr>

possible. Le lecteur pourra se référer aux annotations en bas de page pour retrouver les citations originales dans le document joint à ce mémoire, intitulé *Retranscription de l'entretien du 11/05/2013*.

A. Au niveau de la distance professionnelle

Lorsque je lui ai demandé sa conception de la distance professionnelle, sa réponse était confuse, hésitante, et bien qu'elle corroborait ce qui a été développé dans le cadre conceptuel, elle était orientée sur les actions du soignant, et sur ses intérêts, très peu sur ceux du patient. En la guidant sur cette voie là, elle a apporté d'autres éléments :

Quand les patients me voient, ils sont parfois déçus de ne pas trouver une infirmière plus âgée. Ils ont l'impression d'avoir affaire à une jeune inexpérimentée... Donc si je ne mets pas cette distance là et que je ne leur montre pas que nous ne sommes pas amis, que je ne suis pas quelqu'un de leur famille, la relation n'est plus la même.¹⁰⁷

La distance lui permettrait donc de rétablir son image de professionnelle en oblitérant les représentations et les préjugés des patients qu'elle rencontre. En effet, les propos de Marion laissent penser que selon ses patients, l'âge serait un indicateur des compétences et du professionnalisme de l'infirmière. Cependant, ce lien entre distance professionnelle et les perceptions du patient quant aux qualifications de l'infirmière ne me semblent pas tout à fait juste. En effet, ces aprioris sur son âge sont des sentiments parfois éphémères qui naissent aux premiers instants de la rencontre, et qui seront rapidement infirmés ou confirmés par ses prestations. Dans le cas où ces présomptions persisteraient, il me paraîtrait nécessaire d'en discuter avec le patient afin de lui ôter ses doutes et d'instituer ainsi une relation de confiance. Et en cas d'échec, l'orienter vers un confrère.

Mais il s'agit aussi pour elle de se faire respecter. Effectivement, le comportement de certains patients la contraint parfois à faire preuve d'autorité, et à les réprimander. Elle a donc besoin d'être crédible pour qu'ils prennent en compte ce qu'elle avance. Elle dit d'ailleurs ceci : « *J'ai quasiment l'âge de leur petits enfants ! Donc imaginez leur petite fille en train de les gronder. Ça fait bizarre !* »¹⁰⁸. Cette

107 RICHY (Benjamin) – *Retranscription de l'entretien du 11/05/2013* – 2013 – p.3 – l.80.

108 *Ibid.* – p.8 – l.301.

similitude avec l'âge de leurs petits enfants doit favoriser les phénomènes de transfert et la rendre ainsi assimilable à un membre de leur famille. Instaurer une distance en se positionnant comme une professionnelle l'aiderait donc à éluder ces méprises.

Elle ajoute qu'elle se rend chez les patients habillée en civile. Elle exprime donc implicitement qu'elle n'a aucun accessoire ostensible qui concrétise sa position d'infirmière, et que c'est seulement par son attitude, ses compétences et ses paroles qu'elle marque son positionnement et qu'elle délimite bien son rôle et la nature de la relation.

Elle prétend par ailleurs que la distance professionnelle est l'apanage du soignant, et que les patients n'agissent aucunement dans cette mesure. Pourtant elle dit plus tard que les patients eux-mêmes peuvent se montrer distants et froids vis à vis du soignant¹⁰⁹. Mais selon elle, il s'agit dans ce cas là bien souvent d'une confrontation de milieux sociaux, où peuvent intervenir dédain et suspicion, entre autre lorsqu'elle a affaire à des notables tels que des médecins ou des avocats. Le positionnement de l'infirmière permettrait alors de rassurer ces patients et d'édifier un climat de confiance, notamment grâce aux démonstrations de son savoir-faire et de ses connaissances.

Mais Marion insiste plusieurs fois sur la particularité du soin à domicile qu'elle trouve fondamentalement différent du milieu hospitalier. Se décrivant elle-même comme une infirmière froide et essentiellement attirée par la technicité du métier, elle reconnaît que ce contexte de soin catalyse l'émergence des affects :

Mais nous sommes vraiment chez eux, donc la distance est beaucoup plus dur à maintenir. Et même si je suis une infirmière qui met très peu d'affect dans les soins, et qui applique une grande distance professionnelle, c'est parfois beaucoup plus dur en libéral.¹¹⁰

Puis elle ajoute : « on rentre chez eux, donc on est forcément plus proche que lorsqu'on les rencontre dans notre domaine, à l'hôpital, dans notre secteur, avec les chambres paires, les chambres impaires, à gauche ou à droite du couloir... »¹¹¹. Elle souligne donc que le contexte du soin est en rupture avec l'uniformisation et la

109 *Ibid.* – p.5 – l.198.

110 *Ibid.* – p.4 – l.132.

111 *Ibid.* – p.5 – l.163.

dépersonnalisation de l'hôpital. Le domicile et tout ce qu'il représente¹¹² donne alors sa singularité au patient qui n'est plus seulement appréhendé par un nom, un numéro de chambre, ou un dossier médical, mais comme un individu à part entière qui n'est plus réduit à l'unique statut de « patient ». L'infirmière, à un certain degré, pénètre directement dans l'intimité du patient, son cadre de vie, son environnement familial. D'autant plus qu'elle peut assister à des échanges sociaux inexistantes en institution, tels que des rendez-vous entre amis, des réceptions festives ou des réunions de famille. L'histoire de vie de son patient n'est plus simplement résumée dans un dossier administratif : l'infirmière y est introduite de manière concrète et quotidienne. Et cette immersion dans le domicile du patient lui permet de percevoir tous ces éléments qui fondent l'unicité de sa personnalité. Tous ces nouveaux paramètres constituent donc autant de facteurs qui peuvent majorer la production et l'intensité des affects. Et finalement, Marion reconnaît que la relation soignant-soigné dépasse parfois le cadre professionnel, mais sans toutefois devenir amicale¹¹³.

B. Débordements et gestion des conflits

Plus tard, Marion m'explique : « *[Nos] premiers clients on les bichonne, c'est eux qui nous ont permis de fonctionner à ce moment là.* ». On peut en déduire que la fréquentation régulière et durable qu'entretiennent l'infirmière et le patient peut entraîner une certaine familiarité. Paradoxalement, c'est à ce moment là que la distance professionnelle doit être bien affirmée, puisque si cette familiarité n'est pas incompatible avec le soin, elle peut néanmoins inciter le patient à formuler des demandes qui outrepassent la relation soignant-soigné. Marion évoque alors l'anecdote d'un patient qui lui à un jour demandé de prendre le pain. Cette sollicitation peut être perçue comme envahissante. Mais parfois, c'est le patient lui-même qui offre un service, comme sa patiente qui lui proposait de recoudre ses jeans. Accepter cette offre risquerait d'altérer la relation, puisque l'infirmière pourrait se sentir redevable, et donc engagée dans un autre type de relation parasitant la relation soignant-soigné. R. CIALDINI, docteur en psychologie sociale, décrit ce phénomène comme la règle de réciprocité, et la place au rang des « *plus puissantes*

112 Cf. Cadre conceptuel – p. 30 à 34.

113 RICHY (Benjamin) – *Op. Cit.* – p.5 – l.180.

armes d'influence »¹¹⁴. La refuser permet donc de se prémunir contre toute requête ultérieure potentielle et inopportune, et donc de préserver la qualité de la relation soignant-soigné.

Mais ces échanges ne concernent pas uniquement des biens matériels ou des services. Il peut aussi s'agir d'un élément impalpable : l'information privée ou secrète exclue du cadre du soin. Ce type d'échange est plus pernicieux dans le sens où la transmission d'information peut être fulgurante, incontrôlée et indésirée. Selon Marion, il se produit lorsque la distance professionnelle est insuffisante : « *Ma collègue est beaucoup moins froide. [...] Donc si jamais ils ont un problème dans la famille, ils vont aller se confier à elle. Il y a certains secrets de famille dont ma collègue est au courant, moi non. [...] Quand elle sent qu'il y a un secret de famille, souvent elle va demander de quoi il s'agit.* »¹¹⁵. Selon le principe de réciprocité, les patients pourraient donc attendre un retour de la part de l'infirmière. Marion ajoute alors : « *On est parfois prit à partie, même sans le vouloir. Alors j'essaye de ne pas trop m'impliquer, parce qu'on n'est pas là pour ça, on est là pour soigner, écouter, et faire preuve d'empathie [...].* »¹¹⁶. En prenant l'infirmière à partie, ils la jugent donc suffisamment initiée pour émettre son avis. Mais la prise de position qu'elle prendrait pourrait être délétère et contre-productive puisqu'elle détériorait le climat de confiance installé. Si la distance professionnelle ne permet pas d'éviter toutes ces situations, elle permet néanmoins à l'infirmière de justifier sa neutralité dans ces moments là.

Mais si les débordements peuvent se traduire par des demandes inadaptées, ils peuvent aussi concerner des comportements désobligeants tels que des manifestations de violence, des allusions d'ordres érotiques, ou des gestes indécents heurtant la pudeur de l'infirmière.

Si on s'en réfère à S. TZU, général chinois du VI^{ème} siècle av. J.-C., « *On est plus fort de moitié lorsqu'on combat chez soi.* »¹¹⁷. D'après cette maxime, on peut s'attendre à ce que l'infirmière éprouve des difficultés à gérer les conflits qui se

114 CIALDINI (Robert) – Influence et manipulation – Éditions First – Paris – 2004 – p.29.

115 RICHY (Benjamin) – Op. Cit. – p.5 – l.150 et l.641.

116 ibid. – p.15 – l.608.

117 TZU (Sun) – L'art de la guerre - Les treize articles – Article XI – <http://d.lecoutre.free.fr/suntzu.pdf>

déroulent dans la demeure du patient. Pourtant, Marion se montre sûre d'elle dans ses propos lorsqu'elle prend l'exemple d'un patient qui la menaçait : « *Oui, oui ! Je demande à voir ! Attention, si vous me mettez le pied dans la figure, cela va très mal se passer ! Vous me connaissez suffisamment pour savoir que cela va très mal se passer !* »¹¹⁸. Elle répond donc aux menaces par l'intimidation, et ajoute « *[qu'il] suffit juste d'être un petit peu sévère* »¹¹⁹. Mais elle adopte une autre stratégie qui consiste à ignorer les propos du patient ou à les contourner lorsqu'il s'agit d'allusions sexuelles. En revanche, lorsque ces allusions la concernent directement, ou qu'il y a passage à l'acte, elle n'hésite pas à recadrer clairement le patient.

Je lui ai alors demandé son positionnement face à un patient récalcitrant et sa réponse m'est apparue comme une évidence : « *Cela ne va jamais bien loin, dans le pire des cas je perds un patient.* »¹²⁰. La relation soignant-soigné est donc en ce sens, fondamentalement différente de celle visible en institution. Je développerai ceci dans les pages suivantes.

Mais Marion affirme ensuite que « *quand la distance est mise, les relations sont bien posées, les patients sont beaucoup plus respectueux et les soins se passent mieux.* »¹²¹. Puis elle conclut en insistant sur la nécessité de cadrer la relation.

J'imaginai aussi que l'infirmière libérale risquait de se sentir plus vulnérable lors de situations litigieuses, dans la mesure où elle n'a pas le soutien d'une équipe. À cela Marion m'a répondu que « *le principal [est d'être] à armes égales.* »¹²². Rétrospectivement, le sens de cet apophtegme me paraît plus clair. L'exclusivité de la relation rend la communication plus facile, au sens où l'infirmière est la seule destinataire des objections du patient. En outre, celui-ci ne risque pas de se sentir oppressé par la supériorité numérique d'une équipe. La relation privilégiée qu'il entretient avec son infirmière lui permet alors de s'exprimer plus aisément et plus directement. Il est vrai que les incartades du patient peuvent être liées à sa pathologie, mais dans d'autres cas, ses revendications sont rationnelles et justifiées.

118 RICHY (Benjamin) – Op. Cit. – p.13 – I.507.

119 Ibid. – p.13 – I.510.

120 Ibid. – p.14 – I.563.

121 Ibid. – p.11 – I.434.

122 Ibid. – p.14 – I.558.

Exprimer les dissensions sous-jacentes peut alors permettre d'assainir la relation en ouvrant le dialogue pour trouver des solutions apaisantes, ou un compromis.

C. Au niveau de la relation soignant-soigné

Lorsque l'on a abordé le concept de la relation soignant-soigné, Marion a insisté sur la différence avec le milieu hospitalier, et m'a même confié que c'était la raison pour laquelle elle m'avait accordé l'entretien. Elle a alors apporté des éléments que j'ai trouvés intéressants en déclarant : « *Nous choisissons nos patients, et eux nous choisissent également. Alors qu'à l'hôpital ils ne choisissent pas : il y a une infirmière de telle heure à telle heure, et une autre ensuite. Cela permet de réaliser des soins de bonne qualité et en confiance.* »¹²³.

Dans une institution, la rencontre à lieu par la force des choses : le patient y est hospitalisé, et l'infirmière y travaille. Le patient ne choisit pas le personnel, et l'infirmière ne sélectionne pas les patients non plus. Les deux protagonistes doivent donc s'adapter à la situation.

C'est en cela que la relation soignant-soigné diffère fondamentalement en milieu libéral. En effet, les patients peuvent sélectionner leur infirmière, et celle-ci peut refuser ou accepter la demande de soin. La relation prend donc naissance sur un accord mutuel. Ce changement dans les rapports est bien illustré par ce que dit Marion : « *Alors qu'à l'hôpital nous disons "nos patients", là nous sommes, "leurs infirmières"* »¹²⁴. Ce bouleversement des rapports implique plusieurs choses.

Premièrement, si la relation s'établit d'un commun accord, elle peut se rompre de la même manière. Si un conflit apparaît et que l'entente n'est plus possible, l'un des deux acteurs de la relation peut mettre y un terme. En institution, lorsque la relation entre une infirmière et son patient est dégradée une collègue peut prendre le relais, mais cela n'est pas toujours possible.

En revanche, contrairement aux infirmières du milieu hospitalier qui sont salariées, l'activité de l'infirmière libérale, et par conséquent ses revenus, dépendent directement de sa patientèle. La liberté de choix du patient et la possibilité qu'il a de rompre la relation sont donc des paramètres qu'elle doit prendre en compte : il est

123 *Ibid.* – p.15 – l.576.

124 *Ibid.* – p.6 – l.201.

dans l'intérêt de l'infirmière d'être apprécié de ses patients. Les enjeux de la relation soignant-soigné ne sont donc pas les mêmes qu'en institution.

Cependant, ces caractéristiques de la relation peuvent aussi représenter un atout dans la mesure où elles apportent une certaine sérénité puisque la relation n'est plus imposée, mais résulte d'un accord. De surcroît, cela participe à la création d'un climat de confiance puisque l'infirmière doit fournir un travail apportant satisfaction au patient qui peut avoir certaines exigences envers son professionnalisme. Il en va de la réputation de l'infirmière, et donc de la viabilité de son cabinet.

Néanmoins, il y a une limite à tout cela. En effet, si la possibilité de changer d'infirmière à tout moment existe, ainsi que la concurrence entre les cabinets libéraux, les patients ne peuvent pas les remplacer à outrance, ne serait-ce que par la lourdeur des procédures. Marion ajoute alors : « *On sait ce que l'on perd, mais on ne sait pas ce que l'on aura.* »¹²⁵. Elle s'appuie d'ailleurs sur ce vieil adage pour rappeler aux patients revendicateurs, qu'ils peuvent faire appel à quelqu'un d'autre, et précise que « *bien souvent, ils ne changent pas* »¹²⁶.

Lors de l'entretien, le discours de Marion ne m'avait pas interpellé. Mais finalement, les possibilités de choisir les patients et d'interrompre les soins soulèvent des problèmes d'éthiques. Quels sont ces critères de choix ? Sont-ils légitimes ? Qu'advient-il d'un patient dont la demande de soins se voit refuser par plusieurs infirmières à domicile ? D'autant plus que la répartition géographique des infirmières libérales est très inégale sur le territoire français¹²⁷. En outre, Marion amène la notion de « client »¹²⁸. Les relations seraient donc influencées par les mêmes règles économiques que dans les relations commerciales, avec les principes d'offres et de demandes, et de concurrence.

Pour limiter les abus et protéger les patients, la loi prévoit plusieurs situations. Ainsi l'infirmier doit dispenser ses soins sans discrimination, tel qu'énoncé dans

125 Ibid. – p.9 – I.309.

126 Ibid. – p.9 – I.309.

127 BARLET (Muriel) et CAVILLON (Marie) – Op. Cit. – p.5.

128 RICHY (Benjamin) – Op. Cit. – p.6 – I.184.

l'article R4312-25 du Code de la Santé Publique¹²⁹. Ce principe est repris dans l'article L1110-3 qui précise :

Hors le cas d'urgence et celui où le professionnel de santé manquerait à ses devoirs d'humanité, le principe [de non discrimination] ne fait pas obstacle à un refus de soins fondé sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins. La continuité des soins doit être assurée quelles que soient les circonstances [...].¹³⁰

L'article R.4312-30 ajoute :

Dès qu'il a accepté d'effectuer des soins, l'infirmier ou l'infirmière est tenu d'en assurer la continuité, sous réserve des dispositions de l'article R.4312-41 [...].¹³¹

Ce dernier article stipule que :

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 [...].¹³²

Cela garantit donc une certaine sécurité pour le patient dans la programmation de ses soins. Cependant, les « *exigences personnelles ou professionnelles* » sont des idées assez vagues. Un conflit détériorant la relation soignant-soigné constituerait donc un motif suffisant puisqu'il nuirait à l'efficacité des soins.

D. Négociation, collaboration

Il serait caricatural de considérer que la relation est systématiquement rompue à la moindre contrariété de l'une ou de l'autre partie. En réalité, Marion est parfois amenée à se montrer autoritaire et inflexible pour s'affirmer et être respectée. Ce positionnement est nécessaire pour conduire une relation soignant-soigné dans de bonnes conditions. En d'autres termes, il permet d'entretenir des échanges cordiaux, d'éviter les débordements, et de prévenir les attitudes désobligeantes.

129 Code De La Santé Publique – Article R4312-25 – <http://www.legifrance.gouv.fr>

130 Code De La Santé Publique – Article L1110-3 – <http://www.legifrance.gouv.fr>

131 Code De La Santé Publique – Article R.4312-30 – <http://www.legifrance.gouv.fr>

132 Code De La Santé Publique – Article R.4312-41 – <http://www.legifrance.gouv.fr>

La cordialité repose d'abord sur la relation de civilité que Marion aborde en prenant l'exemple de la ponctualité : « *Si le patient n'est pas là à l'heure, j'attends cinq minutes, je lui téléphone, je laisse un message, et je m'en vais. S'il me demande : « Vous repassez ? », je réponds « Non. ». Pour moi c'est une question de politesse d'être à l'heure. »*¹³³. Ce savoir-vivre qu'elle prône constituerait donc un des piliers de la relation puisque c'est d'abord par son observance que la rencontre entre l'infirmière libérale et le patient peut avoir lieu ou non. Elle permet entre autre d'exprimer une considération et un respect mutuel.

Marion poursuit sa démonstration : « *Alors ils peuvent me dire : « Mais vous n'avez pas fait votre piqûre », alors je réponds « ce n'est pas ma piqûre, c'est la vôtre ». Je leur dis : « comment "votre piqûre" ? Moi je vais très bien. Je vous rappelle qu'il s'agit de votre piqûre, et non de la mienne ! »*¹³⁴. Dans cet exemple, on peut penser que le patient tente de culpabiliser l'infirmière qui, selon lui, n'aurait pas fait son travail. Marion s'évertue alors à responsabiliser le patient en se montrant pragmatique, et en le confrontant à son incohérence. Il transparaît donc implicitement, que le soin ne peut être réalisé sans franche collaboration.

En outre, cette collaboration diffère de celle observable à l'hôpital, dans la mesure où le patient peut activement participer à la mise en place de moyens pour la réalisation du soin. Si cela concerne en premier lieu le respect des horaires, il s'agit surtout d'une question d'ergonomie. Marion déclare à ce sujet : « *Je me rappelle qu'à l'hôpital on nous conseillait de monter les lits. À domicile il faut savoir s'adapter. Moi souvent je plis les genoux, c'est-à-dire que je fais les pansements à quatre pattes par terre. »*¹³⁵. En effet, si les chambres et les moyens techniques sont standardisés à l'hôpital, à domicile, l'infirmière doit s'adapter à la diversité des configurations architecturales et mobilières. Par ailleurs, elle n'a aucune légitimité à utiliser tels ou tels matériels qui sont en la possession du patient : leurs utilisations doit se faire avec l'accord de ce dernier. Il y a donc une collaboration tangible qui n'est pas limitée à une congruence dans le soin, mais qui s'étend à l'engagement de moyens mobiliers ou matériels. En outre, elle peut aussi s'étendre au partage

133 RICHY (Benjamin) – Op. Cit. – p.11 – I.437.

134 Ibid. – p.11 – I.441.

135 Ibid. – p.17 – I.680.

d'informations, puisque la diversité des appareils techniques rencontrés à domicile, comme les lecteurs de glycémie, nécessite parfois une explication de la part du patient ou de son entourage.

Plus tard dans l'entretien, Marion explique : « *Nous sommes chez eux, donc nous devons faire avec leurs habitudes, même si nous essayons parfois de mettre les nôtres pour être plus efficaces.* »¹³⁶. Ici, la notion d'habitude est caractérisée par une répétition qui s'inscrit dans un cadre empreint d'une certaine immuabilité. C'est-à-dire un rituel, une manière de faire, de sentir ou d'être dans une situation ou un lieu donné, où l'on a ses repères. L'habitude est donc antinomique au changement. Par conséquent, si l'entrée d'un patient à l'hôpital marque une rupture avec son histoire de vie, elle met aussi en suspend ses habitudes. C'est à lui de s'adapter aux contraintes organisationnelles et structurelles de l'hôpital. Ses libertés d'action et de choix sont limitées.

À domicile, c'est à l'infirmière que revient cette tâche. Mais contrairement au patient, c'est à une multitude d'environnement qu'elle doit s'accoutumer. Cela demande donc une certaine capacité d'adaptation. Cependant, s'adapter aux habitudes du patient, c'est reconnaître sa personnalité et son individualité, mais c'est aussi préserver son indépendance et son autonomie de choix. Il s'agit d'ailleurs d'un principe dicté par Y. GINESTE et R. MARESCOTTI dans leur concept d'humanité¹³⁷. Marion précise qu'elle n'intervient que lorsque qu'elle identifie une carence d'hygiène et une insuffisance ergonomique. Imposer ses manières de faire pourrait provoquer des conflits ou conduirait à une relation de maternage, c'est-à-dire à nier et à priver le patient de son autonomie pouvant ainsi entraîner une régression¹³⁸. Y. GINESTE et R. MARESCOTTI précise par ailleurs, que les habitudes confèrent un équilibre, et que leur abolition brutale peut participer à l'émergence de graves troubles psychiques¹³⁹.

136 Ibid. – p.17 – l.668.

137 Institut Gineste-Marescotti (IGM) – Op. Cit. – p.7.

138 MANOUKIAN (Alexandre) – Op. Cit. – p.210.

139 Institut Gineste-Marescotti (IGM) – Op. Cit. – p.7.

E. Règlement intérieur

Si le respect des habitudes peut présenter un intérêt thérapeutique, celles-ci peuvent parfois devenir envahissantes lorsqu'il s'agit de consignes arbitraires qui entravent le travail de l'infirmière, ou la stigmatisent :

Si vous respectez leurs quatre volontés, vous perdez le statut « d'infirmière » et cela devient une relation « d'esclave ». Vous êtes considéré comme le personnel. Ils ne demandent pas à leurs amis, ou à leurs égaux de se déchausser quand ils rentrent chez eux. Pourquoi ils le demanderaient à vous ?¹⁴⁰

De prime abord, le règlement intérieur dicté par le patient peut sembler légitime et justifié, mais lorsqu'il le contredit par les incohérences de sa partialité et ses préférences d'application, l'infirmière est en droit de s'interroger sur cette iniquité. En effet, cela pourrait traduire un manque de considération, et donc un irrespect de la part du patient qui l'assignerait ainsi à une « caste inférieure ». Dans cette situation, il y a donc un déséquilibre dans la relation qui s'apparenterait à un rapport de dominant-dominé prédisposant à des dérives dans la relation soignant-soigné. Il appartient donc à l'infirmière de contrebalancer le poids de cette dominance en affirmant sa position afin d'assainir la relation.

F. A propos de la blouse

En abordant le concept de la blouse, Marion discerne d'emblée son rôle identitaire, mais ne lui reconnaît pas de fonction dans la distanciation des corps, ni dans la limitation des rapports au strict cadre professionnel : « *S'ils veulent vous mettre une main au derrière, ils vous la mettront, avec ou sans blouse !* »¹⁴¹. On peut d'ailleurs rappeler que la profession d'infirmière nourrit l'imaginaire érotique de nombreux hommes¹⁴², et que penser s'en prémunir par une tenue de travail est peut être illusoire, d'autant plus qu'elle fait elle-même l'objet de fantasme. Elle poursuit en

140 RICHY (Benjamin) – Op. Cit. – p.18 – l.701.

141 Ibid. – p.12 – l.475.

142 Etude de SMARTDATE publiée dans Le Parisien – Les hommes toujours accros au fantasme de l'infirmière – 2011 – Lu le 10/05/2013 – www.leparisien.fr

m'affirmant qu'elle ne ressent pas le besoin de porter de blouse et évoque alors des raisons qui m'ont semblées pertinentes.

Elle rappelle d'abord que le port de la blouse est une obligation réglementaire en institution, et qu'elle répond à des normes d'hygiène qui ne sont plus justifiées dans le contexte du soin à domicile.

Elle met ensuite en exergue un aspect que je n'avais pas envisagé. Si le pouvoir identitaire de la blouse est nécessairement utile à l'hôpital, il est paradoxalement préjudiciable dans une activité libérale, puisqu'en rendant la profession de l'infirmière reconnaissable par le voisinage, elle stigmatise le patient. Par conséquent, elle nuirait en partie à la sauvegarde du secret professionnel. Ainsi, même lorsqu'elle se présente aux interphones, Marion s'annonce par son prénom, et non pas par sa qualité d'infirmière, puisque d'autres personnes environnantes pourraient l'entendre.

Mais elle stigmatiserait aussi l'infirmière : « *C'est comme si je me promenais dans la rue avec une grosse croix rouge, tout le monde m'arrêterait tout le temps.* »¹⁴³. La blouse l'érigerait donc en personnalité publique pouvant répondre aux diverses requêtes et questions de tout individu lambda intéressé, qui reconnaîtrait en elle une qualification. À partir de ces observations, Marion prône donc les visites « *incognito* »¹⁴⁴, au profit du patient et d'elle-même.

Par ailleurs, les vêtements peuvent refléter des goûts, un style, une appartenance à un groupe, des convictions, un statut social,... constituant ainsi des indices sur la personnalité de leur porteur. Se présenter de cette manière singulière pourrait alors contribuer au principe d'authenticité recommandé dans la relation d'aide.

G. Motivation, plaisir et qualité de soin

Peu avant la fin de l'entretien, j'ai demandé à Marion l'origine de son choix pour l'exercice en libéral. Une de ses raisons est l'approche différente du patient dont nous avons précédemment parlé. Mais elle me confie encore : « *C'est aussi pour ne plus avoir de hiérarchie, d'être tranquille, [...] de pouvoir choisir [les patients], de ne plus faire les choses sous la contrainte. Ce que je fais maintenant, je le fais par*

143 RICHY (Benjamin) – *Op. Cit.* – p.13 – l.489.

144 *Ibid.* – p.13 – l.487.

plaisir. »¹⁴⁵. Ces notions de « hiérarchie », de « choix », de « contrainte » et de « plaisir » me semblent pertinentes à étudier.

En effet, ces termes font échos au besoin d'autodétermination désigné par E. L. DECI et R. M. RYAN, professeurs en psychologie, comme un composant essentiel de la motivation au travail, plus particulièrement de la motivation intrinsèque¹⁴⁶. Ce concept d'autodétermination est défini comme « *le besoin qu'une personne a de percevoir qu'elle est à l'origine de ses comportements. [Il] s'accompagne d'une perception subjective d'autonomie, de liberté et de plaisir.* »¹⁴⁷. Et selon E. L. DECI, la motivation intrinsèque est celle qui conduit l'individu à « *pratiquer une activité pour le simple plaisir qu'elle lui apporte* »¹⁴⁸, contrairement aux motivations extrinsèques qui consistent à motiver la personne par différentes mesures, comme une gratification ou une sanction. Par conséquent et d'après L. KELLER, l'autodétermination est un gage d'implication et de performance¹⁴⁹. Il insiste par ailleurs tout au long de son ouvrage sur la nécessité de ressentir du plaisir au travail pour le bien-être psychique. Par contre, E. L. DECI et R. M. RYAN précisent dans leurs travaux que les contraintes imposées par une hiérarchie peuvent détériorer cette motivation, comme Marion laissait l'entendre.

Être l'instigateur et le directeur de son travail, comme l'est une infirmière libérale, peut alors être un facteur permettant d'en assurer la qualité, et donc en ce qui nous concerne, de prodiguer des soins et de construire une relation soignant-soigné de qualité. D'autant plus que la notion de plaisir caractérisant la motivation intrinsèque peut être suscitée par les compliments des patients qui expriment ainsi leurs considérations pour les compétences techniques et relationnelles de l'infirmière : « *Parfois, à l'hôpital, on se dit qu'on n'a aucune reconnaissance de personne [...]. En libéral, certains patients nous complimentent et cela nous fait plaisir !* »¹⁵⁰. D'un point

145 Ibid. – p.16 – l.629.

146 TARVIS (Carol) et WADE (Carole) – Introduction à la psychologie, les grandes perspectives – Traduction de la deuxième édition américaine par P. MAYER – Édition De Boek – Paris – 1999 – p.267.

147 Ibid.

148 Ibid.

149 KELLER (Laurent) – Les clés de la motivation au travail – Édition l'Harmattan – 2007 – p.106.

150 RICHY (Benjamin) – Op. Cit. – p.6 – l.218.

de vue idyllique, cela produirait alors un cercle vertueux où le plaisir au travail se traduirait par l'implication et les performances du soignant qui engendreraient la satisfaction des patients et donc en retour, celle de l'infirmière. Et ainsi de suite.

On peut néanmoins nuancer la sensation de tranquillité mentionnée par Marion. Certes, l'absence de hiérarchie procure une autonomie et une liberté au travail qui peuvent apporter ce bien-être, mais elle induit aussi un engagement plus fort de sa responsabilité. En effet, l'infirmière à domicile est seule, et n'a plus le cadre rassurant d'une institution où elle peut compter sur ses collègues. Elle doit donc, autant que faire se peut, être en mesure d'assurer les soins, de répondre aux questions de ses patients, et d'affronter seule les situations d'urgences. Ces éléments peuvent alors être des facteurs de stress non négligeables qu'il convenait de notifier.

VII. SYNTHÈSE DE L'ANALYSE

En résumé, les facteurs influençant la relation soignant-soigné à domicile sont nombreux et expliquent les difficultés que les infirmières libérales peuvent éprouver à maintenir une distance professionnelle adaptée avec leurs patients. En outre, l'incidence du contexte de soin est clairement démontrée par le témoignage de Marion.

En effet, la diversité des patients et celle de leurs domiciles sont en rupture totale avec l'uniformisation et la standardisation correspondant aux exigences institutionnelles, notamment par l'absence des codes vestimentaires. Les capacités d'adaptation de l'infirmière sont alors des qualités primordiales qui conditionnent son efficacité et son habileté au travail, notamment par la recherche d'une ergonomie optimale en collaboration avec le patient puisqu'il est le seul en mesure d'engager des moyens mobiliers. De plus, elle doit aussi s'accoutumer aux habitudes de chaque patient.

Cependant, l'unicité et la durabilité des rapports qu'entretiennent les deux acteurs en font une relation privilégiée facilitant la communication mais risquant de perturber la distance professionnelle lorsqu'elle devient trop familière. Cette carence de distance fait le lit des demandes et des propositions inopportunes, si celles-ci ne relèvent pas déjà de l'initiative du patient du fait de sa pathologie ou de sa personnalité. Des discordes peuvent alors éclater et mettre en péril la relation soignant-soigné jusqu'à sa dissolution, d'autant plus que l'infirmière ne peut pas compter sur une équipe pouvant la soutenir, ou tempérer les dissensions.

Cette labilité prévisible de la relation est induite par les règles intrinsèques du monde libéral inférant une concurrence des cabinets et donc la liberté de choix du patient. Cependant, cela peut aussi favoriser l'instauration d'un climat de confiance puisque la relation repose alors sur un accord mutuel.

En outre, l'indépendance de l'infirmière libérale liée à une autodétermination peut lui procurer une motivation au travail se reflétant par la qualité des soins qui entraîne la satisfaction du patient. Néanmoins, l'autonomie et la solitude de l'infirmière dans sa pratique concourent à un engagement important de sa responsabilité qui peut être un vecteur de stress notable risquant de se répercuter sur la relation soignant-soigné.

Analyse critique du TFE

Les thèmes abordés dans le cadre conceptuel sont des sujets qui ont été très étudiés par différentes disciplines telles que la psychologie, la sociologie, l'anthropologie... Et par de nombreux auteurs dont les points de vue sont parfois différents. Si mon développement ne visait donc pas l'exhaustivité, il m'a néanmoins permis de constituer une base à partir de laquelle j'ai pu m'interroger, élargir ma pensée et construire mes analyses. J'ai ainsi pu cerner des enjeux que je ne mesurais pas auparavant.

Par ailleurs, j'ai volontairement exclu le champ familial de la recherche afin de consacrer l'étude à la relation entre l'infirmière et son patient uniquement. J'ai conscience qu'il s'agit pourtant d'un paramètre important, mais pour être pris en considération, il nécessiterait l'écriture d'un mémoire plus conséquent, alors que celui-ci dépasse déjà les consignes rédactionnelles.

L'entretien avec Marion m'a paru très riche : elle a traité de nombreuses questions et a apporté des éléments que je ne soupçonnais pas avant notre entrevue. Je pense par ailleurs que le choix de m'orienter vers une infirmière libérale, plutôt qu'une infirmière à domicile salariée, était judicieux. En effet, l'étendue de ses responsabilités et ses pouvoirs de décision nous ont amenés à aborder des sujets pertinents et intéressants à approfondir, comme la notion de choix dans les relations soignant-soigné. Cela m'a permis d'alimenter ma réflexion et mes analyses.

Mais rétrospectivement, je regrette de ne pas avoir réagi à certaines de ses réponses qui ne m'ont semblées intéressantes qu'après réécoute de l'enregistrement de l'entretien.

Conclusion

Le cadre conceptuel assez généraliste et l'entretien avec Marion sont bien complémentaires, l'un étant le terreau de la réflexion engendrée par l'analyse de l'autre.

Si on ne peut envisager de relation soignant-soigné sans distance professionnelle, il faut aussi prendre en compte la pluralité des facteurs influençant la nature des rapports qu'entretiennent le professionnel et son patient.

L'analyse produite dans ce mémoire a ainsi démontré l'incidence du contexte de soin sur la relation soignant-soigné lorsque celle-ci a pour cadre le propre environnement du patient. Mais outre cela, elle a aussi souligné l'importance des modalités concernant l'établissement de la relation, et les particularités relatives au domaine libéral.

D'un point de vue plus personnel, l'étude menée tout au long de ce mémoire s'est révélée riche d'enseignement. Mes différentes investigations littéraires ont été guidées par une certaine détermination à rechercher la justesse de mes propos en les étayant par les pensées de multiples auteurs.

J'admets volontiers ma réticence habituelle à la lecture. Pourtant, ce travail de recherche a suscité beaucoup d'intérêt en moi et j'ai finalement éprouvé un réel plaisir à rechercher et à parcourir les différentes sources d'informations. En outre, j'ai pris conscience de leur richesse et j'envisage désormais de réitérer mes temps de lectures pour approfondir encore mes connaissances. Je suis désormais convaincu qu'elles peuvent m'apporter des réponses, ou sinon des pistes de réflexion pour améliorer ma pratique professionnelle. D'ailleurs, certaines lectures ont été passionnantes, dans la mesure où elles explorent des facettes parfois inattendues de la profession infirmière.

Si j'ai dû consacrer un certain temps à mon travail de recherche théorique, je reconnais que les outils modernes tel que l'Internet sont très efficaces pour trouver des références bibliographiques précises et des informations pertinentes. Cependant la fiabilité des sources est parfois discutable, et l'abondance des données peut être déroutante lorsque l'on doit les passer au crible et les synthétiser ou que l'on constate des contradictions.

En dehors de la littérature, le partage d'expérience avec mes pairs a aussi été très profitable. Les séances d'analyse du vécu de formation (AVF) programmées en IFSI ont à ce titre été un réel soutien lorsque des incertitudes m'envahissaient.

Dans le cadre du mémoire, les échanges avec mon groupe de travail ont aussi été une source d'inspiration puisque mes collègues ont parfois apporté un regard plus lucide que le mien sur mes propres réflexions. Par ailleurs, l'entretien avec Marion a mis en exergue la différence des personnalités des soignants et leur influence sur la relation avec leurs patients. En effet, l'hétérogénéité de leurs tempéraments implique différentes manières de percevoir et de ressentir les événements, créant ainsi une diversité d'expérience justifiant telle ou telle conduite. À mon sens, toutes les expériences sont instructives et leur partage participe à la construction et à l'ajustement de sa propre identité professionnelle.

À ce propos, le discours de Marion et son assurance m'ont rappelé mon attitude parfois trop complaisante. Bien qu'à mon sens celle-ci vise à satisfaire les patients et à favoriser leur bien-être, elle peut parfois me nuire lorsqu'ils se montrent trop demandeurs. D'ailleurs, l'intérêt du patient est-il ma seule préoccupation, ou suis-je en quête d'une reconnaissance ultérieure ? Le bénéfice est-il réel ? Ces introspections me semblent en tout cas indispensables pour l'analyse et l'amélioration de mes pratiques.

Finalement, si ce mémoire explore la relation soignant-soigné à domicile, elle en exclut la composante familiale. Celle-ci constitue pourtant un paramètre incontournable de cette relation. Parfois aidante, parfois contraignante, ou nécessitant un soutien psychologique, il serait alors intéressant d'étudier son impact sur la relation soignant-soigné.

Bibliographie

Organisée par catégories

Livres

BESSE-LHEZ (Pierrette) – De la robe de bure à la tunique pantalon : étude sur la place du vêtement dans la pratique infirmière – Édition Interédition – Paris – 1995.

CANOUI (Pierre) et MAURANGES (Aline) – Le burn-out à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants – 4^{ème} édition – Elsevier Masson – Issy-les-Moulineaux – 2008.

CIALDINI (Robert) – Influence et manipulation – Éditions First – Paris – 2004.

COLLECTIF – Dictionnaire infirmier de psychiatrie – Édition Masson – Paris – 2005.

COLLECTIF – Distance professionnelle et qualité du soin – Édition Lamarre – Rueil-Malmaison – 2009.

COLLECTIF – L'alliance thérapeutique – Édition Dunod – Paris – 2011

COLLECTIF – La pensée infirmière – Édition Maloine – Paris – 1996.

DELBROUCK (Michel) – Le burn-out du soignant : le syndrome d'épuisement professionnel – Édition De Boeck Université – Bruxelles – 2003.

ESTRYN-BEHAR (Madeleine) – Stress et souffrance des soignants à l'hôpital : reconnaissance, analyse, et prévention – Édition Estem – Issy-les-Moulineaux – 1997.

FREUDENBERGER (Herbert) – L'épuisement professionnel : La brûlure interne – Édition Gaëtan Morin – Montréal – 1987.

HALL (Edward Twitchell) – La Dimension Cachée – Édition Seuil – Paris – 1971.

ION (Jacques) – Le travail social à l'épreuve du territoire – Édition Dunod – Paris – 1996

KELLER (Laurent) – Les clés de la motivation au travail – Édition l'Harmattan – Paris – 2007.

MANOUKIAN (Alexandre) – La relation soignant-soigné – 3^{ème} édition – Édition Lamarre – Rueil-Malmaison – 2008.

MASLOW (Abraham) – Devenir le meilleur de soi-même – Édition Eyrolles – Paris – 2008.

MILGRAM (Stanley) – Soumission à l'autorité – Édition Calmann-Lévy – Paris – 2010.

Ministère de la Santé et des Sports – Formation des professions de santé – profession infirmier – SEDI – Uzès – 2009.

PENEFF (Jean) – L'hôpital en urgence – Édition Métailié – Paris – 1992.

ROGERS (Carl) – Développement de la personne – Édition Interédition – Paris – 2005.

ROGERS (Carl) – Psychothérapie et Relations Humaines, Tome 1 – 4^{ème} édition – E.S.F – Paris – 1962.

TARVIS (Carol) et WADE (Carole) – Introduction à la psychologie, les grandes perspectives – Édition De Boeck – Paris – 1999.

WATSON (Jean) – Le caring – Édition Seli Arslam – Paris – 1998.

Revues

CANOÛÏ (Pierre) – Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS) ou Burn out syndrome – Carnet/Psy N°37 – 1998.

COLLECTIF – Virginia Henderson : 1897–1996, Biographie et analyse de son œuvre – Recherche en soins infirmiers N°68 – 2002.

FORMARIER (Monique) – La relation de soins, concepts et finalités – Recherche en soins infirmiers N°89 – 2007.

H. J. FREUDENBERGER, cité par R. GUEIBE – Le burn-out, une maladie de l'âme en deuil de son idéal ? ou : Le questionnement de nos idéaux – Perspective soignante N°16 – 2003.

Sources tirées de l'Internet

ANESM – Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – Saint-Denis – 2008.
www.ansm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bienveillance.pdf

BARLET (Muriel) et CAVILLON (Marie) – La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) – Paris – 2011.
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er759.pdf>

CCLIN sud-est – Les tenues professionnelles dans les établissements de santé – St Genis Laval – 2008.
<http://cclin-sudest.chu-lyon.fr>

CNRTL (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales) – 2012.
<http://www.cnrtl.fr>

Code De La Santé Publique – Version en vigueur le 01/05/2013
<http://www.legifrance.gouv.fr>

Code du Travail – Version en vigueur le 01/05/2013
<http://www.legifrance.gouv.fr>

CREAS (Centre de Recherche et d'Etudes en Action Sociale) – Manières d'habiter : qu'est-ce que le domicile ? – Séminaire du CREAS – Mons – 2011.
http://www.etsup.com/IMG/pdf/4P_Maniere_d_habiter_semi1_V3_200911.pdf

Dictionnaire Larousse – Édition 2012
<http://www.larousse.fr>

Etude de SMARTDATE publiée dans Le Parisien – Les hommes toujours accros au fantasme de l'infirmière – 2011.

www.leparisien.fr

LIEGEOIS (Maurice) – Distance thérapeutique – SERPSY – 2013.

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

Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports – Convention Nationale des Infirmiers – 2007.

<http://www.ameli.fr>

MONTET-AUBREE (Colette) – La relation soignant-soigné.

http://mapage.noos.fr/mariage_orianne_ludovic/relation_soignant-soigne.pdf

Observatoire National de la pauvreté et de l'Exclusion (ONPES) – La Lettre N°5 - La santé mentale et les addictions des personnes sans logement personnel en Île-de-France – 2010.

www.onpes.gouv.fr

Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec – La tenue vestimentaire des infirmières – 2006.

<http://www.oiiq.org>

Organisation Mondiale de la Santé – Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé N° 2 – 1946.

<http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>

P. SERFATY-GARZON – Le Chez-soi : habitat et intimité – 2003.

<http://www.perlaserfaty.net/texte7.htm>

TZU (Sun) – L'art de la guerre - Les treize articles – Article XI.

<http://d.lecoutre.free.fr/suntzu.pdf>

Documents de formation

BELLANGER (Sandrine), LANGLOIS (Corinne), LOUGEZ (Sandrine) – La négociation dans le cadre du projet de soin – Institut de Formation Public Varois – Hyères – 2011.

Institut Gineste-Marescotti (IGM) – Documentation stagiaire.

PELLISSIER (David) – UE 4.2 S5 – Distance professionnelle et qualité des soins – IFSI Bellevue – Saint-Étienne – 2013.

PIRET (Anne) – Description et analyse des processus de socialisation corporelle en contexte de formation professionnelle : le cas de la formation en soins infirmiers – Thèse présentée pour l'obtention du titre de Docteur en Sociologie – 2003.

Film

WIMMER (Kurt) – Equilibrium – TMF Distribution – 2002.

Divers

RICHY (Benjamin) – Retranscription de l'entretien du 11/05/2013.

Annexe : guide d'entretien

En début d'entretien, j'inviterai mon interlocuteur à se présenter après l'avoir fait moi-même. Je lui préciserai ensuite que l'objet de l'entretien s'articulera uniquement sur la relation soignant-soigné à domicile et ses particularités. Je l'interrogerai en premier lieu sur sa propre définition des items de mon cadre conceptuel, puis je poursuivrai l'entretien avec des questions plus ouvertes et plus impliquantes.

Présentation :

- Année d'obtention du DE ?
- Lieux d'exercices ?
- Nombre d'année en tant qu'IDE à domicile ?
- Dans quel contexte (libéral, centre de soin, SESSAD...) ?
- Nombre de patient en moyenne par tournée ?

Questions :

Le domicile :

- Quelle est votre représentation du domicile ?
- Que symbolise-t-il à vos yeux ?
- Comment appréhendez-vous l'entrée dans le domicile du patient ? Vous sentez-vous à l'aise dans ce cadre malgré l'intimité d'un foyer ?

La distance professionnelle

- Que signifie la distance professionnelle pour vous ?
- Selon vous, quelle est la juste distance professionnelle ?
- Cherchez-vous à instaurer et à maintenir une distance professionnelle avec vos patients ? Et est-ce que le contexte de soin à domicile rend cette recherche plus difficile ? Ou au contraire, établissez-vous des liens plus personnels ? Dans quel but, que cela vous apporte-t-il ?
- Comment interprétez-vous et recevez-vous les manifestations d'affection des patients ? Pensez-vous que des liens affectifs se tissent plus facilement dans ce contexte de soin, et si oui, quelle est votre position face à ce constat ?

La relation soignant-soigné

- Que représente la relation soignant-soigné pour vous ?
- Trouvez-vous que le rapport avec le patient est différent de celui de l'hôpital, dans la mesure où c'est vous qui vous retrouvez dans la demeure du patient

où il a une autorité légitime, et non plus le patient qui se retrouve dans votre service ?

- Ressentez-vous une plus forte exigence des patients ? Ou au contraire, plus de convivialité ?
- Comment gérez-vous l'agressivité d'un patient, les insinuations douteuses ou explicites d'ordres érotiques, ou d'autres comportements désobligeants lorsque vous êtes seule chez lui ? Savez-vous afficher une certaine autorité face à la personne qui vous reçoit chez elle ? Ou vous sentez-vous plus vulnérable qu'à l'hôpital où vous auriez l'appui d'une équipe ?

La blouse :

- Que représente-t-elle pour vous ?
- Pensez-vous qu'elle soit « facilitante » ou « bloquante » dans la relation soignant-soigné ?
- Aimerez-vous porter une blouse lors de votre tournée ? Pourquoi ? Pensez-vous que le non port de la blouse conduit à une confusion du patient entre vos identités professionnelles et personnelles ? À quoi cela peut-il mener ?

Liste de mot clés :

- Relation soignant-soigné
- Distance professionnelle
- Identités professionnelle et personnelle
- Blouse
- Domicile
- Patient
- Intimité
- Emotions/affectivité
- Hôpital
- Équipe
- Solitude

La relation soignant-soigné à domicile

Mémoire de fin d'études en soins infirmiers

La relation soignant-soigné a fait l'objet de nombreuses études, mais peu d'entre elles s'intéressent aux influences du contexte de soin sur celle-ci. Concevant mon avenir professionnel dans l'exercice des soins infirmiers à domicile, j'ai choisi de dédier mon mémoire à l'étude de cette question. Cette démarche a pour objectif d'enrichir mes connaissances dans la complexité des rapports humains et de me préparer ainsi à mes futures relations avec les patients dans leurs habitations.

J'ai alors recherché des éléments de réponse à cette problématique par de nombreuses lectures qui m'ont permis d'établir un cadre théorique en abordant différents concepts : la relation soignant-soigné, la distance professionnelle, les tenues vestimentaires à l'hôpital, et la notion de domicile.

Dans l'idée d'acquérir d'autres éléments plus concrets, j'ai rencontré une professionnelle du milieu libéral pour l'interroger sur son expérience. Les réponses qu'elle m'a livrées ont soulevé plusieurs réflexions. Leur analyse a ensuite permis de dégager différentes idées.

Celles-ci démontrent que la relation soignant-soigné à domicile diffère sensiblement des représentations forgées en institution : basés sur un accord mutuel, les rapports entre les deux protagonistes peuvent être influencés par l'exclusivité de leur relation qui risque alors d'engendrer une familiarité prédisposant à des demandes inadéquates, des attitudes inopportunes et à l'émergence d'affects. Une distance professionnelle adaptée s'avère alors indispensable pour préserver la relation et l'intégrité du psychisme de l'infirmière et du patient.

En raison des contraintes de sa réalisation, et bien qu'elle m'ait apporté un éclairage très instructif, l'étude menée dans ce mémoire n'est pas exhaustive. Elle permet néanmoins de discerner des aspects parfois occultes de la problématique de départ.

Mots-clés :

Relation soignant-soigné – patient – infirmier/ère – distance professionnelle – domicile – blouse –
relation d'aide – libéral – hôpital – affect