
La relation de confiance soigné- soignant



Sommaire

<i><u>Remerciements.....</u></i>	<i><u>3</u></i>
<i><u>Introduction.....</u></i>	<i><u>4</u></i>
<i><u>1ere situation.....</u></i>	<i><u>5</u></i>
<i><u>Questionnement :</u></i>	<i><u>5</u></i>
<i><u>2ème situation :.....</u></i>	<i><u>6</u></i>
<i><u>Questionnement :.....</u></i>	<i><u>7</u></i>
<i><u>Analyse 1ere situation :.....</u></i>	<i><u>8</u></i>
<i><u>Analyse 2eme situation :.....</u></i>	<i><u>9</u></i>
<i><u>Réflexion en rapport avec mes deux situations :.....</u></i>	<i><u>10</u></i>
<i><u>Question de départ:.....</u></i>	<i><u>11</u></i>
<i><u>Concept du SOIN.....</u></i>	<i><u>12</u></i>
<i><u>Conclusion:.....</u></i>	<i><u>13</u></i>
<i><u>Histoire du Soin :.....</u></i>	<i><u>13</u></i>

<i><u>Concept de la relation</u></i>	<i><u>17</u></i>
<i><u>Concept de la confiance:</u></i>	<i><u>19</u></i>
<i><u>Concept du soigné.....</u></i>	<i><u>21</u></i>
<i><u>Concept du « soignant ».....</u></i>	<i><u>22</u></i>
<i><u>Réflexion personnelle.....</u></i>	<i><u>24</u></i>
<i><u>Conclusion.....</u></i>	<i><u>26</u></i>
<i><u>Bibliographie.....</u></i>	<i><u>26</u></i>

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont soutenue pendant ces quatre années d'études. Mes parents qui m'ont appris à avoir le gout du travail, ma famille et mes amis...

Je remercie également toutes les personnes que j'ai pu rencontrer au cours de ces 4 années à l'IFSI, ainsi que tous ceux qui ont pris de leur temps pour me former, me faire avancer tant sur le plan professionnel que personnel.

Encore une fois je remercie mes parents et Ludivine, une amie, pour la relecture de ce travail.

Je remercie Mme LEGRAS Catherine pour m'avoir guidé dans ce travail.

Pour terminer je remercie mon amie, Marion, pour m'avoir soutenue et supporté pendant ces derniers mois, stressant.

Introduction

Lors de tous mes stages, j'ai eu souvent l'occasion d'observer le travail qu'un infirmier peut accomplir, que ce soit au niveau des soins, de son travail administratif, ou du relationnel. J'ai également pu remarquer des situations de soins où l'infirmière s'est trouvée confrontée à des refus de soins, ou a contrario, des infirmières qui refusaient d'aller soigner un patient par peur. Ma première question a déjà été de savoir à quoi était dû ces refus, de part et d'autre. En avançant dans ma formation, j'ai compris qu'un gros travail restait à faire, pour éviter ces refus, ces échecs. J'ai donc cherché à comprendre les raisons de ces échecs, et en analysant ces situations j'ai constaté qu'un manque de confiance mutuel, soigné, infirmier pouvait en être la cause.

Suite à ce constat, j'ai orienté mon travail sur la relation de confiance entre le soignant d'une part, et le soigné d'autre part.

Je dirigerai mon travail sur plusieurs concepts tels que la relation, la confiance, le soin, le soignant et le soigné.

Ensuite j'exposerai ma propre réflexion avant de conclure.

1ere situation

Je suis en stage en tant que 1^{ère} année dans un service de chirurgie générale. Cette après-midi il y a une infirmière, deux aides-soignantes et une Agent de Service Hospitalier. Pendant les transmissions du midi, il nous a été relaté que Mr B. n'a pas pris son traitement ce matin. C'est un homme âgé de 65 ans, hospitalisé pour une hernie inguinale opérée la veille. Jusqu'alors, il était à jeun, et n'avait aucun médicament per os. L'infirmière de ce matin a essayé à plusieurs reprises de lui donner son traitement per os, en vain. Celle-ci a averti le médecin et a noté le refus de prise des thérapeutiques dans le dossier de soins.

Avec l'infirmière nous commençons les soins de l'après-midi. Cela consiste à visiter les patients, ainsi que la vérification des perfusions et la réalisation des injections.

Nous arrivons devant la chambre de Monsieur B, prenons son dossier, frappons à la porte et entrons dans sa chambre. Il est à noter que Mr B. a déjà vu l'infirmière, c'est elle qui a fait son entrée la veille, et tout s'était très bien passé. Nous le saluons en lui souriant, ce dernier nous répond également par un sourire. Nous lui demandons comment il va, s'il a des douleurs, s'il a des envies particulières. Il nous répond que tout va très bien. C'est à cet instant que l'infirmière lui fournit, dans sa main les médicaments du soir. Il les regarde brièvement, regarde l'infirmière; puis détourne le regard. Il dit alors qu'il refuse de les prendre. L'infirmière, qui s'attendait à avoir la même réponse que sa collègue du matin, lui demande simplement, pourquoi ? Mr B. continue à regarder au dehors de sa chambre, par la fenêtre, et ne répond pas. L'infirmière s'approche de lui, et s'assied sur le fauteuil placé à droite de son lit. La tête proche de la tête de lit, l'infirmière lui explique, d'une voix douce et calme, que les thérapeutiques l'aideront à aller mieux plus rapidement. Mr B. se tourne sur le dos sans dire un mot, et regarde le plafond, l'air un peu énervé. L'infirmière lui demande calmement :

« Mr B., vous a-t-on expliqué à quoi servaient ces médicaments ? Et pourquoi il est nécessaire que vous les preniez ? »

« Eh bien non, justement on me donne pleins de médicaments mais je ne sais pas ce que c'est, ça serait du poison ça serait la même chose »

L'infirmière un peu étonnée que personne ne lui ait expliqué le but des thérapeutiques orales, lui décrit chaque médicament. Elle lui explique la raison pour laquelle on lui administre chaque médicament. Ses phrases sont simples et courtes, elle regarde Mr. B. Celui-ci écoute avec attention les explications de l'infirmière, son visage s'éclaircit et l'on voit qu'il a un net intérêt pour les explications de l'infirmière. Elle lui demande s'il a des questions complémentaires à lui poser. Le patient, tourne la tête pour la voir et lui dit, avec le sourire, qu'il n'en a pas. Il la remercie pendant qu'elle lui dépose les médicaments sur la table de nuit.

Mr B. prend les médicaments, son verre d'eau et avale un à un ses médicaments. L'infirmière qui est restée assise se relève du fauteuil et va au pied du lit. Le patient la regarde avec attention, il est souriant. Nous lui sourions également et sortons de la chambre en lui disant que nous repasserons un peu plus tard et que si besoin, il peut nous appeler. Une fois sortie de la chambre nous inscrivons sur son dossier qu'après avoir expliqué au patient le rôle de chaque médicament, celui-ci les a pris de son plein gré, sans aucune opposition et même avec le sourire.

Le lendemain matin, avec la même infirmière, nous lui donnerons sans aucun problème ses médicaments. Nous lui ferons également son pansement, une fois encore sans qu'il y ait refus de la part du patient.

Questionnement :

-Pourquoi la première infirmière n'a-t-elle pas expliqué le but de chaque médicament au patient ?

-Si cette première infirmière avait expliqué les indications thérapeutiques au patient, celui-ci aurait-il pris ses médicaments ?

-L'attitude de la 2ème infirmière a-t-elle de l'importance vis-à-vis du patient ? (elle aurait pu rester debout, et lui expliquer rapidement sur un ton sec la même chose)

La relation de confiance soigné-soignant

-Pourquoi le lendemain le patient accepte qu'on lui fasse le pansement sans rien demander ?

2^{ème} situation :

Je suis étudiant en fin de 2^{ème} année, et j'effectue mon stage en service de Chirurgie. Ce jour-là je suis de nuit, il y a une infirmière et une Aide-soignante. Il est 20h, nous prenons notre poste, le service ne comporte ce soir que 4 malades. Lors des transmissions, il nous est dit : « *Mr C., JI d'une prostatectomie radicale, il lui reste une perfusion et une sonde urinaire. Ce patient difficile est agressif verbalement. Mr C. a jeté l'eau contenue dans son verre au visage de l'aide-soignante qui s'occupait de sa toilette. A contrario, le patient est très gentil avec sa fille, qui vient le voir chaque jour.* »

Lorsque nous commençons les premiers soins de la nuit à 21h00, nous allons voir Mr C. Nous nous présentons à lui et lui demandons si tout va bien. Celui-ci est assis au bord de son lit, le dos tourné vers la porte, il nous répond d'une voix forte, qu'il va bien. L'infirmière s'approche de lui pour regarder la poche de recueil des urines, la voyant suspendue dans le vide, elle demande au patient de lever sa jambe afin qu'elle puisse dégager la sonde et la repositionner correctement. L'infirmière demande au patient si celui veut qu'on le couche maintenant, ce dernier lui répond d'une voix sévère qu'il désire effectivement être recouché. Avec l'IDE, nous nous chargeons de remettre les draps en place, puis commençons à prendre Mr C. pour l'aider à se mettre convenablement en décubitus dorsal. L'infirmière s'occupe de la tête et du haut du corps, pendant que je me charge des pieds et du bas du corps du patient, avec sa poche à urines. Alors que je replaçais celle-ci sur la barrière du lit, je vois le patient donner une gifle à l'infirmière. Celle-ci sort immédiatement de la chambre, en me disant de finir de le réinstaller.

Je finis l'installation de Mr C. en lui demandant le pourquoi de son geste. Celui-ci ne me répond pas. Je sors de la chambre et rejoins l'infirmière, qui est choquée du geste du patient. Elle s'excuse de m'avoir laissé finir seul. Elle me dit d'un air abasourdi:

« Je suis désolé de t'avoir laissé seul avec le patient, mais je ne me suis jamais pris de gifle de la part d'un patient. Je ne connais pas la raison pas la raison de cette gifle, mais il n'est pas à l'hôpital pour se défouler, s'il refuse les soins il peut partir, personne ne l'oblige à être ici. »

Je dis à l'infirmière qu'après son départ de la chambre j'ai justement demandé au patient la raison de son geste. Ma question est restée sans réponse.

L'aide-soignante qui avait écouté notre conversation, se dit scandalisée par ce type de comportement, elle nous fait part de sa peur vis-à-vis de tels patients. Elle nous dit qu'elle ne voulait pas entrer dans la chambre de ce monsieur, par peur de se prendre une gifle à son tour. Alors que nous parlons de choses et d'autres sur l'agressivité des patients, Mr C sonne. Je me lève pour y aller, sachant que l'AS comme l'IDE, ne voulaient plus y aller ; celles-ci m'en remercient.

J'arrive devant la chambre de Mr C., je frappe à la porte et entre dans sa chambre. Celui-ci est assis sur le bord du lit, comme lors de notre première ronde. Il me demande d'appeler sa fille, sa voix est tremblante, je lui réponds que je ne peux pas mais que je veux bien lui composer le numéro et passer le combiné. Il acquiesce d'un signe de tête et me donne oralement le numéro que je compose. Je me retire pour le laisser seul avec sa fille au téléphone et retourne en salle de soin. Alors que je leur raconte la scène, Mr C. sonne à nouveau. J'y retourne, il a fini de téléphoner, il me dit alors qu'il s'excuse pour la gifle qu'il a donné à l'infirmière. Il ajoute qu'il regrette. Il commence alors à me parler de lui, il me raconte sa vie passée comme directeur d'une entreprise de plus de 800 employés. Il reconnaît avoir été très dur comme patron, et que malheureusement il est toujours comme ça. Sa voix est moins sûre et moins autoritaire qu'au premier tour de veille, il parle aussi de sa vie personnelle, il dit avoir une deuxième fille mais avec une autre femme. Il est honteux de ce qu'il a fait subir aux autres durant toute sa vie.

« Je viens de reconnaître ma deuxième fille comme étant telle, j'ai donc fait souffrir encore une fois les miens. Je suis désolé de ce que j'ai fait subir à cette infirmière. »

La relation de confiance soigné-soignant

Une fois notre conversation terminée, il se rallonge de lui-même. Je remets la poche de recueil des urines en place, et lui souhaite une bonne nuit avant de me retirer. Je présente à l'infirmière les excuses de Mr C. Celle-ci me dit qu'elle n'as pas confiance, et qu'elle ne veut pas retourner dans sa chambre, qui plus est, seule.

Le reste de la nuit se passera bien, Mr C. dormira.

La nuit suivante, l'infirmière et l'aide-soignante n'iront pas voir Mr C. et me laisseront m'occuper de ce monsieur seul.

Questionnement :

- L'infirmière peut-elle en cas d'agressivité à son encontre refuser de soigner le patient ?
- Quelles attitudes prendre face à ses situations ?
- Pourquoi le patient a-t-il giflé l'infirmière ?
- Comment se fait-il que ce patient soit agressif envers les soignants, et non envers sa fille ?

Analyse 1ere situation :

C'est mon premier stage, première fois que j'entre dans un service de soin en tant qu'étudiant, je découvre donc cet univers. Ce service de chirurgie générale a une capacité d'accueil de 24 lits. Mr B. n'a pas pris ses médicaments ce matin, malgré l'insistance de l'infirmière. Le patient dit ne pas avoir été informé de l'indication thérapeutique de ceux-ci. D'après le décret des actes infirmiers, ces derniers se doivent d'informer le patient (J.O. Numéro 40 du 16 Février 2002 page 3040 - NOR : MESP0220026D art. 5). Au vu de son échec, l'infirmière s'était couverte auprès du médecin et du dossier de soins. L'après-midi, avec l'infirmière nous allons voir ce patient. L'attitude qu'adopte l'infirmière rassure le patient, elle est calme et douce. Lorsque celui-ci, refuse de prendre les médicaments, elle s'assoie à ses côtés. Ainsi, elle lui montre qu'elle prend du temps pour l'écouter, lui expliquer. Elle se met au même niveau que le patient, montrant ainsi qu'elle est humaine tout comme lui, et qu'elle est prête à l'entendre pour comprendre ce qui le retient à ne pas prendre ses médicaments. Aussi, elle lui montre qu'elle n'est pas là pour le juger, mais pour le comprendre. On remarque que Mr B. passe d'une attitude renfermée, lorsqu'il regarde l'extérieur de sa chambre à une attitude ouverte, lorsqu'il regarde l'infirmière. Il la remercie, ce qui montre sa gratitude pour l'infirmière qui a pris du temps pour lui expliquer ce qu'il attendait depuis le matin, à savoir, ce à quoi servent ses médicaments. La phrase : « ... *ça serait du poison, ça serait la même chose* » exprime bien l'ignorance du patient vis-à-vis de son traitement. Ignorance qui le pousse à refuser sa prise de thérapeutiques

L'infirmière du matin lui a demandé de prendre les médicaments sans lui en expliquer les indications ; elle lui impose donc un seul choix. On peut même dire que c'est n'est pas un choix mais un ordre.

Ordre que Mr B va refuser de prendre en considération. L'infirmière de l'après-midi, quant à elle, lui donne ce qu'il veut savoir. Elle lui donne de son temps, non pas l'obliger mais le convaincre que prendre ses médicaments lui fera du bien. Le patient

La relation de confiance soigné-soignant

accepte, il montre ainsi qu'il accorde de la confiance à celle qui a su lui dire ce qu'il espérait depuis le matin ; à savoir : avoir des explications sur ses thérapeutiques.

Il ne faut pas oublier que le patient ne connaît pas forcément le milieu hospitalier et rarement la pharmacologie des médicaments. C'est peut être la première fois que ce monsieur vient à l'hôpital.

Analyse 2eme situation :

Étant en fin de deuxième année, j'ai déjà eu un contact avec les patients de chirurgie, cependant il se trouve que ce sont les premières nuits que j'effectue en tant qu'étudiant infirmier.

L'infirmière a déjà 4 ou 5 ans d'expériences, elle fait des nuits depuis 8 mois, elle dit être plus à l'aise la nuit malgré l'absence de médecin. Cette position n'est pourtant pas si facile, il faut savoir réagir seule, avant d'avertir éventuellement le médecin de garde en cas d'urgences.

Cette nuit avec les 4 patients présents dans le service, pour une capacité d'accueil de 27 patients, la charge de travail n'est pas importante. Il est à noter que ces patients ne nécessitent pas de soins lourds. Quelques antalgiques et solutés sont à changer.

On peut noter que lors des transmissions, Mr C. est décrit comme étant agressif, il faut donc se prémunir contre son agressivité. Une bonne écoute, lui parler, le rassurer nous permettrons peut être de l'apaiser en cas d'agitation, ou d'énervement de sa part. Etant donné son geste du matin, nous allons avec un peu d'appréhension dans la chambre de Mr C. Sa position, sur le bord du lit, dos à la porte, et sa réponse nous donne déjà un aperçu de son excitation. Une fois face à lui, l'expression de son visage pouvait nous laisser supposer qu'il était en colère.

La gifle qu'à donner le patient à l'infirmière provoque la sortie de la chambre de celle-ci. Elle n'y reviendra plus de la nuit. L'infirmière délaisse donc un patient par peur, ce qu'elle exprime bien lors de notre discussion en salle de soins. Elle engage donc sa responsabilité, sur l'état de santé de ce Monsieur, (Article R. 4312-25). Le patient a mis une gifle à l'infirmière, pourquoi ? C'est sûrement la question qu'aurait dû se poser celle-ci avant de partir de la chambre, mais la peur de prendre une deuxième gifle l'a probablement fait renoncer à une explication. Lorsque je suis retourné auprès de l'infirmière pour lui transmettre les excuses que Mr C. avait formulées, celle-ci n'aurait-elle pas pu retourner dans la chambre de celui-ci, afin de rétablir une bonne relation ? Si l'infirmière avait discuté avec le patient, qu'elle lui avait laissé le temps de lui présenter

La relation de confiance soigné-soignant

ses excuses, peut être serait-elle retournée dans la chambre du patient, pour continuer sa prise en charge globale. Au lieu de cela, elle m'a laissé seul, continuer les soins toute la nuit ainsi que la suivante, pour ce monsieur.

L'aide-soignante, quant à elle, aurait pu aller voir le patient. Elle n'est jamais allée le voir. Elle aurait pu servir de tierce personne afin de rassurer l'infirmière, et aurait pu aller avec elle dans la chambre du patient, pour que celui-ci puisse présenter ses excuses à l'infirmière, sans que celle-ci ai peur.

Si je n'avais pas été présent en tant qu'étudiant infirmier, comment l'infirmière aurait elle fait ?

Réflexion en rapport avec mes deux situations :

Ces deux situations m'interpellent dans le sens où elles mènent toutes les deux à un échec de soin. Effectivement pour la première situation énoncée, l'infirmière ne réussit pas à faire accepter au patient de prendre ses médicaments ; (elle y arrivera après la conversation avec le patient ; cependant je prends en compte le premier essai). Et pour ce qui est de la deuxième situation, l'infirmière ne retournera pas de la nuit dans la chambre.

On note donc bien un échec dans le processus du soin.

Ces situations de soins ne sont pas dans une même thématique, effectivement l'une traite du refus de soin, et l'autre de la gestion de l'agressivité. Cependant en discutant en aval de ces situations avec ces patients, et en approfondissant un peu, je me suis rendu compte qu'il s'agissait plus d'une peur des patients vis-à-vis du monde hospitalier. Ce qu'eux même confirment. Effectivement c'est un monde ouvert, car c'est un lieu public de soins, où chacun vient se faire soigner. Mais c'est aussi un lieu qui paraît fermé et strict vu de l'extérieur. D'ailleurs la relation SOIGNE/SOIGNANT est une relation qui, nous allons le découvrir après, a changé au fil des siècles mais il reste, aujourd'hui encore en faveur du soignant. Le soignant est actif pour le soin, contrairement au patient qui est passif. Ce dernier subit le soin. Il y a donc toujours un rapport de force.

Ces deux cas me permettent d'introduire la convergence que je veux faire entre, le refus de soin et l'agressivité, qui sont des indicateurs du rapport de force entre le soigné et le soignant.

Le point commun de ces deux situations est une certaine forme d'incompréhension. D'une part, incompréhension face à la nécessité de la prise d'une thérapeutique, et d'autre part de l'incompréhension d'une infirmière face à l'agressivité d'un patient. Une relation de confiance pourrait-elle lever ces incompréhensions ?

Question de départ:

**En quoi l'instauration d'une
relation de confiance entre le
soignant et le soigné améliore-t-il
le soin ?**

Concept du SOIN

D'après le Larousse : C'est une attention, une application à quelque chose. Ceux sont les moyens pour lesquelles on s'efforce à rendre la santé à un malade. Soigner signifie réaliser des actes courants pour le bien-être et la vie de chacun, c'est apporter une réponse satisfaisante aux besoins.

Il existe 2 aspects du soin, des actes quotidiens d'entretiens et des actes avisés curatifs. Chez une personne ces 2 aspects sont indissociables.

Les soins sont une traduction de relations, ils tendent à mener la personne (ou le groupe) au degré d'autonomie optimale qu'il lui soit propre, à l'aider à mourir dans la dignité, à éviter ou à soulager la souffrance physique et/ou morale. Préventifs, curatifs ou palliatifs, les soins infirmier sont de nature technique, relationnelle et éducative.

Définition du soin par Virginia HENDERSON en 1955:

"Les soins consistent à apporter à la personne malade, ou en santé, de l'aide dans l'exécution des activités liés à la satisfaction des besoins fondamentaux. Ces personnes pourraient accomplir ces activités sans aides si elles en possédaient la force, la volonté et les connaissances nécessaires"

Pour sa part, Watson dit que « *les soins infirmiers sont souvent inspirés par le principe de la sollicitude (caring) qui définit le climat du soin et qui selon lui englobe les aspects scientifiques, humanistes, instrumentaux et expressifs ainsi qu'une signification tous indissociables les uns des autres dans l'acte de soins.*

La relation de confiance soigné-soignant

Le soin commence quand l'infirmière entre dans le champ phénoménal d'une autre personne, qu'elle perçoit et ressent le vécu de l'autre et qu'elle répond de manière à lui permettre d'exprimer ses sentiments ou des pensées qu'il rêvait d'exprimer. »

La conception des soins infirmiers défendue par Watson est en accord avec la vision existentielle de la personne et des sciences infirmières. Les soins infirmiers doivent favoriser une harmonie entre les différentes dimensions de la personne.

Selon Walter HESBEEN : « *le soin est une attention particulière, portée à une personne qui vit une situation particulière et ce dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé* »

Conclusion:

La signification première du mot soin; « prendre soin de », « veiller au bien-être de », est sans relation directe avec la maladie. Le soin est donc une réponse aux besoins de vie d'une personne, et non pas uniquement une personne malade, mais une personne qui a besoin, temporairement d'une aide pour assurer son état de santé qu'elle ne peut faire elle-même. La finalité du soin sera donc de l'aider, de veiller à ce qu'elle retrouve son autonomie en évaluant ce qu'elle peut faire seule, ce qu'elle peut faire avec aide et ce qu'elle ne peut pas faire.

Soigner, c'est retrouver le sens de ce que vit une personne par rapport à sa famille, à son entourage, à son environnement. En France, nous employons le mot soin pour tout acte réalisé par une infirmière. A l'inverse le langage anglo-saxon utilise « care » pour désigner les soins d'entretien de la vie et le mot « cure » pour désigner les soins de réparation.

Pour moi, le soin, ou le « prendre soin » peut signifier au niveau familiale : être présent et attentionné pour ses proches ; s'occuper d'eux, lorsqu'ils en ont besoin, mais aussi dans la vie de tous les jours.

Mais le soin c'est aussi, l'action de s'occuper d'un point de vue médical ou paramédicale d'une personne que l'on ne connaît pas. Et ce mot peut aller du temps que l'on passe à discuter avec le malade, à tous les soins les plus techniques. Effectivement je pense que le fait de s'asseoir à côté du patient et de l'écouter, est un des soins les plus importants.

Histoire du Soin :

A travers les siècles, les pratiques de soin, et leurs visions ont changé. Je vais donc débiter l'exposé de mes concepts par un bref historique du soin.

Dès l'origine de l'humanité, ce sont les femmes qui font acte de soin. Effectivement elles s'occupent de leur grossesse, puis des enfants; pendant que les hommes s'occupent de chasser et de protéger les leurs.

La relation de confiance soigné-soignant

Encore aujourd'hui, la profession d'infirmière est majoritairement féminine. Selon le site web « <http://www.infirmiers.com/> » la profession est à 87% féminine.

Dans l'antiquité, la maladie et les soins sont associés à leurs croyances religieuses. En 57 av. J-C, Hippocrate constitue une médecine rationnelle et humaine. Il faut alors, trouver une cause à toute maladie. (Serment d'Hippocrate).

3 siècles av J-C apparaît des « infirmiers » religieux. Le christianisme a influencé par la suite les soins infirmiers, ils sont devenus un devoir religieux. Sous l'impulsion des évêques apparaissent des maisons qui accueillent les malades, les vieillards, les orphelins.

Du moyen-âge à la révolution

L'infirmière a la charge les soins courants tels que : laver, reconforter, nourrir et éduquer les patients.

L'acte de soigner était totalement bénévole, l'infirmière est prise en charge par la structure qui l'emploie. Le soin n'a aucune valeur économique c'est une valeur culturelle.

Aujourd'hui, on ne parle plus vraiment de patient, mais de « client », la T2A étant un facteur de cette différence. Paradoxalement, l'état a mis en place des systèmes de contrôle permettant de « juger » les hôpitaux. L'accréditation est le processus d'évaluation de l'ensemble du fonctionnement et des pratiques d'un hôpital. Elle vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade, ainsi que la promotion d'une politique de développement continu de la qualité au sein des établissements de santé.

On se rend compte que l'acte de charité ne suffit plus, le soin requiert des compétences et des formes d'organisation.

1789 : Les soins deviennent LAIQUES avec la création de l'hôpital laïque. La fonction de soignant n'est donc plus religieuse, cependant les infirmiers/soignants gardent leurs fonctions.

Dans la seconde partie du XIX et au début du XX siècle, la profession d'infirmière se démarque avec un vrai cursus de formation. On constate la nécessité de certaines connaissances minimum pour la pratique du métier d'infirmière.

L'état des hôpitaux de 1850 à 1900 est très médiocre : grands dortoirs sans intimité. L'hygiène est inexistante. Les soins sont réalisés mais dans des conditions inadéquates, il est temps pour les soignants et responsables de définir certaines règles d'hygiène, de pudeur et de confort.

En 1884, les médecins réclament des réformes hospitalières et en particulier des infirmières instruites, dévouées et laïques à l'image de Florence NIGHTINGALE. Elle décide de s'occuper des miséreux et est convaincue que pour soigner, il faut avoir appris.

Le Dr BOURNEVILLE, médecin militaire, crée les écoles municipales d'infirmières. Leurs buts sont d'assurer un meilleur recrutement hospitalier mais également de remplacer le personnel sans qualification validée, par un personnel instruit et respectueux. L'enseignement dure un an et est constitué de 7 disciplines:

- administration et comptabilité hospitalière
- anatomie physiologie
- pansement
- hygiène
- soins aux femmes en suite de couche et soins aux nouveau-nés
- pharmacie
- enseignement parallèle pratique, auprès des malades

En 1893 :

La loi qui oblige l'assistance médicale gratuite est promulguée. Elle impose à l'état de soigner les malades mais aussi de créer des écoles d'infirmières. Ces dernières doivent répondre à la hausse de la demande de soins.

Guerre 1914 1918 :

L'armée dispose d'un personnel alors mieux préparé et plus efficace. Beaucoup de femmes se découvrent des aptitudes soignantes. C'est le début de la féminisation du métier de soignantes. C'est également la prise de conscience que l'acte de soigner est un métier à part entière.

Le 27 juin 1922 :

Un décret uniformise le programme de formation dans les différentes écoles et la création du premier diplôme d'état français. C'est la reconnaissance de la profession par l'état.

20 janvier 1937 :

C'est l'instauration de la loi d'exclusivité, qui oblige la détention du DE pour l'exercice de la profession. Les soignants sont donc tous qualifiés.

La profession de 1945 à nos jours :

8 avril 1946 : loi dans le code de la santé publique

Elle régleme l'exercice infirmier en définissant l'infirmière : « *est considéré comme exerçant la profession infirmière toute personne qui donne habituellement, dans des*

La relation de confiance soigné-soignant

services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits par un médecin ».

1951 :

Le programme de formation est remis à jour.

1962 - 1963 :

Virginia HENDERSON énonce sa théorie qui est reçue comme modèle conceptuel en soins infirmiers.

1972 :

Le rôle d'infirmier est élargi en terme d'action, d'éducation et de prévention. Cette réforme porte le programme d'études à 28 mois.

31 mai 1978 :

La loi qui officialise le rôle de l'infirmière. Les soins infirmiers sont recentrés sur la personne et ses besoins. La première année de formation devient commune au secteur psychiatrique et aux soins généraux.

1979 :

Mise en place du nouveau programme de formation sur une période de 33 mois. La démarche de soins est enseignée selon un modèle de soins infirmiers. Elle privilégie le soin d'un patient et non pas d'une maladie. La notion de prise en charge globale fait son apparition.

11 Février 2002 :

Le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière est réécrit.

La relation de confiance soigné-soignant

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Voici les grands principes de cette loi :

-Accès au dossier médical pour les patients. cela signifie que toutes nos transmissions écrites sont archivées et visibles par le patient. Il est donc important de ne pas porter de jugements.

-Apparition de la notion de « refus de soins » pour le patient.

-Mise en place de la désignation par écrit d'une personne de confiance.

-L'assistance à personne vulnérable entre dans les règles professionnelles.

29 Juillet 2004 :

Codification, dans le livre III du code de la santé publique, du décret d'actes professionnels infirmiers de 2002 et de celui relatif aux règles professionnelles de février 1993.

En 2009 :

La réforme intègre les études d'infirmier dans le cursus Universitaire, et en particulier dans le système LMD. Les infirmières sont désormais classées dans la catégorie A de la fonction publique. Celles en exercices ont le choix de s'intégrer ou non dans la grille indiciaire des cadres de santé. La principale conséquence est la reconnaissance du niveau d'étude, mais également d'une profession qui s'engage dans la recherche.

En synthèse

De ce rappel historique, nous pouvons apprécier l'évolution du métier d'infirmière. Au début seul le soin, et donc le savoir-faire, était important. Ensuite, les médecins ont compris la nécessité d'une formation médicale pour les infirmières. Celle-ci permettait

IFSI BERTRAND SCHWARTZ

Promotion 2008-2011

La relation de confiance soigné-soignant

aux infirmières de donner du sens à leurs gestes et donc une meilleure compréhension de leur travail.

Ce n'est que dans la seconde partie du XX^e siècle que des infirmières se sont penchées sur la prise en charge de l'aspect psychologique des patients, mais également les interactions possibles avec eux, tel que la prévention par exemple. Le soigner ne se limite plus au savoir et au savoir-faire, mais il inclut le savoir-être comme une des bases. C'est une humanisation des soins.

Être infirmier nécessite donc de posséder un savoir, un savoir-faire, mais aussi un savoir être.

C'est cet ensemble qui va nous aider à instaurer une relation de confiance entre le soigné et le soignant. Tout comme le disait Patrick SEGAL « *Le malade ne guéris pas seulement de soins* », d'où l'importance du savoir être.

Concept de la relation

Relation: nom féminin qui vient du Latin signifiant « *rappor*t, *lien entre deux choses* »

Il existe la relation entre deux êtres. Sa définition dans l'encyclopédie Larousse est: « *Personne qu'on connaît, avec laquelle on a des rapports mondains, professionnels, etc. : Une relation d'affaires.* »

Le dictionnaire du Petit Robert donne une définition qui insiste sur les liens entre les personnes: « *une relation est une situation dans laquelle plusieurs personnes sont susceptibles d'agir mutuellement les unes sur les autres. C'est un lien de dépendance ou d'influence réciproque.* »

Une définition un peu plus philosophique de la relation est : « *Fonctions de relation, ensemble des fonctions sensorielles, nerveuses, psychiques et motrices des animaux, qui leur permettent une relation de connaissance et d'intervention dans le milieu extérieur.* », Encyclopédie Larousse

D'après le dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers la relation soignant-soigné nécessite trois attitudes pour le professionnel de santé :

- l'infirmier doit s'engager personnellement dans la relation en considérant le malade sans jugement de valeur, tel qu'il est, avec un autre mode de raisonnement, d'autres réactions et d'autres sentiments qu'il peut avoir dans sa vie personnelle.
- l'objectivité est indispensable afin d'éviter une déformation de ce qui pourrait être observé ou entendu.
- une disponibilité du soignant est sollicitée pour pouvoir observer, écouter, identifier les demandes de la personne soignée.

Pour ma part je défini la relation ainsi : C'est un lien d'interdépendance des individus où chacun jouit d'une certaine autonomie et montre une certaine dépendance envers les autres. Chacun attend d'une relation une certaine forme de reconnaissance. Pour les
IFSI BERTRAND SCHWARTZ Promotion 2008-2011

La relation de confiance soigné-soignant

soignants par exemple, la reconnaissance peut être perçue à travers un regard, un sourire, un « Merci ». Dans ces deux situations de soins les infirmières n'ont pas eu de signes de reconnaissance, il y a donc un sentiment de déception, de frustration qui peut s'installer

Un anthropologue américain, Edward T. HALL s'est inspiré de Heini HEDIGER (zoologiste suisse) et des distances inter animales qu'il avait décrit ; pour décrire à son tour les distances interhumaines.

Pour les humains Edward T. Hall reconnaît 4 distances différentes :

« *La distance intime, moins de 45 cm : la présence de l'autre s'impose et peut même devenir envahissante par son impact sur le système perceptif. La vision (souvent déformée), l'odeur et la chaleur du corps de l'autre, le rythme de sa respiration, l'odeur et le souffle de son haleine, constituent ensemble, les signes d'une relation d'engagement avec un autre corps. »*

Cette distance correspond à une relation de couple, où chacun se donne à l'autre. Je suis d'accord avec sa description dans le sens où effectivement chacun peut sentir l'autre dans son ensemble, peut le toucher, l'effleurer... Entrer dans notre intimité nécessite notre approbation.

Entrer de façon volontaire sans le consentement de l'autre dans cet espace, relève du pénal, dans le sens où c'est une atteinte à autrui (que ce soit des attouchements, ou viols, ou autres...). Atteinte qui pourra pousser la victime à élargir son espace intime, augmenter sa distance limite afin d'éviter à nouveau cette intrusion et se protéger.

« *La distance personnelle, entre 45 et 120 cm : distance qui sépare les membres d'un même groupe. On peut l'imaginer sous la forme d'une petite sphère protectrice, ou bulle, qu'un individu créerait autour de lui pour s'isoler des autres. »*

Pour cette distance relationnelle, je ne suis pas tout à fait d'accord dans le sens où le groupe dans lequel on impose cette distance devrait, selon moi être réservé au groupe familiale ou amicale (parents, frères, sœurs, ou amis). Je conçois que cela dépend de

chaque personne, et de la façon à laquelle on répond à la question : quelles sont les limites de mon espace personnel ?

« La distance sociale, entre 120 et 360 cm : elle marque la limite de l'emprise sur autrui. Les détails visuels intimes du visage ne sont plus perçus, personne ne touche ou n'est supposé toucher autrui, sauf à accomplir un effort particulier. »

C'est une distance qui s'accorde avec les personnes que l'on voit au travail, lorsque l'on va acheter du pain, lorsque l'on va voir son banquier. C'est-à-dire une personne que l'on connaît, mais avec qui la relation est portée sur un intérêt bien spécifique. Aussi je ne peux que souscrire aux dires de Edward T. Hall.

« La distance publique, plus de 360 cm : distance au-delà de laquelle l'individu ne se sent plus directement concerné. Face à un individu qui réduit cette distance et dont elle ne perçoit pas les intentions, une personne se sent menacée et peut adopter une conduite de fuite ou de défense. »

En effet c'est la distance qui nous permet de se protéger du monde extérieur, d'ailleurs Edward T. Hall le démontre d'une façon remarquable dans son écrit ; en nous donnant l'exemple suivant : *« Dans un wagon, un amphithéâtre, une salle de cinéma... les places se remplissent toujours selon le même schéma. Chaque nouvel arrivant cherche la place la plus éloignée de celles déjà occupées s'il ne connaît personne dans la salle ou le wagon. Pour sauvegarder un espace libre autour de soi le plus longtemps possible, on dispose des affaires personnelles sur les sièges d'à côté... »*

Et c'est vrai que lorsque l'on y pense, quand on monte dans le train on cherche toujours une même banquette totalement libre, et on peut remonter le train pendant 5 / 10 min pour justement trouver « CETTE » banquette qui nous permettra d'être seul, et de ne pas se sentir « mal à l'aise » en s'asseyant à côté d'une autre personne.

Concept de la confiance:

Définition : vient du latin « *confidentia* »

[En parlant d'une relation de personne à personne] « *Croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle... d'une autre personne, qui nous rend incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompétence* ».

Une définition un peu plus philosophique de la relation est : il faut s'en remettre en premier aux origines du mot, la confiance c'est la foi en quelque chose ou en quelqu'un. « Faire confiance à », c'est donc croire aux paroles de cette personne. Dans ce cadre, une définition un peu plus philosophique de la relation peut être apportée. En effet en philosophie, il faut aller au-delà des origines et étirer le mot au maximum. De façon plus moderne, « Faire confiance à », c'est accorder son approbation, dire qu'on est d'accord avec cette personne. D'ailleurs comme le dit si bien RIVAROL (Ecrivain et essayiste français 1753-1801) : « La confiance est le sentiment de sécurité ou la foi (la sûreté) qu'a une personne vis-à-vis de quelqu'un ou de quelque chose. De même, il s'agit de la présomption de soi-même et d'une caractéristique qui permet d'entreprendre et/ou de supporter des choses difficiles voire pénibles. Par exemple: Cet homme ne m'inspire pas vraiment confiance, méfie-toi ; Jean lui faisait confiance. Pourtant, elle l'a trahi ».

Pour moi la confiance est quelque chose de très rare. La personne à qui on l'accorde doit être très proche de nous, ses parents lorsque l'on est enfant, puis ça peut être un(e) ami(e) par la suite, le conjoint. Mais, attention cependant à ne pas confondre la confiance avec l'amour. Ce sont deux choses bien distinctes.

Les principales formes de confiance sont :

-La confiance en soi : Elle provient de l'amour reçu par ses parents, ses proches, de la satisfaction des besoins de reconnaissance et de sécurité. Cependant elle peut être

altérée par des obstacles (peurs) qui viennent du passé et de notre perception de la réalité.

- La confiance en l'autre : Elle s'installe progressivement par la reconnaissance des besoins et leur satisfaction de l'autre personne. Dans le milieu hospitalier, l'infirmière répond aux besoins du patient et les satisfait en lui prodiguant des soins (cf. les 14 besoins de Virginia Henderson).

Cette confiance de l'autre est conditionnée par un engagement, qui peut être moral ou explicite. C'est celui-ci qui relie le patient et le soignant. Ce dernier a fait vœu de soigner tous les patients sans aucune distinction. Pour les médecins, ce vœu est officialisé par le serment d'Hippocrate.

Comment amener cette confiance ?

Dans le dictionnaire le terme confiance est défini comme, « *Sentiment de sécurité de celui qui se fie à quelqu'un* » (PETIT LAROUSSE (1995)).

La première étape est de sécuriser la personne en lui offrant, entre autre, des repères spatiaux, temporeux, mais aussi identitaires.

En effet, « (...) *les repères identitaires sont aussi importants ; ils consistent à situer le patient dans l'inter-relation, qui est en train de se créer, pour lui octroyer toute sa place, et qu'il puisse s'investir. La finalité de cette étape n'est pas de donner des repères, mais de sécuriser, (...)* » (FORMARIER M (2003), page 19.)

Se présenter à la personne soignée entre bien dans ce cadre. Ainsi, en déclinant son identité et sa fonction, le soignant devient un visage connu dans un monde qui ne l'est pas.

« *Au-delà d'une technicité appropriée, le malade recherche chez le soignant, souvent à son insu, une figure protectrice susceptible de donner sens et satisfaction à une quête confuse(...).* » (SOUVEYRAND P., FALCON N., ENYOUMA M., THOMAS M (1999), page 95)

La relation de confiance soigné-soignant

Le soigné va se rassurer en personnalisant l'image du soignant.

L'infirmier va humaniser la relation en se présentant au patient.

« La véritable relation se construit à travers des échanges personnalisés. »
(MANOUKIAN A. (2004), page 105.)

L'amélioration du lien professionnel-patient va faire progresser la prise en charge de ce dernier.

« On n'est pas soigné uniquement par un savoir technique, mais aussi, et d'abord, par un être humain, le soignant, qui établit une relation d'échange avec le soigné »
(ZARIFIAN E. (1999), page 85.)

En conclusion, dans la pratique, l'infirmier entre en relation avec le soigné par l'intermédiaire de la communication. La qualité de celle-là semble dépendre entre autre des premiers instants qui lui sont accordés. En effet, les impressions qui en résultent, peuvent laisser une empreinte affective et donc influencer la relation qui en découle. En personnalisant, et en humanisant sa présentation, le soignant pourra offrir au patient la possibilité de se créer des repères. Ceux-ci pourront alors favoriser la confiance nécessaire à la relation entre soignant et soigné.

Concept du soigné

Comme je l'ai dit plus haut dans l'historique du soin, la personne prise en charge était appelé « malade ». Puis au fil du temps, avec la prise en compte du côté psychologique, l'identification un peu péjorative (avant d'être malade, c'est une personne à part entière), « malade » a été remplacé par « patient », « soigné ». Aujourd'hui encore on emploie beaucoup le mot « patient » ; pour le moment, je ne prendrais pas en compte le nouveau qualificatif que l'on commence à entendre « client ».

Dans l'encyclopédie Larousse, le « malade » (latin *male habitus*, qui est en mauvais état) est défini par « Personne dont la santé est altérée ».

Dans le guide du service des soins infirmiers (1987) « malade » est défini comme suit :

« C'est la rupture de l'équilibre, de l'harmonie, un signal d'alarme se traduisant par une souffrance physique, psychologique, une difficulté ou une inadaptation à une situation nouvelle, provisoire ou définitive. C'est un événement pouvant aller jusqu'au rejet social de l'homme et de son entourage. »

Dans le dictionnaire mediadico le « patient » est l'être : « *Qui subit une action, Celui sur qui on agit, personne qui subit une opération chirurgicale, un traitement médical.* »

L'encyclopédie Larousse nous donne une définition très proche du « mediadico » : « *Personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale.* ».

Les deux définitions parlent de « soumission » ; cela veut-il dire que le « malade » / « patient » doit tout accepter sans poser de questions ?

Depuis quelques années, cette notion d'état de soumission change. La loi du 4 Mars 2002, permet au patient de refuser un soin. C'est l'exemple concret de la fin de la

soumission des « malades » ou « patients ». Mais ce changement n'introduit-il pas également ce nouveau terme dans le domaine du soin : « Client ».

Le patient donne son accord pour les soins (c'est son choix), il peut demander un autre médecin, un autre infirmier (ce qui reste néanmoins très rare). Le terme « client » a ici tout son sens, effectivement c'est le « patient » / « malade » qui choisit et décide. En comparaison cela correspond au choix dans le supermarché pour les repas du soir ou du lendemain.

Et enfin le mot « soigné » est défini comme « une personne qui reçoit des soins » (Larousse). Encore une fois, le « soigné » est dit comme passif. Cependant, on ne voit pas la connotation de soumission.

Marie-Christine PARNEIX analyse fort bien la position du malade : *« La personne qui, parce qu'elle est malade, est amenée à séjourner en milieu hospitalier, peut ressentir l'hospitalisation avec angoisse. En effet, ne vient-elle pas là pour un problème de santé dont elle ignore bien souvent l'importance, la gravité, les conséquences ? N'est-elle pas amenée à subir des examens, recevoir des traitements dont la conduite lui échappe en partie ou totalement ? »*

Effectivement, très souvent les malades, ne comprennent pas le « jargon » médical. Par conséquent, il est souvent nécessaire que l'infirmier demande au patient ce qu'il a compris. Cela lui permet d'évaluer la compréhension des informations reçus par le patient et si besoin lui réexpliquer selon les compétences d'un infirmier. D'une part le patient aura les réponses souhaitées aux questions non posées. D'autre part cela permettra d'établir un pont entre le patient et le soignant.

La relation de confiance soigné-soignant

Walter HESBEEN, classe les différents actes des infirmières pour réaliser des statistiques sur la quantité de temps accordé au patient.

	Infirmière DE	Aide-soignante
Soins Directs	40%	60%
Soins Indirects	60%	40%

Il définit les soins directs comme étant : « opérés en présence du patient » (« faire » ou « donner » des soins) et les soins indirects par « tout le restant » (exemples : préparer, ranger le matériel ; exécuter le dossier du patient ; assister à des réunions entre professionnels...)

On remarque, que l'infirmière passe plus de temps dans la salle de soins, ou dans le bureau qu'auprès des patients. Et aujourd'hui c'est effectivement la réalité dans le monde hospitalier. La charge de travail administratif augmente pour l'infirmière. Elle délaisse donc le côté relationnel pour finir son travail en temps voulu.

« Le métier de soignant doit reconquérir sa place auprès du patient, c'est la vigilance 1 » W.HESBEEN. Je suis tout à fait d'accord avec cette phrase. Effectivement une infirmière proche du patient permet de détecter les problèmes non visibles sur les résultats de bilans sanguins, sur le scope ou sur tous les autres appareils de surveillances dont on dispose. Les infirmières disent fréquemment que les aides-soignantes et les ASH, ont beaucoup au patient. Elles disposent de plus de temps que l'infirmière. L'aide-soignante, qui fait la toilette, voit le corps nu de la personne et peut donc remarquer une altération des tissus, des marbrures... Quand à l'agent de service hospitalier, qui est présente dans la chambre environ 10 minutes, elle discute avec le patient. Ce dernier peut en profiter pour lui dire qu'il se sent mal, que ça ne vas pas ; alors que l'infirmier passe de façon brève voir les patients. Quant à la fin de sa phrase, W. HESBEEN dit « ...c'est la vigilance 1 ». Oui l'œil, l'odorat et l'ouïe du soignant sont des éléments de surveillance à ne pas négliger.

Pour la personne soignée, l'hôpital est une microsociété étrangère qui la coupe de ses habitudes familiales, environnementales et sociales. L'hôpital suscite en même temps une promesse de guérison et de l'angoisse, de l'anxiété ainsi que de la dépendance. En effet lorsqu'une personne est admise à l'hôpital, on lui impose une chambre, des heures pour les repas, les soins et les visites. La personne peut se sentir diminuée par sa maladie, inactive et dépendante d'autrui, alors qu'avant son entrée à l'hôpital, elle avait un certain degré d'autonomie.

C'est dans ce lieu étranger pour lui que le malade découvre le sentiment de dépersonnalisation. Il devient un sujet d'observation, de par sa maladie (observation des signes cliniques, de l'évolution des effets des traitements) mais aussi pour la formation des soignants (étudiants médecins, infirmiers). *« Ils ont parfois l'impression d'être un corps morcelé au regard de soignants ».*

Concept du « soignant »

Dans le dictionnaire « Le petit Larousse » le mot « soignant » est défini par: *« C'est un individu qui s'occupe d'une personne en perte de santé en lui prodiguant des soins. »*

Dans le « Dictionnaire médical », 9ème édition, Edition Masson (2002) la définition est : *« L'infirmière est une personne « ayant suivi des études professionnelles de base, étant apte et habilitée à assumer dans son pays la responsabilité de l'ensemble des soins que requiert la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des soins aux malades. »*

A contrario, « l'encyclopédie Larousse » ne parle que du côté pratique du soin : *« Personne qui donne des soins à quelqu'un. »*

Walter HESBEEN donne une définition qui montre bien son implication dans le « prendre soin » : *« le terme de soignant regroupe l'ensemble des intervenants de l'équipe pluridisciplinaire, qui ont tous pour mission fondamentale de prendre soin des personnes, et ce quelle que soit la spécificité de leur métier. »*

Il précise également que « le mot soignant dépasse largement le statut d'un professionnel mais désigne une intention. Il ne suffit pas d'être médecin, infirmière, kinésithérapeute, sage-femme... pour être soignants ; encore faut-il que l'action quotidienne soit marquée par l'intention de prendre soin des personnes et pas seulement de leur faire des soins. » (Cours sur le « prendre soin » en 2007).

Il explique ainsi qu'être soignant, n'est pas uniquement être un exécutant, mais quelqu'un qui le fait parce qu'il a envie de s'occuper des autres.

Pour ma part, je vais reprendre « la définition » de la cadre sage-femme lors d'une de mes mises en situations professionnelles de deuxième année : « *il y a deux formes d'infirmiers ; soit des soignants ou soi-niant* ». C'est-à-dire que lorsque l'on est infirmier on a le choix entre être un soignant, qui va donc prendre soin de la personne, dans son ensemble ; ou alors être « soi-niant » et ne prendre en charge que le cote technique; juste rester un exécutant.

A l'époque je ne comprenais pas bien. Je pensais que l'on soignait une maladie, quoiqu'il arrivait notre devoir était de faire en sorte que le patient rentre chez lui guéris. Aujourd'hui, avec l'expérience de mes stages, et mon évolution personnelle, je suis plus proche du soignant, que du « soi-niant ». Effectivement, aujourd'hui, au regard de certaines situations de soins, comme celles énoncées dans ma partie descriptive, le patient est l'élément le plus important à mes yeux dans le système de soins.

En 1998, lors du congrès d'ergothérapie et de médecine physique de la Grande Motte, Yves GINESTE présente la position du soigné par rapport aux soignants, de la façon suivante :

"Tu es donc libre, et tu es mon égal, et si tu veux nous serons frères sur le chemin que nous suivrons ensemble ».

La relation de confiance soigné-soignant

Que ce soit W. HESBEEN, Yves Gineste ou la cadre sage-femme que j'ai eu l'occasion de rencontrer en stage, tous s'accordent à dire qu'il faut humaniser nos soins, humaniser notre prise en charge, et mettre le patient au centre de nos préoccupations. J'adhère complètement à ce concept, cependant est ce bien en adéquation avec la Tarification à l'activité ? Il faut rentabiliser les hôpitaux, donc travailler plus, plus vite. Ainsi, il va être difficile d'être dans le « prendre soin », et non dans le « faire le soin ».

Réflexion personnelle

Depuis longtemps les infirmier(e)s se sont battus pour faire évoluer la profession. A ses débuts l'infirmière ne recevait aucune formation, elle n'avait pas de diplôme. Depuis la promotion 2009-2012, trois ans d'études et la validation de 180 ECTS, répartis entre stages et unités d'enseignements, sont nécessaires. Elle peut également se spécialiser comme puéricultrice, Infirmière de bloc opératoire ou infirmière anesthésiste. Il existe donc un vrai cursus de formation infirmière. Au cours du temps, les infirmières ont démontré qu'elles avaient besoin de connaissances théoriques et pratiques pour « soigner ». Elles ont revendiqué leur savoir, leur savoir-faire, et par la suite leur savoir être. Depuis longtemps, beaucoup ont mises en avant la réflexion dans leurs soins. De cette manière, elles sont passées de simples exécutantes, à soignante qui réfléchit sur ses actions, et sur les prescriptions du médecin. Aujourd'hui, avec l'augmentation des procédures judiciaires, les infirmières doivent s'assurer que les prescriptions ne soit pas disproportionnées ou irrationnelles. La justice reconnaît comme responsables le médecin et l'infirmière. Il est donc dangereux de n'être qu'un simple exécutant.

Au-delà de cet aspect judiciaire, j'aimerais également aborder l'aspect relationnel. Au fil des siècles, le rôle d'infirmière a évolué de soigner physiquement le « malade », à sa prise en charge globale ; c'est-à-dire en prenant en compte l'aspect psychologique. Le patient pouvant refuser les soins, il est important de pouvoir lui expliquer ce que l'on va faire, le rassurer.

J'en viens donc au thème de mon mémoire sur la relation de confiance entre le soigné et le soignant. Effectivement, si le soigné a confiance en la personne qui la soigne, c'est-à-dire l'infirmière par exemple, il sera coopératif pendant le soin, et il parlera de ces douleurs éventuelles. Ces éléments faciliteront la compréhension des soignants sur son ou ses problèmes et ainsi l'aider au mieux. A mon avis, la confiance fait, tomber une barrière entre ces deux personnes qui interagissent dans le même but. A contrario, la méfiance envers le soignant, ou inversement envers le soigné, ne permettra pas le dialogue entre ces deux personnes, et donc l'évocation des questions ou des problèmes que rencontre chacune d'elle.

La relation de confiance soigné-soignant

J'associe donc la confiance au « dit », et inversement la méfiance au « non-dit ».

Le rôle de l'infirmière est primordial pour établir cette relation. Le recueil d'informations, utiles et décisives parfois, dépend de cette dernière et facilite la mise en place d'un traitement adapté pour le patient.

L'établissement de cette relation, prend du temps. Par exemple, dans la vie personnelle : on accorde notre confiance qu'après un certain nombre de mois, voire d'années. La confiance est quelque chose de précieux (à mes yeux), il faut bien connaître la personne à qui on l'octroie.

Dans notre métier la plus grande difficulté pour nouer cette relation vient du facteur temps. Prenons l'exemple du service des urgences : le temps de passage est très court, il nous faut donc établir cette confiance réciproque, entre le patient et le soignant, le plus rapidement possible.

A priori, dans les services de moyennes et longues durées le facteur est moins pénalisant, c'est un peu plus facile d'établir cette relation de confiance.

Suis-je certain de cette affirmation ?

En fait, aujourd'hui je me pose cette question : A-t-on réellement le temps d'établir cette relation de confiance ?

Effectivement, la mise en place de la tarification à l'activité, privilégie les séjours courts et standardisés. Ce raccourcissement des durées d'hospitalisation limite donc le temps nécessaire à l'établissement d'une relation de confiance entre patient et soignant.

Dans l'étude de W. HESBEEN, le tableau vu précédemment indique la répartition du temps passée auprès d'un patient par une infirmière, et celui réservé aux démarches administratives. Ces dernières prenant plus de temps, comment peut-elle faire pour discuter avec le patient et instaurer une relation de confiance?

Le temps des soins est le moment privilégié pour que l'infirmière puisse discuter avec le soigné si celui-ci est réceptif. Imaginons que la réfection de son pansement lui fasse mal, sera-t-il capable de dialoguer avec l'infirmière ? Je n'en suis pas sûr.

Quoiqu'il en soit, à l'heure actuelle, j'ai l'impression que l'on pousse les infirmières à déshumaniser les soins qu'elles ont mis des siècles à humaniser.

Pourtant, lors de mes expériences vécues en stage, je ne peux constater que le temps pris pour expliquer les soins, le but des médicaments, ou pour discuter tout simplement avec le patient, fait ensuite gagner du temps.

Je vais maintenant me projeter dans l'avenir, je souhaite intégrer un service des Urgences. Je reçois un patient X, jeune, qui vient pour perte de connaissances. Ma première approche sera de questionner sur sa perte de connaissances. Est-ce fréquent, a-t-il des problèmes cardiaques diagnostiqués. Ses réponses sont négatives, je continue mon interrogatoire sur l'absorption de produits inhabituels tels que toxiques, alcool... Sa réponse est de nouveau négative. Dans cet exemple, je vais supposer qu'en réalité ce patient a consommé des stupéfiants.

Dans cette hypothèse, ce patient ment sur sa prise de stupéfiants.

Pourquoi ? Je suppose que la peur du regard du soignant, mais également la crainte de la dénonciation avec les procédures judiciaires qui suivraient sont de bons arguments pour ne pas m'en parler.

C'est à ce moment que la confiance intervient. Dans ce cas, la connaissance de la prise de toxique est importante pour l'infirmier. Ainsi dans les quelques minutes où il voit le patient, il doit se présenter comme soignant, et non pas comme juge.

Cet exemple est purement fictif, mais on peut noter que si le patient ne dit pas tout, les médecins et infirmiers, pourront difficilement aider le patient.

Ce n'est qu'un cas parmi tant d'autres, je n'aborderais pas tout ce qui peut être « chocs psychologiques » et qui engendrent bons nombres de problèmes somatiques. De plus nous soignants, nous n'en voyons que la superficie. Sauf si le patient nous en parle, alors que souvent c'est le fond du problème.

Au cours de mes 4 années d'études, j'ai appris bien des choses, que ce soit sur le plan professionnel, ou personnel mais également relationnel. J'ai également évolué sur la façon de « soigner ». J'ai commencé dans l'optique de « faire les soins », alors que

IFSI BERTRAND SCHWARTZ Promotion 2008-2011

La relation de confiance soigné-soignant

maintenant je me situe plus dans le fameux « prendre soin », c'est-à-dire que je prends le temps d'écouter, de parler avec les personnes que je soigne et c'est dans cette voie, que je compte exercer ma profession d'infirmier.

Conclusion

Ce travail de fin d'études, m'a une fois de plus permis de comprendre à quel point le relationnel est important.

Aux travers des situations vécues pendant mes stages et mes recherches, j'ai constaté que « prendre soin » de la personne, est non seulement mieux pour le patient, mais également plus gratifiant pour le soignant.

Gratifiant dans le sens où on se met dans une position de réflexion par rapport au patient.

Et ce « prendre-soin » doit nous aider à instaurer un climat de confiance entre le soigné et l'infirmier. Celui-ci permettra une communication qui facilitera l'obtention d'informations de la part du patient.

Dès le début de l'hospitalisation du patient, il est essentiel de lui démontrer une prise en charge physique et psychologique, et non pas une appréciation ou un jugement de sa personne ou de son vécu. Nous ne sommes pas là pour le juger, mais pour l'aider.

En conclusion, chaque soignant doit tout faire pour mettre en confiance le patient. Pour cela il doit l'écouter, lui parler, le rassurer, l'aider.

D'ailleurs n'est-ce pas les principales qualités personnelles, mais aussi professionnelles que l'on demande à un infirmier ?

Bibliographie

La relation de confiance soigné-soignant

- article "A l'écoute de la confiance dans la pratique quotidienne des soins" par Chantal EYMARD et Jean-Marie REVILLOT Revue "perspective soignante N°37 avril 2010 pages 104 à 118
- La relation d'aide en soins infirmiers- une perspective holistique- humaniste. Ecrit par Jacques Chalifour, et édité par les éditions Lamarre
- Revue "Perspective Soignante" N°35-septembre 2009 article "La perception que les usagers ont de leurs expériences auprès des professionnels de santé : l'humanisation et la confiance" pages 88 à 113 écrit par Montserrat teixidor i freixa.
- Revue "Perspective soignante" N°35-septembre 2009 article "De la relation de confiance à la construction du sens: un tryptique porte par l'éthique" pages 68 à 87 écrit par Véronique Haberey-Knuessi.
- Cours sur le « prendre soin » en 2007 de WALTER HESBEEN
- <http://www.filosocial.com/tratado/fran/sujet3.html> (traité de philosophie sociale)
- L'encyclopédie Larousse : « www.larousse.fr/encyclopedie »
- <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/9/21.pdf> de Marie-Christine PARNEIX (Surveillante CHR Limoges)
- Dictionnaire en ligne media dico : www.mediadico.com/