

---

**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE  
GRENOBLE**

**INSTITUT DE FORMATION**

**EN SOINS INFIRMIERS**

**PROMOTION 2009/2012**

---

# **Relation d'aide infirmière en service de rééducation**

*« Le monde nous casse, et ensuite beaucoup  
deviennent forts aux endroits cassés... »*

---

**MATH Céline**

**Directeur de mémoire : FROGER Raphaël**

**Année scolaire : 2011/2012**

**C8 UE 3.4 et 6.1**



---

**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE  
GRENOBLE**

**INSTITUT DE FORMATION**

**EN SOINS INFIRMIERS**

**PROMOTION 2009/2012**

---

# **Relation d'aide infirmière en service de rééducation**

*« Le monde nous casse, et ensuite beaucoup  
deviennent forts aux endroits cassés... »*

---

**MATH Céline**

**Directeur de mémoire : FROGER Raphaël**

**Année scolaire : 2011/2012**

**C8 UE 3.4 et 6.1**

*« Le monde nous casse, et ensuite beaucoup deviennent forts aux endroits cassés... »*

Ernest HEMINGWAY, 1929

L'Adieu aux armes

## SOMMAIRE

I.	Introduction.....	1
II.	Situation de départ, cheminement personnel et professionnel .....	2
	1. Situation d'appel .....	2
	2. Questionnement .....	3
	3. Cheminement personnel et professionnel .....	4
III.	Cadre conceptuel.....	5
	1. La relation d'aide en soins infirmiers .....	6
	a) Définitions.....	6
	b) Données législatives.....	7
	c) En pratique : les limites et les besoins .....	7
	2. Le handicap .....	9
	a) Définitions.....	9
	b) Epidémiologie et étiologies retenues .....	9
	c) En pratique : différents regards sur le handicap .....	10
	3. La rééducation .....	11
	a) Définitions.....	11
	b) Historique .....	11
	c) En pratique : rôle infirmier en rééducation .....	12

4.	Rédaction de la question de départ.....	13
a)	Définition des autres mots-clés.....	13
b)	Question de départ .....	13
IV.	Enquête exploratoire .....	14
1.	Contexte et population cible .....	14
2.	Choix des outils, du calendrier, de l'organisation .....	14
3.	Elaboration de la grille d'entretien .....	15
a)	Patients .....	15
b)	Infirmiers.....	16
4.	Analyse des entretiens.....	17
a)	Analyse verticale .....	17
b)	Analyse horizontale, croisement des données théoriques et empiriques.	21
5.	Formulation de la problématique.....	22
V.	Conclusion.....	25

## I. Introduction

J'ai toujours été impressionnée par l'attitude bienveillante de certains soignants, et leur faculté à aider les patients en état de détresse. J'ai moi-même pu l'expérimenter au cours de mon tout premier stage, en service de soins vigilants de neurologie. J'ai été marquée par les conséquences de cette relation d'aide sur la récupération de Mr X., le patient que je prenais en charge. D'après moi, la relation d'aide est souvent sous-estimée dans les services de soins généraux. C'est pour en montrer l'importance que j'ai choisi de travailler sur la relation d'aide en service de rééducation. Les patients, handicapés suite à un accident physiologique ou fonctionnel, sont dans l'attente d'une attitude bienveillante et d'écoute, afin d'améliorer leur récupération.

Mon mémoire sera composé de 3 grandes parties. Tout d'abord, il me semblait utile de présenter la situation à l'origine de mon questionnement. Ensuite, j'expliquerais le résultat de mes recherches théoriques. Enfin, je retracerai mon enquête sur le terrain avant de l'analyser. C'est cette dernière partie qui me permettra d'aboutir à ma question de recherche.

En démontrant la place que la relation d'aide occupe dans un service de rééducation, je souhaite faire réfléchir les soignants quels qu'ils soient, sur l'importance de leur attitude soignante. Afin de mieux m'informer sur le thème que je vais aborder, j'ai commencé par faire des recherches théoriques sur les différents mots-clés de mon mémoire : Relation d'aide, handicap et rééducation. Ces données théoriques m'ont permis d'aller enquêter sur le terrain, dans une approche exploratoire.

Les entretiens avec les patients et infirmiers de rééducation me permettent de vérifier ce que j'ai appris dans mes lectures et recherches théoriques. En analysant mes entretiens et en comparant ces différents apports, je mets en avant différents aspects que je n'avais pas perçus en commençant mon mémoire. Ces nouveaux questionnements m'amènent alors à la question de recherche.

*« Si tu diffères de moi, loin de me léser, tu m'enrichis. »*

Antoine de SAINT-EXUPÉRY, 1948

Citadelle

## II. Situation de départ, cheminement personnel et professionnel

### 1. Situation d'appel

Je suis en stage depuis 2 semaines dans un service d'hospitalisation en urgence de patients victimes d'AVC (Accidents Vasculaires Cérébraux) et d'autres troubles neurologiques. Le service suit les patients pour une durée de quelques jours à plusieurs semaines, jusqu'à ce que leur état permette un transfert vers un institut de rééducation neurologique ou un retour à domicile. Même si la prise en charge se fait avant tout en urgence, la rééducation commence dès qu'elle est physiquement possible pour le patient. Il s'agit de mon premier stage de première année, d'une durée de 5 semaines.

Mr X. est un patient que je prends en charge pour la plupart de ses soins quotidiens. Il est âgé de 40 ans et est hospitalisé depuis 3 semaines dans le service suite à un AVC. Commercial de son métier, Mr X. se sent très handicapé par une aphasie quasi-totale. Il appréhende de ne pas pouvoir reprendre ses activités professionnelles et familiales, estimant ne pas récupérer suffisamment rapidement ses capacités verbales. Mr X. est très soutenu par sa famille et ses proches, qui ont mis à sa disposition un ordinateur portable lui permettant de mettre par écrit les choses qu'il ne parvient pas toujours à exprimer verbalement. Depuis quelques jours, Mr X. semble renoncer à tout effort... découragé par une rééducation qu'il juge trop lente. Lorsque je prends le temps d'échanger avec lui, je me rends compte qu'il a du mal à exprimer ses angoisses, ce qui, petit à petit, l'amène à se renfermer sur lui-même. Il évoque tout de même la peur de devenir dépendant et de ne plus pouvoir assurer son rôle de chef de famille. Profitant d'une période creuse du service, et du fait que Mr X. n'ait ni visite ni rendez-vous médical de prévu, je m'installe à ses côtés pour échanger avec lui.

Je lui explique qu'en rééducation, rien n'est fixé ni prévisible. On ne peut estimer avec précision à quel point un patient peut récupérer et à quelle vitesse. J'ajoute qu'il n'est pas le seul patient dans ce cas-là, et qu'il peut retrouver certaines des capacités qu'il avait avant son accident vasculaire cérébral. Cet échange semble rassurer Mr X. qui reprend espoir et confiance en lui. Son attitude change totalement lors des exercices d'orthophonie dans les jours suivants, Mr X. retrouve le sourire et même le sens de l'humour, ce que souligne également toute sa famille. Mr X. retrouve ses capacités verbales très rapidement, ce qui surprend toute l'équipe soignante.

Son départ en centre de rééducation sera donc anticipé et, peu avant son départ, Mr X. demande à me voir. Il me remercie alors chaleureusement, en expliquant que cet échange avec moi lui avait redonné confiance en lui et en la rééducation, ce qui, il en est certain, a accéléré sa récupération et sa sortie. Ce changement d'attitude et ses conséquences sur la récupération physique de Mr X. m'ont posé question.

## 2. Questionnement

Cette situation m'a permis de réfléchir à différents aspects de la relation soignant-soigné. Je me suis bien rendu compte que la technicité des soins, et l'arrivée en urgence des patients, laissait peu de temps aux soignants, pour échanger avec Mr X. comme je l'ai fait. Au cours de mes précédents stages, j'ai pu me rendre compte qu'il était plus facile de mettre en place une relation d'aide dans des services d'hospitalisation longue, tels que les services de rééducation. C'est pourquoi mon questionnement se tourne vers ces services, où l'importance de la relation d'aide semble mise en avant.

- A quel point cette relation d'aide est-elle nécessaire à un bon travail de rééducation ?
- Quelle place prend réellement le relationnel dans la mise en place d'un projet rééducatif ?
- Cette relation d'aide peut-elle avoir un effet sur le mental de la personne soignée en situation de handicap ?
- En quoi le mental de la personne soignée peut-il être une ressource lors de la rééducation ?

### 3. Cheminement personnel et professionnel

Avant mon entrée en formation, j'ai eu l'occasion de découvrir différents services de rééducation. A l'époque j'y allais afin de rendre visite ou d'accompagner des proches, sans aucune connaissance du milieu soignant. J'étais fascinée par les différents acteurs qui y travaillaient en collaboration et en harmonie, au profit du patient.

Même si ce premier stage en neurologie a été très enrichissant, j'ai vite réalisé que c'était un service d'urgences, où les infirmiers privilégient les soins techniques, la prise en charge de la pathologie et des risques associés, en délaissant une partie du côté relationnel de l'accompagnement du patient. Bénéficiant de mon statut «d'étudiante infirmière 1<sup>ère</sup> année», je pouvais prendre le temps d'échanger avec les patients que je prenais en charge sur leur vécu et ressenti, ce qui me plaisait particulièrement. Lorsque j'ai eu à choisir mes stages suivants, cette préférence pour le côté relationnel s'en est trouvée renforcée.

D'abord lors de mon stage en Maison d'Accueil pour Personnes Âgées (MAPA), où j'ai trouvé exceptionnelle la relation instaurée entre les résidents et l'équipe soignante. Puis lors de mon stage dans un service de rééducation pour Blessés Médullaires, au cours duquel je me suis rendu compte des effets positifs comme négatifs que pouvait avoir la relation d'aide sur le patient et sur sa rééducation. Des patients jeunes, parfois touchés par un handicap très lourd (para ou tétraplégie), reprenaient confiance en eux et en la rééducation, en partie grâce au soutien de l'équipe soignante, ce qui améliorait leur récupération.

Mon tout dernier stage, effectué en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) pour personnes polyhandicapées, m'a définitivement confortée dans le choix de mon orientation professionnelle ainsi que dans le thème que je souhaitais aborder dans mon mémoire de fin d'études. Dans ce type de foyer, la relation instaurée au fil des années auprès des patients est d'une richesse inouïe, permettant des progrès quotidiens dans la récupération, parfois même minime, de capacités physiques et psychiques.

Au fil de mon évolution professionnelle, et en prenant du recul par rapport à mon premier stage, j'ai compris que ce que j'avais mis en place lors de la situation évoquée et qui m'avait tant marquée, était défini comme de la relation d'aide.

### III. Cadre conceptuel

Avant d'effectuer mon travail de recherche, je voulais me renseigner sur la relation d'aide mise en place par les infirmières en service de rééducation. En effet, avant d'aller enquêter sur le terrain, il est primordial d'avoir des connaissances approfondies sur les thèmes que l'on souhaite aborder. On ne peut, d'après moi, tenir un entretien sans s'être informé sur tous les aspects du travail de recherche entrepris. Le fait de confronter les points de vue des différents auteurs, fait réfléchir à sa propre façon de penser et représente un enrichissement important.

Ces recherches théoriques, et l'explicitation de certains concepts me permettront de formuler correctement ma question de départ, avant l'enquête exploratoire. Je trouve en effet difficile de choisir les mots correspondant réellement à l'idée que je souhaite mettre en avant, sans faire de recherches approfondies sur chacun des mots-clés de mon travail.

J'ai commencé par relire mes cours<sup>1</sup> et lu différents magazines spécialisés (*Soins, La revue de l'infirmière*) afin d'avoir des apports théoriques sur la relation d'aide en rééducation et sa mise en place dans les services. J'ai ensuite lu différentes autobiographies et témoignages de personnes en situation de handicap<sup>2,3</sup>. Toutes ces personnes mettaient en avant l'importance, pour elles, d'être écoutées et soutenues par le personnel soignant lors de leur hospitalisation. Enfin, j'ai choisi de retracer un peu l'histoire de la rééducation, afin d'en comprendre le passé et les objectifs.

Tous les documents m'ayant servi à construire ce cadre conceptuel ne sont pas forcément cités dans ce mémoire. Ils sont, par contre, tous notés dans la bibliographie, à la fin de ce document.

---

<sup>1</sup> AICHOUN Louïsette, FAURE Brigitte, VINÇON Béatrice. Relation d'aide en soins infirmiers. 2010.

<sup>2</sup> MURPHY Robert. Vivre à corps perdu. Le témoignage et le combat d'un anthropologue paralysé. Editions Omnibus, 1990. 392 p. (Coll. Terre Humaine)

<sup>3</sup> GARDOU Charles. Connaître le handicap, reconnaître la personne. Éditions Ères, 1999. 256 p.

## 1. La relation d'aide en soins infirmiers

### a) Définitions

- Relation : « *Tout ce qui, dans l'activité d'un être vivant implique une interdépendance, une interaction dès lors qu'une modification de l'un entraîne une modification de l'autre.* »<sup>4</sup>
- Aide : « *Action d'intervenir en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens.* »<sup>4</sup>
- « *La relation d'aide en soins infirmiers se situe dans la réflexion clinique infirmière, la mise en évidence d'un problème, l'analyse de celui-ci dans le but de comprendre les besoins du patient. Cette démarche permet à l'infirmière d'accompagner la personne, qui, en mobilisant ses ressources, trouve ses propres solutions.* »<sup>5</sup>
- Relation d'aide : « *J'entends, par ce terme, des relations dans lesquelles l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une meilleure capacité d'affronter la vie. L'autre, dans ce cas, peut être soit un individu, soit un groupe. On pourrait encore définir une 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.* »<sup>6</sup>

J'ai choisi ces différentes définitions car d'après moi, elles mettent en avant l'importance d'être deux afin de mettre en place une relation d'aide. Le patient et le soignant s'impliquent tous deux, au risque de se mettre en danger.

---

<sup>4</sup>. Dictionnaire « Le Robert »

<sup>5</sup>. DAYDE Marie-Claude. La relation d'aide en soins infirmiers, aspects réglementaires et conceptuels. Soins n°731. décembre 2008 p. 36

<sup>6</sup>. ROGERS Carl. Le développement de la personne. Organisation et sciences humaines. Editions Dunod, 1978. p 29

#### b) Données législatives

La relation d'aide infirmière fait partie du rôle propre infirmier défini dans le Code de la santé publique<sup>7</sup>. Dans la dernière version du décret, publiée en 2002, le terme de « relation d'aide » n'apparaît plus, bien que l'idée principale reste la même.

Art. R4311-5: « *Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants...: [40°] Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ; [41°] Aide et soutien psychologique...* »

Le code de déontologie du Conseil International des Infirmières (CII) souligne dans son préambule : « *les quatre responsabilités essentielles des infirmières : promouvoir la vie, prévenir la maladie, restaurer la santé et soulager la souffrance.* »<sup>8</sup>

L'aide et le soutien psychologique, ainsi que les responsabilités citées par le CII reprennent les notions clé de la relation d'aide. Même si elle n'est plus citée, on comprend qu'elle est ici sous-entendue.

#### c) En pratique : les limites et les besoins

Alain Yelnik dira, à propos du travail des équipes soignantes en rééducation : « *Pansements de cicatrice d'opération, soins de prévention et de traitement d'escarres, assistance à l'alimentation, à la toilette, aux besoins élémentaires, observance du traitement médicamenteux, sont, entre autres, leurs tâches pluriquotidiennes. Ce travail les rend très proches des malades dont ils partagent l'intimité, la pudeur, et les angoisses, notamment nocturnes. Ils sont au premier rang devant leurs émotions et doivent écouter, rassurer, faire patienter (car on sait que le patient ne patiente pas...). La fréquence et la durée de leurs contacts avec les malades interdisent tout faux-fuyant et imposent dans les relations une vérité qui en fait toute la richesse. On peut dire que lors de cette première phase que traversent nombre de handicapés, où ils ont encore le statut de malade, la qualité des soins au sens large est la base indispensable d'une bonne rééducation. C'est là la première participation active des équipes soignantes à la rééducation.* »<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup>. Code de la santé publique; Quatrième partie, Livre III, Titre 1er : Profession d'infirmier ou d'infirmière, Chapitre 1er : Règles liées à l'exercice de la profession, Section 1 : Actes professionnels.

<sup>8</sup>. Code de déontologie, Conseil international des infirmières, 2006, <http://www.icn.ch/fr/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/>

<sup>9</sup>. YELNIK Alain. L'homme reconstruit. De la réparation à la réinsertion. Editions Bayard, 1995. 170 p, p.110

Pendant longtemps, les enseignements des étudiants infirmiers étaient dispensés par des médecins, exigeant compétence et efficacité avant tout. Or l'approche du patient par le médecin n'est pas la même que celle de l'infirmière. Celle-ci côtoie le patient au quotidien, le travail en équipe permet une vision plus globale et la relation s'instaurant avec le patient n'est pas la même. C'est pourtant un médecin américain, Karl Menninger, qui dira : « *C'est cette chose intangible, l'amour, l'amour sous toutes ses formes, qui entre dans toute relation thérapeutique. C'est un élément dont le médecin peut être le porteur, le véhicule. Et c'est un élément qui lie et guérit, qui reconforte et régénère, qui accomplit ce que nous devons bien appeler - pour le moment - des miracles.* »<sup>10</sup>

Karl Menninger (1893-1990), psychiatre, a fondé la clinique Menninger, l'un des centres de recherche les plus réputés des Etats-Unis, dans le domaine de la psychanalyse et de la psychiatrie. Lorsqu'il parle d' « *amour* », il évoque la relation qui lie le médecin à son patient... Cette relation particulière qu'il a développée dans de nombreux écrits, pourrait, d'après moi, se rapprocher de ce que l'on appelle, en France, la relation d'aide.

Les infirmières soulignent trop souvent le temps nécessaire à la mise en place d'une relation d'aide. Les sous-effectifs, la surcharge de travail ne les mettent pas dans les conditions d'écoute et de disponibilité nécessaires à toute relation de soins. Le « *temps passé à écouter* »<sup>11</sup> n'est ni reconnu, ni valorisé. La relation d'aide répond à un besoin d'écoute du patient. L'infirmière doit être capable d'accueillir les émotions de la personne soignée en prenant conscience de son existence et de sa présence. Ces moments d'échange peuvent mettre le soignant en difficulté. Si celui-ci se sent déjà menacé par une surcharge de travail et une fatigue psychologique et physique, il ne prendra pas le risque de mettre une place une relation d'aide pouvant accentuer cette fatigue. La relation d'aide nécessite donc des attitudes d'écoute active, d'empathie et d'authenticité. La relation d'aide étant souvent spontanée, en fonction de la demande du patient, elle est difficilement prévisible. Elle ne peut se faire en urgence, entre deux autres soins. Dans les services où chaque minute est comptée, il est aisé d'en comprendre la difficulté. La priorité est donnée aux soins techniques, vitaux.... Il est également souligné la difficulté à « tracer » les temps passés à échanger.

---

<sup>10</sup>. MENNINGER Karl. The Vital Balance, 1963.

<sup>11</sup>. DAYDE M-C, LACROIX M-L, PASCAL C, SALABARAS CLERGUES E. Relation d'aide en soins infirmiers. Editions Massons, 2007. p. 2

## 2. Le handicap

### a) Définitions

- «*Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant*». <sup>12</sup>
- Handicaps physiques : «*Caractérisés par un dysfonctionnement ou une réduction de l'activité physique d'un individu, les handicaps moteurs touchent les membres, le tronc ou la tête*». <sup>13</sup>

D'origine anglaise, le mot handicap, littéralement "hand in cap" (la main dans le chapeau), traduisait la situation négative, défavorable, de celui qui avait tiré un mauvais numéro.

### b) Epidémiologie et étiologies retenues

La classification des handicaps est toujours sujette à polémique. Chaque handicap est différent, en fonction des répercussions sur la vie quotidienne, des antécédents, du psychique de la personne touchée, de ses ressources. Pour mon sujet de mémoire, j'ai choisi de cibler les handicaps acquis de façon brutale (suite à un accident ou à une pathologie), ayant des conséquences sur la motricité à plus ou moins long terme. L'estimation du nombre d'handicapés en France varie de 800 000 à 5 millions selon la définition du handicap utilisée (2006). Selon les chiffres du ministère de la santé, 1,5 % de la population adulte est atteinte de troubles moteurs isolés. Si l'on considère le trouble moteur associé à d'autres déficiences, cette estimation atteint 4 %. Le projet de loi des finances pour 2011 : Solidarité, Insertion et égalité des chances prévoit dans son programme « Handicap et dépendance », une mobilisation de près de 9,9 milliards d'euros pour « *l'Évaluation et orientation des personnes handicapées, l'Incitation à l'activité professionnelle, [...] la Compensation des conséquences du handicap...* » <sup>14</sup>

---

<sup>12</sup> Loi du 11/02/2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

<sup>13</sup> Dictionnaire « Larousse Médical »

<sup>14</sup> [www.senat.fr](http://www.senat.fr), projet annuel de performances annexé au projet de loi de finances pour 2011

c) En pratique : différents regards sur le handicap

Au cours de mes lectures, je me suis rapidement rendu compte que tous les auteurs (qu'ils soient handicapés eux-mêmes, ou concernés par le handicap d'une manière ou d'une autre), mettaient en avant le regard de la population face à une personne handicapée. La différence fait peur, même si les préjugés commencent à régresser, en partie grâce à des témoignages, des associations ou des films pour le grand public. Pour évoquer un grand succès cinématographique récent, « Intouchables » a permis, d'après moi, de commencer à changer le regard que la société peut porter sur les personnes handicapées. En France, « Intouchables » a attiré plus de 19 millions de spectateurs, et commence à séduire le reste de la planète. Ce film d'Éric Toledano et d'Olivier Nakache, avec François Cluzet et Omar Sy était déjà, en février 2012, la production française la plus rentable.

Jean Muriel, directeur du service des établissements médico-éducatifs au siège national de l'APF écrira : « *Il est reposant pour l'esprit d'imaginer les malades et les handicapés comme malheureux* ».

C'est pourquoi, il est commun d'avoir des attitudes de pitié ou de compassion vis-à-vis des personnes handicapées rencontrées dans les lieux publics. Pourtant, toutes n'attendent souvent qu'un peu de sympathie...

### 3. La rééducation

#### a) Définitions

- «*Ensemble des moyens mis en œuvre pour rétablir chez un individu l'usage d'un membre ou d'une fonction*». <sup>13</sup>

La rééducation vise avant tout à prévenir ou à réduire au minimum les conséquences multiples que peut entraîner un accident de la vie. Elle répond à une problématique physique, psychologique, sociale et même économique découlant de ces accidents souvent brutaux.

#### b) Historique

Après la guerre de 1914-1918, de nombreux soldats se sont retrouvés handicapés. Le regard sur ces infirmes était très différent. Les «gueules cassées», défigurés à vie pour avoir sauvé leur pays, «méritaient» une prise en charge optimale... C'est ainsi que le regard de la société a commencé à changer sur le handicap. Les premiers instituts de rééducation ont vu le jour, afin de donner une chance à ces infirmes de guerre de récupérer de leurs blessures.

Suite à la Seconde Guerre Mondiale, le Dr Howard Rusk créa à New-York une spécialité « Rehabilitation Medicine ». Il dira « *To believe in rehabilitation is to believe in humanity* »<sup>15</sup>, que l'on peut traduire par «Croire en la réhabilitation, c'est croire en l'humanité. »

En France, la « médecine physique et de réadaptation » est reconnue comme spécialité médicale depuis 1973. En février 1983 a eu lieu le 1<sup>er</sup> congrès des infirmiers de rééducation à Kerpape, Bretagne. En 1993, le Diplôme Universitaire en Soins Infirmiers de Rééducation et de Réadaptation (DUSIRR) est créé.

*« L'esprit qui doit régner en rééducation est cette capacité  
à voir le patient au-delà de sa pathologie et de ses traitements »*

Walter Hesbeen.

---

<sup>15</sup>. Journal de réhabilitation médicale, 2010. p.143

### c) En pratique : rôle infirmier en rééducation

L'infirmier en rééducation s'occupe de coordonner les actions soignantes de toute l'équipe pluri-professionnelle. Il gère les soins courants en fonction de la pathologie et du niveau de dépendance de la personne hospitalisée. Ces soins doivent également être adaptés en fonction des éventuelles difficultés de communication de la personne soignée, de la durée du séjour, de l'implication des proches et de la famille. Ces différents facteurs peuvent être des freins comme des ressources pour la personne hospitalisée.

Virginia Henderson dira dans ses théories : « *L'infirmière remplit la fonction d'interprète, c'est-à-dire aider le malade à se comprendre lui-même, à modifier les conditions qui le rendent malade et à accepter celles qui ne peuvent être changées* ». et « *c'est par la profondeur de sa compréhension que l'infirmière saura s'attirer la confiance du malade et de sa famille et qu'elle pourra l'aider à surmonter certains effets psychologiques de sa maladie.* »<sup>16</sup>

L'infirmier de rééducation a d'importantes missions éducatives, relationnelles et préventives. Il sensibilise la personne hospitalisée aux répercussions de sa nouvelle condition physique (troubles du transit, cutanés, thromboemboliques, douleur, positions vicieuses...) et à toutes les actions à mettre en place afin de les prévenir.

Dans le livre de Marie De Hennezel, Elisabeth, cadre infirmier hospitalisée suite à un grave accident de voiture, s'adressant aux étudiants infirmiers et aux soignants, dira : « *[...] le plus important ce ne sont pas les perfusions et les pansements, mais bien plutôt un sourire, un regard, une information rassurante, une main qui ne vous considère pas comme un objet mais comme une personne. C'est là que la démarche de soin prend tout son sens.* » ainsi que : « *[...] je réalise combien votre profession est fabuleuse, combien vous pouvez apporter aux malades, combien la façon dont vous prenez soin peut être déterminante pour l'évolution de leur état de santé.* »<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> DAYDE M-C, LACROIX M-L, PASCAL C, SALABARAS CLERGUES E. Relation d'aide en soins infirmiers. Editions Massons, 2007. 139 p. p. 38

<sup>17</sup> DE HENNEZEL Marie, Le souci de l'autre, Editions Robert Laffont, 2004. p.16

#### 4. Rédaction de la question de départ

##### a) Définition des autres mots-clés

Afin de formuler correctement ma question de recherche, j'ai cherché les définitions de mots-clés que je souhaitais utiliser. En effet, certains mots peuvent avoir plusieurs définitions.

- Ressource : *«Ce qui tire d'embarras, améliore une situation difficile : Vous êtes ma seule ressource dans ces circonstances»*.<sup>18</sup>

Cette définition correspond parfaitement à l'idée que je voulais amener. La relation d'aide n'est pas un « médicament miracle », mais elle peut améliorer le quotidien du patient en rééducation.

- Accident : *«Événement fortuit qui a des effets plus ou moins dommageables pour les personnes ou pour les choses»*.<sup>18</sup>

Cette définition représente bien l'idée que je voulais exprimer de l'accident. Un accident, même grave, peut avoir des effets plus ou moins dommageables selon la personne touchée et les circonstances.

##### b) Question de départ

Grâce à tous les apports théoriques de mon cadre conceptuel, j'ai compris la complexité et les nuances des différents concepts que je voulais aborder dans mon mémoire de fin d'études. C'est seulement à partir de ce moment-là que je peux formuler avec exactitude ma question de départ :

**«En quoi la relation d'aide infirmière en rééducation peut-elle être une ressource pour les patients atteints d'un handicap suite à un accident grave ?»**

---

<sup>18</sup>. Dictionnaire « Larousse »

#### **IV. Enquête exploratoire**

##### **1. Contexte et population cible**

En service de rééducation, je souhaite échanger avec des infirmières et avec des patients atteints d'un handicap physique suite à un accident grave. Par « accident grave » j'entends tout autant un accident physiologique (ex: AVC), qu'un accident à cause externe (ex: accident de la voie publique, accident de sport). L'important pour moi est que la survenue soit brutale et les conséquences suffisamment graves pour modifier le mode de vie de la personne concernée à plus ou moins long terme.

Afin d'avoir une vision globale du ressenti des patients, comme des soignants en rééducation. Je souhaite interroger 3 infirmières sur leur expérience en rééducation et 2 patients sur leurs ressentis au cours de leur hospitalisation. Ainsi, je voudrais mettre en avant les éléments facilitant la rééducation et donc la récupération fonctionnelle, et montrer quelle place tient la relation d'aide infirmière en service de rééducation. Mon choix s'est tourné vers des infirmières travaillant dans le même hôpital, mais dans différents services de rééducation. Ainsi, elles sont toutes soumises à la même politique de direction. Les deux patients interrogés ont également été suivis dans un même centre de rééducation.

##### **2. Choix des outils, du calendrier, de l'organisation**

J'ai choisi d'utiliser un entretien semi-directif afin de recueillir des informations sur l'histoire personnelle et le vécu des personnes interrogées. La relation d'aide se basant particulièrement sur le comportement et l'attitude, je trouvais judicieux d'échanger avec les personnes interrogées en face à face.

J'ai réalisé mes entretiens au début du mois de mars 2012, en suivant l'échéancier prévu par l'IFSI. J'ai d'abord testé ma grille d'entretien sur un patient et une infirmière au cours d'un entretien test. Ensuite, j'ai contacté les cadres infirmiers de différents services de rééducation, afin d'obtenir leur accord pour rencontrer certaines infirmières. Pour les patients, il s'agit de connaissances personnelles, qui se sont spontanément proposées de répondre à mon enquête. Dans la limite du possible, l'entretien a été réalisé dans un bureau fermé, au calme, à une période creuse de l'activité du service.

### 3. Elaboration de la grille d'entretien

#### a) Patients

Lorsque j'ai commencé à préparer ma grille d'entretien, je pensais interroger des patients que je n'avais jamais rencontrés avant, et sans lien avec les professions médicales. Je ne pensais pas pouvoir approfondir des notions comme celle de la « relation d'aide ». En effet, cette dénomination est propre au milieu médical, et les patients n'auraient, d'après moi, pas compris de quoi je parlais exactement. Spontanément, une infirmière et une étudiante infirmière se sont proposées de répondre à mon enquête, ayant elles-mêmes été hospitalisées dans un service de rééducation. Lorsque j'ai su qui allait répondre à mon entretien, j'ai adapté ma grille aux connaissances des personnes interrogées. J'ai trouvé intéressant d'interroger ces deux personnes, car elles ont à la fois le vécu du soignant, et celui du patient hospitalisé en rééducation. Au début, je pensais que cela pourrait nuire à la qualité de mon entretien, mais cela l'a, au contraire, enrichi. J'ai également dû modifier ma grille, car les deux personnes interrogées ne sont plus hospitalisées, et se trouvent à distance de la rééducation. Elles ont donc eu le temps de prendre du recul sur leur rééducation, et ont fini de récupérer leurs capacités fonctionnelles. Le fait qu'elles soient toutes deux à la fois « patient » et « infirmière », représente un biais, dont je tiendrais compte dans mon analyse. De plus, après avoir contacté plusieurs cadres infirmiers, de différents services de rééducation, j'ai compris qu'il serait difficile d'interroger des patients encore hospitalisés en service de rééducation. Les cadres infirmiers m'ont expliqué qu'il était compliqué de déranger les patients en cours de rééducation, pour un entretien qui pouvait être éprouvant pour eux, psychologiquement comme physiquement.

Mes trois premières questions permettent de cibler le profil de la personne interrogée (âge, date et circonstances de l'accident, durée d'hospitalisation en service de rééducation). Il me paraît intéressant de connaître l'âge du patient, afin de comprendre l'expérience de vie de la personne, et d'en savoir un peu plus sur son parcours. La date et les circonstances de l'accident m'informent sur le choc ressenti par la personne, et le temps écoulé depuis l'accident. Il est important pour moi, de savoir où la personne en est de sa rééducation, et de son travail de deuil. La durée d'hospitalisation me permet de cibler la gravité de l'accident, et ses répercussions sur la vie quotidienne de la personne interrogée. Plus l'hospitalisation a été longue, plus le patient a dû changer ses habitudes de vie, et plus le ressenti sur cette période prend de l'importance. La question suivante porte sur le vécu général de cette hospitalisation.

Je souhaite savoir si les patients ont eu des baisses de moral, et quel souvenir ils gardent, après coup, de l'hospitalisation. Je leur demande si l'équipe a été une ressource au cours de l'hospitalisation, et cible ensuite sur la façon de faire des infirmiers. Ma question suivante porte sur l'influence de cette relation mise en place, ou non, par les infirmiers, sur la rééducation. A travers cette question, je souhaite savoir si, le patient a vu, concrètement, les répercussions de la relation d'aide sur sa récupération. Cette question me permet de mettre en avant le vécu et le ressenti de la personne interrogée, après coup, à distance de l'hospitalisation. Ma dernière question est une question ouverte. « Avez-vous quelque chose à ajouter ? ». Elle permet à la personne interrogée de faire le point, de réfléchir à ce qu'elle a pu dire au cours de l'entretien... et, si nécessaire, de mettre en avant un point essentiel de la discussion.

#### b) Infirmiers

Mes premières questions sont là aussi d'ordre général, afin de cibler le parcours de la personne interrogée. La date de son diplôme me permet de savoir l'expérience professionnelle de l'infirmière. Ma question suivante sur son expérience en rééducation, apporte des informations sur son parcours d'infirmière depuis le diplôme. Je souhaite ensuite avoir des informations sur la façon dont l'infirmière est arrivée en service de rééducation... Est-ce par choix ? Quelles ont été ses motivations ? A ce moment-là, l'infirmière devrait me parler de la relation privilégiée avec le patient... Si ce n'est pas le cas, j'amènerais la notion de « relation » dans la question suivante, afin qu'elle me parle de la façon dont elle la met en place, et ce que ça peut apporter aux patients. Si l'infirmière ne me parle ni de relation d'aide, ni de l'influence qu'elle peut avoir sur la rééducation des patients, je lui demanderais alors quels sont ses objectifs vis-à-vis du patient. Si, là encore, la relation d'aide n'est pas mise en avant, j'amènerais cette notion moi-même, afin de savoir ce que cela représente, pour elle. A travers cette question, elle devrait me parler de ses répercussions sur la rééducation du patient. Le fait de demander à l'infirmière une expérience qui l'a marquée, dans son expérience de la rééducation, permet de donner un exemple concret de mise en place de relation d'aide. La dernière question permet à l'infirmière d'aborder un aspect particulier de son travail en rééducation, qui n'aurait pas encore été abordé, ou qu'elle souhaiterait mettre en avant.

*« La qualité de la rééducation repose sur celle des hommes et des femmes qui la pratiquent, sur leurs qualités technologiques comme sur leurs qualités humaines »<sup>19</sup>*

---

<sup>19</sup> YELNIK Alain. L'homme reconstruit. De la réparation à la réinsertion. Editions Bayard, 1995. 170 p, p.88

#### 4. Analyse des entretiens

##### a) Analyse verticale

Avant de comparer les différents entretiens entre eux, j'ai choisi de faire une analyse verticale de chaque entretien. Il s'agit de comprendre la réflexion qu'a pu avoir la personne interrogée, en fonction de son parcours et de sa personnalité.

- *Patiente n°1, Morgane<sup>20</sup> \**

Morgane, âgée de 22 ans, est étudiante infirmière. Elle a été hospitalisée en juin 2009 suite à un accident lors d'une compétition de gymnastique. Ses ligaments se sont rompus, les ménisques, le plateau tibial et les cartilages ont souffert. Après lui avoir posé une attelle, elle n'a été opérée qu'en décembre 2009. C'est à partir de ce moment-là qu'a pu commencer sa rééducation. Elle a été hospitalisée 3 semaines en service de rééducation, puis a continué les séances de kinésithérapie pendant 6 mois. C'est seulement au bout d'un an qu'elle a récupéré toutes ses capacités physiques. Dans l'ensemble, Morgane a plutôt bien vécu son hospitalisation, mais sa rééducation a été difficile.

L'accident de Morgane peut paraître léger, pourtant ses conséquences auraient pu être graves. Morgane est gymnaste de haut niveau, et sans une récupération totale, elle n'aurait pu continuer sa passion. Ce sont ces doutes et remises en question qui ont été les plus difficiles durant l'hospitalisation, même si les infirmiers ont alors été une ressource, pour elle. Ils se sont montrés plus disponibles que les médecins, plus à l'écoute.

D'après elle, la relation d'aide est indispensable en rééducation. Certains patients l'ont refusée, et ne sont pas allés au bout de leur rééducation, découragés. Ils n'ont pas récupéré toutes leurs capacités. L'importance d'être écouté, remotivé, elle l'a ressentie personnellement durant son hospitalisation, particulièrement lors des baisses de moral. Peut-être est-ce dû à son jeune âge, ou à la durée relativement courte de son hospitalisation, mais Morgane a, dans l'ensemble, très bien vécu sa rééducation. Elle ne relève que très peu de points négatifs, et souligne le travail important des infirmiers. Ce qui préoccupait plus que tout Morgane, c'était de pouvoir reprendre la gymnastique le plus rapidement possible, sans séquelles. N'étant pas éloignée de son domicile, et relativement bien entourée, elle a pu se focaliser sur sa rééducation, ce qui a permis une récupération complète assez rapide.

---

<sup>20</sup>. \* Les prénoms ont été changés

- *Patient n°2, Carine\** :

Carine, infirmière, est hospitalisée en 2004, suite à un atterrissage raté en deltaplane. Elle a eu 7 fractures, et le nerf radial du bras gauche sectionné. Elle n'est pas originaire de Grenoble, mais sera hospitalisée 3 semaines en ortho-traumatologie, puis 4 mois en service de rééducation fonctionnelle. L'issue de sa rééducation est incertaine dès le départ. On lui donne très peu d'espoir de récupération (20% de chances de récupérer son nerf radial). L'incertitude et l'isolement familial ont rendu l'hospitalisation difficile à vivre pour Carine. Elle est hospitalisée suite à un accident grave, dans une ville inconnue, loin de sa région d'origine et de ses proches... Cet accident remet en question tout son avenir, de sa profession d'infirmière à ses loisirs sportifs, et elle se sent seule pour affronter tous ces changements. Cependant, une infirmière de nuit l'a beaucoup marquée. Elle prenait le temps de discuter avec les patients, de tout et de rien, tout en effectuant sa distribution de traitements. Pour Carine, il est primordial de ne pas déshumaniser le patient, pour éviter d'avoir la «*petite lumière intérieure qui s'éteint*». Le fait que le soignant échange avec une personne, et non plus un patient, lui a fait énormément de bien. La plupart des infirmiers se montraient rassurants, chaleureux et naturels... et elle les considérait comme une ressource. Elle s'est sentie très seule et peu soutenue par l'équipe médicale et paramédicale, qui n'accordait que peu d'importance à l'aspect psychologique des patients. Elle aurait voulu être d'avantage accompagnée, afin de reprendre confiance en elle et en sa rééducation. Carine souligne l'importance, comme l'a fait le chef de service, de «*garder une porte ouverte*».

Elle a été tout particulièrement choquée par l'attitude de certains kinésithérapeutes, qui, en voulant accélérer son processus de deuil, l'ont confrontée à son impuissance, et l'ont découragée. Elle pense, comme l'a dit Morgane avant, qu'il ne faut pas donner de faux espoirs aux patients, mais que la rééducation est tellement incertaine qu'il est du devoir des soignants de leur redonner confiance en la vie en les remotivant. Certains soignants, «*ont du mal à te suivre dans tes émotions*», en ayant du mal à intégrer l'aspect psychologique des patients, dans leur prise en charge rééducative. Le médecin rééducateur s'occupant d'elle, refusait de se prononcer sur son évolution, de lui donner les résultats des comptes-rendus. Peut-être était-ce pour la protéger, mais Carine pense, elle, qu'il ne voulait pas s'impliquer, ne voulait pas être touché par son histoire. La distance avec ses proches, la durée et l'issue incertaine de sa rééducation, ont montré à Carine des aspects de l'hospitalisation beaucoup moins agréables que ce qui a été décrit précédemment par Morgane.

- *IDE n°1, Marie\* en service de rééducation ortho-traumatologique :*

Marie a une expérience de 24 ans en rééducation et a, auparavant, travaillé pendant 14 ans dans un service de chirurgie. Sans avoir réellement choisi la rééducation, elle s'y est parfaitement retrouvée, parle même d'y être devenue « *plus humaine* ». De par ses longues expériences en chirurgie comme en rééducation, Marie peut comparer ces deux modes d'exercices très différents. Elle met en avant l'intérêt d'une hospitalisation longue, pour accompagner au mieux le patient. Pour elle, la technique n'est pas l'aspect principal de notre métier... Ce qui est parfois oublié dans certains services. Marie explique que les patients se rendent compte de la différence de prise en charge, d'un service à un autre. Ils remercient les soignants de leur écoute, de leur disponibilité, ce qu'ils n'avaient pas perçu en service de chirurgie. Marie met également l'accent sur le fait que la relation d'aide ne soit pas « *quantifiable* ». Pour elle, en rééducation, on ne peut pas travailler pour « *rapporter de l'argent* »... Et si ça devenait le cas, elle préférerait changer de travail.

Elle peut prendre du recul, et voir les aspects plus négatifs d'un service de rééducation. Elle parle des difficultés rencontrées vis-à-vis de certains patients, de l'épuisement psychologique que peuvent éprouver certains soignants. Ceci peut alors les pousser à se protéger, en prenant du recul. Afin de faciliter cette approche relationnelle, Marie met l'accent sur la mise en place, depuis peu, de formations spécifiques.

*« Pour répondre à cette confiance des malades, cet abandon de leur part, il faut plus qu'une formation. Il faut en avoir envie. »<sup>21</sup>*

Comme le dit Marie de Hennezel, je pense que seule, une formation ne suffit pas. Il faut être vraiment motivé par son travail. Pourtant, si les centres hospitaliers mettent en place ces formations. C'est le signe que la relation d'aide commence à être reconnue comme un soin suffisamment important et complexe pour être enseigné.

---

<sup>21</sup>. DE HENNEZEL Marie, *Le souci de l'autre*, Editions Robert Laffont, 2004. p. 93.

- *IDE n°2, Sophie\* en service de rééducation ortho-traumatologique :*

Sophie a travaillé pendant 7 ans en service de chirurgie, puis a choisi de demander sa mutation en service de rééducation, où elle est depuis 2 mois. La rééducation lui apporte une prise en charge plus globale du patient, ce qui lui manquait en service de chirurgie. Pour elle, en chirurgie, il y a tellement de travail que les infirmières ne peuvent prendre le temps d'échanger avec les patients. Certaines y arrivent lors des soins techniques, mais l'intention n'est pas la même. Elle dénonce également le manque d'informations sur le patient, le manque de transmissions entre les différents services. Comme les infirmiers n'ont pas le temps d'échanger avec les patients, les informations du dossier médical sont les seules données en leur possession, ce qui ne permet pas une prise en charge personnalisée.

Sa courte expérience de rééducation (2 mois) ne lui permet pas encore d'en voir les aspects négatifs. Pour elle, les infirmiers de rééducation sont tous aidants, et ne semblent pas fatigués, psychologiquement.

- *IDE n°3, Virginie\* en service de rééducation neurologique :*

Virginie travaille en rééducation depuis son diplôme, il y a 2 ans. Elle a fait une reconversion professionnelle et travaillait auparavant dans le marketing, commerce. Elle a choisi de travailler en rééducation, suite à un stage effectué dans le même service, qui lui avait particulièrement plu. Au cours de l'entretien, elle met l'accent sur l'association soins techniques-soins relationnels, qui la comble en rééducation. Pour elle, l'infirmier de rééducation doit s'adapter à chaque patient afin de le remotiver et l'encourager au quotidien. Elle met en avant le fait que certains soignants ont plus ou moins de facilité à mettre en place des relations d'aide, mais d'après elle, les soignants travaillant en rééducation y sont en grande partie pour le relationnel.

Virginie a du mal à différencier le rôle aidant de l'infirmier, de celui du kinésithérapeute ou de l'ergothérapeute. Elle avoue tout de même que les infirmiers soutiennent davantage moralement le patient, même si tous travaillent en pluridisciplinarité, pour favoriser au maximum l'autonomie du patient.

b) Analyse horizontale, croisement des données théoriques et empiriques

Lorsque j'ai demandé aux trois infirmières interrogées, comment elles étaient arrivées en rééducation... Elles m'ont toutes les trois parlé de « *prise en charge globale* », de « *prendre soin* » ou de « *relation* ». Même si Marie n'a pas choisi de travailler en rééducation, elle dit y « *avoir eu le coup de foudre* ». Elles font toutes les trois le lien avec leur expérience passée, plus ou moins longue, en service de soins généraux... Cela montre l'état d'esprit particulier qui règne, en rééducation... bien différent de celui d'un service de soins généraux.

*« L'hôpital est une entreprise, ça doit tourner, mais, côté humain, l'hôpital est malade »<sup>22</sup>*

Deux facteurs facilitant la relation sont mis en avant. Il y a d'abord la durée d'hospitalisation, qui est habituellement plus longue qu'en service de soins généraux, permettant l'installation d'une relation de confiance (souligné par Marie et par Virginie). Il y a aussi la charge de travail moins importante que dans un service de soins généraux. Le fait de laisser aux infirmiers le temps d'échanger avec les patients est indispensable à leur récupération... Sophie et Virginie soulignent la nécessité pour le soignant de s'adapter au patient... Elles trouvent toutes deux qu'en service de soins généraux, la prise en charge est formalisée, protocolisée. La relation d'aide, elle, ne peut être qu'individuelle et personnalisée, comme j'avais pu le relever dans mon cadre théorique.

*« Les comportements et les espoirs d'une équipe de rééducation influencent les résultats de la rééducation »<sup>23</sup>*

Comme le souligne Marie de Hennezel, le ressenti des patients est directement lié à l'attitude des soignants. Si les soignants se retrouvent dans leur travail et s'y épanouissent, ils accordent plus d'intérêt aux patients... Le fait de ne pas être considéré uniquement comme un numéro mais comme une personne hospitalisée singulière, ne déshumanise pas les patients, et leur redonne confiance en eux. Une relation d'aide ne peut être mise en place en urgence, entre deux soins techniques. Les soignants sont moins stressés, et se laissent aller à davantage de relationnel... ce qui est souligné par les patients.

---

<sup>22</sup>. DE HENNEZEL Marie, *Le souci de l'autre*, Editions Robert Laffont, 2004. p.21

<sup>23</sup>. YELNIK Alain. *L'homme reconstruit. De la réparation à la réinsertion*. Editions Bayard, 1995.

Morgane et Carine mettent en avant cette disponibilité, et surtout ses répercussions sur leur rééducation. Toutes deux n'auraient pu récupérer autant, sans la présence de certains soignants, ce qui semble, d'après mes lectures, être un avis partagé par de nombreux soignants et patients.

Même Fabien Marsaud, Grand Corps Malade de son nom d'artiste, auteur, compositeur, interprète, dira dans une chanson autobiographique :

*« Les 5 sens des handicapés sont touchés mais c'est un 6<sup>ème</sup> qui les délivre;  
bien au-delà de la volonté, plus fort que tout, sans restriction,  
ce 6<sup>ème</sup> sens qui apparaît, c'est simplement l'envie de vivre. »<sup>24</sup>*

C'est suite à un plongeon en eau peu profonde que Fabien Marsaud, deviendra paraplégique. Malgré les dires des médecins qui lui enlèveront tout espoir de remarcher un jour, celui-ci s'accroche, et après un an de rééducation intensive, retrouve l'usage de ses jambes, uniquement aidé par une béquille. C'est cette envie de se battre contre un pronostic sombre qui ressort dans un bon nombre de ses chansons.

Cette analyse montre combien ma question de départ était pertinente... En effet, en abordant le sujet de la relation d'aide, les 5 personnes interrogées, sans exception ont mis l'accent sur son importance en service de rééducation. C'est ce que, d'après moi, on peut donc appeler une « ressource ».

##### 5. Formulation de la problématique

Ma situation de départ mettait en avant l'importance du relationnel dans un service de soins d'urgence. J'avais pu prendre le temps d'échanger avec le patient, ce qui lui avait été tout à fait bénéfique. Cette remotivation lui avait redonné le moral, et avait, d'après lui, accéléré sa récupération physique.

Cette situation m'avait permis de me questionner sur la place que pouvait avoir ce temps d'échange, au cours duquel j'avais mis en place une relation d'aide, dans un service de rééducation. En effet, lors de mes stages suivants, j'ai pu me rendre compte que la place faite à cette relation d'aide était plus importante dans un service de rééducation que dans un service de soins généraux.

---

<sup>24</sup>. Grand Corps Malade, 6<sup>ème</sup> Sens, Album Midi 20, 2006, Label AZ

*« Il y a des lieux anonymes, où les gens ont l'impression qu'ils sont interchangeables, des services sans culture, voire avec des perversités. D'où la grande déception des étudiants infirmiers ou infirmières à qui on a inculqué un certain nombre de principes et qui se retrouvent du jour au lendemain témoins de situations qui les affectent profondément. Soit ils s'en satisfont et se disent « il faut faire avec », soit ils se révoltent. »<sup>25</sup>*

J'ai commencé par faire des recherches, afin de savoir si des études avaient été faites sur les répercussions de cette relation d'aide, sur la récupération physique des patients. Je n'ai trouvé aucune étude, mais de nombreux témoignages et autobiographies de soignants et de patients. Tous soulignaient qu'une rééducation ne pouvait être mise en place sans relation d'aide. Les patients étaient souvent plus marqués par l'attitude bienveillante des soignants (ou au contraire, plus distante), que par les soins techniques. J'ai continué mes recherches sur le handicap, afin de comprendre dans quel état d'esprit pouvaient être les patients arrivant en service de rééducation. Cette difficulté à affronter le regard des autres, la remise en question de leur intégrité corporelle, la problématique de la future vie en société... ces difficultés psychologiques permettent de mieux comprendre l'importance pour les patients d'être écoutés, encouragés et soutenus. C'est pourquoi je voulais aborder cette notion de ressource, d'aide à la rééducation. La relation d'aide, rôle propre de l'infirmier, peut-elle être un outil dans la prise en charge rééducative ? D'après les infirmières, comme les patients interrogés... elle est aussi importante que la rééducation fonctionnelle, mise en place par les kinésithérapeutes ou ergothérapeutes.

Morgane et Carine, les deux patientes interrogées, expliquent qu'elles n'auraient pas autant récupéré sans la présence des infirmiers. Elles font également la différence entre le rôle d'écoute de l'infirmière, et celui plus physique des médecins ou rééducateurs. D'après toutes les personnes interrogées, les infirmières sont les plus à même de mettre en place une relation d'aide... de part leur formation, et surtout leur savoir-être. Dans le cadre théorique, il était souligné par des témoignages d'infirmières, la difficulté de donner sa place à la relation d'aide, en service de soins généraux. Ceci a été confirmé par mes trois entretiens avec des infirmières ayant travaillé ou fait des stages en service de soins généraux. J'ai par contre pu vérifier que la relation d'aide continuait à avoir toute sa place en service de rééducation, et ce, malgré les restrictions budgétaires.

---

<sup>25</sup> DE HENNEZEL Marie, Le souci de l'autre, Editions Robert Laffont, 2004. p.185

Il semble y avoir moins de manque de personnel en rééducation, ce qui doit faciliter le travail des soignants. Comme le souligne Marie, ils ne pourraient plus travailler en rééducation, si la relation d'aide devait être quantifiée et réduite, afin de « faire du chiffre ». Toutes ces informations théoriques et empiriques ont dans l'ensemble confirmé mon idée de départ. Elles ont appuyé l'idée que la relation d'aide était un élément déterminant de la rééducation du patient.

Certains éléments nouveaux sont pourtant apparus... notamment parce que deux des trois infirmières interrogées avaient avant travaillé en service de chirurgie. Toutes deux mettaient en avant l'impression qu'elles n'avaient alors pas le temps d'échanger avec les patients, et encore moins de mettre en place une relation d'aide. Ce sont ces deux infirmières qui étaient particulièrement conscientes de l'importance de la relation d'aide en service de rééducation, regrettant de ne pas avoir pu la mettre en place en service de chirurgie.

C'est pourquoi je trouve intéressant de poursuivre ce travail avec cette question de recherche :

**« En quoi l'expérience professionnelle antérieure d'un infirmier peut-elle influencer son approche en service de rééducation, notamment dans la mise en place de relation d'aide ? »**

Le seul concept nouveau apparaissant est celui « d'expérience professionnelle », défini comme : « *Compétence, savoir-faire acquis par le salarié au long de son parcours professionnel.* »<sup>26</sup>. D'après moi, l'expérience est ce qui permet à l'infirmier d'améliorer sa pratique tout au long de son parcours professionnels. L'expérience et les connaissances sont les deux éléments clé pour se professionnaliser et devenir l'infirmier que l'on veut être.

---

<sup>26</sup> [www.guide-du-travail.com](http://www.guide-du-travail.com)

## V. Conclusion

Ayant toujours aimé écrire, je me suis laissée emportée par ce travail, du début à la fin. J'ai tout de suite trouvé le sujet que je voulais aborder et qui m'a animée tout au long de la rédaction. La rééducation étant la spécialité m'attirant le plus, il me semblait évident de l'aborder dans mon mémoire de fin d'études.

Au début de mon travail, je me demandais quelle pouvait être la place de la relation d'aide infirmière, en service de rééducation. L'important pour moi était de comprendre si soignants comme patients pensaient qu'elle pouvait avoir des répercussions sur la récupération fonctionnelle... Tous m'ont dit que la rééducation n'était rien, sans relation d'aide. Mon questionnement de départ s'en est donc vu confirmé. J'avais peur de ne pas trouver suffisamment de données théoriques sur la relation d'aide en rééducation. En effet, je n'ai trouvé aucune étude scientifique ni quantitative, ni qualitative. J'ai donc décidé de m'appuyer principalement sur des autobiographies de patients comme de soignants, afin d'avoir des ressentis et des approches différentes.

Certains éléments nouveaux sont tout de même apparus, notamment le manque, ressenti par les infirmières en service de chirurgie, de ne pouvoir prendre le temps d'échanger avec leurs patients. Ces deux infirmières se sont d'autant plus investies lors de leur arrivée en service de rééducation.

Il en découle ma question de recherche portant sur l'expérience professionnelle des infirmières et l'influence que cela peut avoir sur la mise en place de relation d'aide en service de rééducation.

Dans un métier en perpétuelle évolution comme celui d'infirmier... il est important de se questionner. Même si ce travail de fin d'études n'était qu'une initiation à la recherche, il m'a donné envie de continuer à me questionner au quotidien, sur ma pratique d'étudiante infirmière, et de future soignante.

*« Les mots peuvent tuer autant que guérir,  
réalité que les médecins ne devraient jamais perdre de vue »<sup>27</sup>*

---

<sup>27</sup>. SIEGEL Bernie. Messages de vie. Le seul échec, c'est de ne pas vivre tant qu'on est vivant. Editions Robert Laffont, 1991. 279p. (Coll « Réponses-Santé »), p.93

## BIBLIOGRAPHIE

### 1. Documentation sur la relation d'aide :

- *Livres*

- DAYDE M-C, LACROIX M-L, PASCAL C, SALABARAS CLERGUES E. Relation d'aide en soins infirmiers. Editions Massons, 2007. 139 p.
- ROGERS Carl. Le développement de la personne. Organisation et sciences humaines. Editions Dunod, 1978. 275 p.

- *Cours*

- AICHOUN Louissette, FAURE Brigitte, VINÇON Béatrice. Relation d'aide en soins infirmiers, 2010.

- *Revue scientifique*

- La relation d'aide en soins infirmiers, aspects réglementaires et conceptuels. Soins Vol 53, décembre 2008, N° 731, p. 32-44.
- La relation d'aide dans la démarche clinique. Soins Vol 55, mai 2010, N° 745 , p. 49-50.

### 2. Documentation sur le handicap :

- *Livres*

- ASSOULY-PIQUET Colette, BERTHIER-VITTOZ Francette. Regards sur le handicap. Editions Hommes et Perspectives, 1994. 273 p. (Coll. Interfaces)
- CUNIN Jean-Claude. Le handicap en France. Chroniques d'un combat politique. Editions Dunod, 2008. 236 p.
- DORIGUZZI Pascal. L'Histoire politique du Handicap. De l'infirmier au travailleur handicapé. Editions L'Harmattan, 1994. 223 p.
- GARDOU Charles. Connaître le handicap, reconnaître la personne. Editions Eres, 1999. 256 p.

- *Cours*
- LOMBARD F. L'enfant, l'adulte handicapé. 2010.
- *Revue scientifique*
- Handicap et estime de soi. Soins Vol 54, septembre 2009, N° 738, p. 48-50.
- *Sites internet*
- <http://www.handicap-international.fr>
- <http://www.paratetra.apf.asso.fr>

### 3. Documentation sur la rééducation :

- *Livres*
- YELNIK Alain. L'homme reconstruit. De la réparation à la réinsertion. Editions Bayard, 1995. 170 p.
- *Revue scientifique*
- Journal de réadaptation médicale Vol 21, décembre 2001, N° 4, p. 123-132.
- Journal de réadaptation médicale Vol 30, décembre 2010, N°4, p. 177-183.
- La revue de l'infirmière Vol 59, mai 2010, N° 160, p. 27-28.
- Rééducation et réadaptation, un congrès tout en séduction. Soins Vol 51, décembre 2006, N° 711, p. 10.
- La fonction infirmière en rééducation-réadaptation. Soins Vol 51, décembre 2006, N° 711, p. 61.
- Repenser le soin en réadaptation. Soins Vol 52, décembre 2007, N° 721, p. 10.
- Réadaptation, un accompagnement en équipe multidisciplinaire. Soins Vol 56, mars 2011, N° 753, p. 52-53.
- La prise en charge infirmière en service de rééducation. Soins Vol 56, juillet-août 2011, N° 757, p. 32-37.

#### 4. Témoignages :

- DE HENNEZEL Marie, Le souci de l'autre, Editions Robert Laffont, 2004, 218 p.
- MURPHY Robert. Vivre à corps perdu. Le témoignage et le combat d'un anthropologue paralysé. Editions Omnibus, 1990, 392 p. (Coll. Terre Humaine)
- NUSS Marcel. La présence à l'autre. Accompagner les personnes en situation de grande dépendance. Edition Dunod, 2006. 153 p.
- PINAULT Claude. Le Syndrome du Bocal. Editions Buchet-Chastel, 2009, 346 p.
- SIEGEL Bernie. Messages de vie. Le seul échec, c'est de ne pas vivre tant qu'on est vivant. Editions Robert Laffont, 1991, 279 p. (Coll. Réponses-Santé)
- VAN DER ELST Laetitia, La fille de l'aquarium, Editions Presse de la Renaissance, 2007, 254 p.

#### 5. Autres recherches :

- BEAUD Stéphane, WEBER Florence. Guide de l'enquête de terrain. Editions La découverte, 2010, 311p. (Coll. Grands Repères)
- HENDERSON Virginia. Principes Fondamentaux des soins infirmiers. Publié pour le Conseil international des infirmières par S. Karger Basel, 1969.
- L'éducation thérapeutique, de la théorie à la pratique. Soins Vol 53, novembre 2008, N° 730, p. 16.

## **LISTE DES SIGLES UTILISES**

### **Dans le corps du texte**

A.P.F. = Association des Paralysés de France

A.V.C. = Accident Vasculaire Cérébral

C.I.I. = Conseil International des Infirmières

= I.C.N. : International Council of Nurses

D.U.S.I.R.R. = Diplôme Universitaire en Soins Infirmiers

de Rééducation et de Réadaptation

F.A.M. = Foyer d'Accueil Médicalisé

I.D.E. = Infirmier Diplômé d'Etat

I.F.S.I. = Institut de Formation en Soins Infirmiers

M.A.P.A. = Maison d'Accueil aux Personnes Agées

### **Dans la grille de synthèse (Annexe IV) :**

D.E. = Diplôme d'Etat

R.A. = Relation d'Aide

P.E.C = Prise En Charge

## TABLE DES ANNEXES

Annexe I : Paroles de la chanson « Handicapé mon ami ! » Henri Golan	(2p)
Annexe II : Grilles d'entretien	(2p)
Annexe III : Retranscription des entretiens	
Entretien patient n°1, Morgane*	(4p)
Entretien patient n°2, Carine*	(8p)
Entretien IDE n° 1, Marie*	(6p)
Entretien IDE n°2, Sophie*	(4p)
Entretien IDE n°3, Virginie*	(7p)
Annexe IV : Grilles de synthèse	(4p)

## ANNEXE I

« Handicapé mon ami ! »

Henri Golan (1981)

*Quand je pense au nombre de gens  
Qui pleurent pour une rage de dents  
Et, qui dès qu'ils ont mal un peu  
Se demandent ce qu'ils ont fait au Bon Dieu  
Regardez donc autour de vous  
Et arrêtez de gémir sur vous  
Cessez donc de vous lamenter  
Vous faites rire le handicapé*

*Lui, qu'il soit aveugle ou bien manchot  
Ou qu'il boîte sur son pied-bot  
Même appuyé sur ses béquilles  
Il garde l'espoir en la vie  
Et j'envie bien souvent  
Son grand courage de titan  
Et les leçons qu'il m'a données  
Mon ami le handicapé*

*Si moi, si moi je pouvais pour son bonheur*

*Lui donner de moi le meilleur*

*Voir briller la joie dans ses yeux*

*Je me fendrai le cœur en deux*

*Mais il n'a pas besoin de moi*

*Il ne partage pas sa croix*

*Mais permets-moi de t'appeler*

*Monsieur ami handicapé !*

*Eh toi là-haut, le grand monsieur*

*Que tout le monde vénère*

*Je t'en supplie, ô mon Dieu*

*Regarde un peu sur la terre*

*Et là-haut, là-haut dans ton paradis*

*Pense souvent à mon frère*

*Le handicapé, mon ami*

*Le crucifié sur la terre*

*Oui toi là-haut*

*Toi là-haut, si tu es Dieu*

*Je t'en prie, si tu es Dieu*

*Pense, oui, pense à eux !*

*Pense, pense à eux !*

*Je t'en prie mon Dieu*

*Pense à eux.*

## ANNEXE II

### Grille d'entretiens

- *Patients*

Quel âge avez-vous ?

Quand-est ce que vous avez eu votre accident et dans quelles circonstances ?

Combien de temps a duré votre séjour en service de rééducation ?

Quel en a été votre vécu général ?

Avez-vous eu des baisses de moral ?

Est-ce que l'équipe a été une personne ressource pour vous, à ces moments-là ?

Si oui, comment ? (Rendez-vous prévus, au cours des soins, à la demande?)

L'IDE était-elle présente ?

Pensez-vous que cela peut être considéré comme de la relation d'aide ?

Pourquoi pensez-vous que les infirmières ont pu avoir une influence (bonne ou mauvaise) sur votre rééducation ?

Avez-vous rencontré des personnes pour qui ça s'est passé différemment ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

- *Infirmières*

Depuis quand êtes-vous diplômée ?

Depuis combien de temps travaillez-vous en rééducation ?

Où avez-vous travaillé avant ?

Avez-vous choisi cette spécialité ?

Si oui, pourquoi ?

Comment entretenez-vous en relation avec vos patients ?

Quels sont vos objectifs ?

Qu'est-ce que la relation d'aide infirmière, pour vous ?

Qu'avez-vous l'impression que ça apporte aux patients ?

Avez-vous des expériences / anecdotes qui vous ont marquée au cours de votre parcours ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

## Annexe III

Entretien patient n°1, Morgane\*, étudiante infirmière 3<sup>ème</sup> année

L'entretien se passe durant un stage, dans un bureau fermé, au calme.

- Quel âge avez-vous ?
  - 22 ans
- Quand est-ce que vous avez eu votre accident, et dans quelles circonstances ?
  - Mon accident... J'peux vous dire la date ... 6 Juin 2009, accident de sport, pendant une compétition de gymnastique.
- Il s'est passé quoi ?
  - J'ai mis le pied entre deux tapis, j'ai le genou qui s'est plié sur le côté, j'ai perdu tous mes ligaments, mes deux ménisques heu.... Plateau tibial... pourri... heu... plus de cartilages, 'fin la totale quoi.
- Et du coup vous avez directement atterri en rééducation ou... ? Ça s'est passé comment ?
  - J'me suis faite opérée en fait, au mois de décembre, et après l'été j'ai fait 3 semaines de rééduc dans un centre, à Lyon... pour retrouver plus vite...
- Et la rééducation elle a duré 3 semaines et après...
  - C'était 3 semaines intensives et après j'ai eu de la rééduc chez un kiné comme ça... encore pendant 6 mois.
- Après 6 mois vous aviez récupéré à peu près... tout ?
  - Ouais... plus ou moins...
- Donc ça a duré... à peu près... Au bout d'un an c'était bon ?
  - Au bout d'un an c'était bon.
- Et pendant un an ?
  - Pendant un an c'était la galère...

- Vous ne marchiez pas ? Avec béquilles ?
- C'était... béquilles, non, je les ai gardées 3 semaines ça allait assez vite... Mais après c'est la reprise de... la perte des muscles... replier la jambe.... réapprendre à marcher aussi... tout ce qui s'ensuit quoi.
- En général, vous avez vécu comment votre rééducation ?
- Très très mal.
- Pourquoi ?
- Parce que je suis une grande sportive et que... être inactive pendant un an ce n'était pas possible quoi.
- Et au niveau de l'hospitalisation ?
- Ça plutôt bien... par contre
- Au niveau de l'équipe et tout ça, ça s'est plutôt bien passé ?
- Ouais, plutôt bien. Ils étaient bien à l'écoute quand j'avais des soucis, ils étaient là.
- Vous avez eu des baisses de moral ?
- Oui, des grosses, oui...
- Et ils étaient là ?
- Oui, ils étaient là... en me rassurant, parce que j'avais l'impression... en fait, quand t'es à fond dans ton truc, que tu... que tu peux plus rien faire... tu fais du sport depuis plus de 15 ans et que d'un coup... t'as l'impression que tu pourras plus jamais reprendre... et ils sont là pour te rassurer, « t'inquiètes pas, ça se passera bien, tu pourras reprendre... »
- C'était qui comme soignants ? Les médecins, les infirmiers ?
- C'était surtout les infirmières... Les médecins un peu, mais ils n'avaient pas trop le temps quoi... Comme des médecins... (Rires.)
- Donc du coup les infirmières elles étaient assez à l'écoute ? (Acquiescement)
- Vous les avez senties présentes quand il y avait besoin ?

- Oui.
- Et vous pensez que cette façon d'être présentes et d'être disponibles... quand vous aviez des problèmes... ou pas... ça a pu influencer votre rééducation. Vous pensez que ça a pu avoir un effet sur votre récupération ?
- Ouais, je pense... parce que quand t'as des baisses de moral, même la rééduc' t'as plus envie de la faire, et quand il y a quelqu'un qui est à l'écoute, qui te pousse... qui te dit « mais si, tu vas y arriver », ça te donne envie de te donner à fond justement pour aller mieux, et pour te dire bah ... elles se sont pas trompées... Et ... moi ça me donne envie aussi... Et puis si elles, elles me disent que c'est possible... bah pourquoi pas quoi.
- Vous pensez que si elles n'avaient pas été là, vous n'auriez pas autant récupéré ?
- J pense que si j'avais eu personne pour m'écouter, ça aurait été beaucoup plus long.... Ouais
- Elles se sont montrées disponibles... 'fin, tu as ton boulot purement « technique », et à côté il y a ça, qui est pas forcément « indispensable ».... Vous pensez que c'est indispensable pour une infirmière en rééducation de se montrer disponible... ?
- Pour moi, oui... Parce que s'il n'y a personne à ton écoute, forcément tu te décourages vite... Et s'il n'y a personne pour t'écouter, t'es face à un mur... Et t'as plus envie d'avancer, quoi... Si tu te sens seule, ce n'est pas la peine.
- Est-ce que vous avez vu, autour de vous d'autres personnes pour qui ça ne s'est pas passé comme ça ?
- Heu... Ouais... d'autres personnes qui refusaient l'aide justement... qui avaient des baisses de moral et qui ne voulaient pas qu'on les aide... Parce que pour eux, c'était leur problème à eux, ce n'était pas le problème des autres et personne ne pouvait leur apporter de l'aide.
- Et ça s'est fini comment ?
- Mal... En général... La réeduc' ils ont laissé tomber avant même la fin du truc... et ils ont jamais retrouvé toutes leurs capacités quoi...
- S'ils avaient accepté l'aide des infirmières, ça se serait passé autrement ?

- Sûrement... S'ils avaient accepté d'être écoutés... aidés... et si... si on leur avait apporté l'aide qu'ils refusaient... J pense que ouais ils auraient pris... ils auraient pris peut-être le côté positif du truc. Se dire que oui, je suis blessé, mais bon.... on est là pour m'aider et si j'fais les choses bien... forcément ça ira mieux quoi.
- Est-ce que vous pensez que c'est de la relation d'aide ?
- Mmm... Beaucoup ouais.
- Qu'on s'implique autant que le patient dans cette relation ?
- S'impliquer autant ouais... mais différemment... Parce que ça reste leur métier... Mais j pense que si ce n'était pas de la relation d'aide de toute façon... Je veux dire... nous on est un peu perdus quoi... On est là pour faire notre truc... Et c'est vrai que s'ils ne sont pas là... s'ils ne nous aident pas... on est un peu mal barrés quoi. (Rires).
- Ça demande beaucoup de soi... et d'implication en tant que soignant mais c'est indispensable pour le patient d'être écouté ?
- Voilà c'est ça.
- Est-ce que vous avez autre chose à ajouter ?
- Non.
- Sur la rééducation en général, sur l'influence qu'ont pu avoir les infirmières ?
- Influence positive... pour moi en tout cas... J pense que, ouais... J me répète mais si elles n'avaient pas été là... Ce n'était même pas la peine d'y penser quoi. Surtout quand tu te retrouves pendant 3 semaines dans un centre de rééducation où tu connais personne... t'as que des sportifs autour de toi... et que eux ce n'est pas leur première blessure, toi t'arrives t'es un peu paumée et tu te dis bon bah... je connais personne... qui c'est qui va m'aider... Et quand tu vois qu'elles sont là... forcément ça t'aide quoi.
- Le soutien moral il influe sur le physique... ?
- Ouais.... Ça joue beaucoup ouais... parce que forcément si moralement ça ne va pas, physiquement ça ne va pas suivre non plus...
- C'est sûr... Merci d'avoir répondu.

## Entretien patient n°2, Carine\*

L'entretien se passe dans un bureau fermé, dans l'après-midi

- Quel âge avez-vous ?
  - 46.
- Quand est-ce que vous avez eu votre accident et dans quelles circonstances ?
  - Heu... c'était il y a... 8 ans... et c'était lors d'un atterrissage raté en deltaplane... C'était la première fois que je venais à Grenoble... J'étais encore élève et... j'étais très impressionnée par le décollage qui est très spécial ici... J crois que j'ai tout donné pour le décollage et pour l'atterrissage je savais plus rien quoi... Donc j'me suis enfoncée dans un fossé et j'ai les deux bras qui sont partis... qui se sont brisés... J'ai eu 7 fractures, et surtout le nerf radial au bras gauche qui a été coupé. Et donc là-dessus je ne savais pas trop, donc on m'a dit assez vite que j'avais 20% de chances de récupérer... ce nerf radial complètement... Qu'il allait peut être repousser, bien qu'à mon âge c'était moins évident que si j'avais eu 15 ans... Et le bras droit... J pouvais m'en servir... Bon j'ai été opérée à l'hôpital X tout de suite... Mais du fait qu'il y avait des bouts d'os qui avaient été pulvérisés... il fallait que même malgré le matériel qui était dedans, je n'avais même pas le droit de soulever par exemple... un bol... on me donnait deux demi-bols... Parce qu'il ne fallait même pas que ça plie ou quoi que ce soit. Parfois je me suis demandée si ce n'était pas un peu excessif, mais bon... (sourires)
- D'accord... et du coup la rééducation en tout...
  - Oui donc voilà... Donc j'ai passé 3 semaines à peu près à l'hôpital X, et après on m'a envoyée à Y (centre de rééducation d'ortho-traumatologie), bien que j'habitais Paris à l'époque... Mais on m'a dit que je n'avais pas le choix, je voulais remonter sur Paris... mais non, ils voulaient me garder pas trop loin... et ... j'ai passé 4 mois à Y... et au bout de 4 mois j'ai signé ma pancarte en demandant à rentrer chez moi... J'ai essayé d'organiser un retour, on me disait qu'il fallait au moins être en hôpital de jour... et je n'ai pas réussi à trouver ça mais par contre j'ai trouvé un kiné qui me prenait 1h tous les jours... Ce n'était pas tout à fait pareil mais ça m'a permis de bien récupérer...

- Ils ne voulaient pas vous laisser rentrer ?
  - Non... j'en étais encore au point où j'avais le nerf... on voyait que le nerf était en train de repousser mais il était à peu près... au niveau du coude...donc ils voulaient voir jusqu'où ça irait... Est-ce qu'il y aurait besoin d'une greffe de nerf ou pas...
  
- Et au départ ils vous ont dit que vous récupérez...
  - Bah en fait ils ne savaient pas trop et ça c'est un peu dur de ... Au départ, au tout départ... j'étais pleine d'espoir... j'me posais pas trop de questions, j'me rendais pas compte... et puis au fur et à mesure que j'posais des p'tites questions.... c'était toujours évasif... Soit c'était évasif de la part du médecin chef du service de rééducation... qui pensait quand même que j'allais récupérer au moins en partie... soit de la part des... notamment de l'équipe d'ergothérapie, parce que j'avais des grosses attelles pour me maintenir en position, attelles de jour et attelles de nuit... là vraiment c'était... heu... il y a eu des phrases assez difficiles quoi... à me dire que justement, j'avais pas 15 ans... qu'il fallait que j'accepte que j'récupérerais ... probablement pas bien... et peut-être pas du tout... on m'a fait penser qu'il faudrait que j'change de profession... enfin des choses, quand t'es encore assez près de l'accident...
  
- Le vécu général du coup... moyen quoi ?
  - Ouais très moyen... J'me sentais vraiment très seule et ...
  
- Pas soutenue ?
  - Pas soutenue et la famille ... très loin d'abord... et se rendant pas très compte. Et puis je sentais que... les kinés... J'avais un kiné le matin et une kiné l'après-midi. La petite kiné de l'après-midi elle était très désemparée, une jeune nana très sympa... donc heu.... et le kiné du matin lui c'était plutôt me faire travailler très fort très dur, tant pis si j'avais mal... et la kiné d'après-midi en me disant attention, que j'risquais, en faisant de la rééducation trop fort, d'avoir au contraire des séquelles tout ça... et pis moi un peu à cheval entre eux deux en me disant : mais qu'est-ce que je dois faire en fait... heu...
  
- Vous avez trouvé qu'au niveau de l'équipe soignante... Infirmiers ou Aides-soignants... ils étaient une ressource... ou alors pas du tout ?

- Je dirais plus... la ressource était plus chez les infirmiers... C'est vrai... Quand j'y pense, les infirmiers étaient plus tranquilles, plus... accompagnants... Même l'infirmière de nuit, souvent... donc j'étais dans une chambre à deux et elle prenait un peu le temps de parler avec nous tout en distribuant les médicaments... Tous les jours elle prenait un peu le temps de parler de trucs ... des choses de la vie normale... de ski... d'autres choses...pour nous faire comprendre que la vie existait toujours... Bon en plus le centre Y c'est un peu éloigné de tout... donc c'est sûr qu'on a une vue magnifique mais... bon ... peut-être dans un centre normal ça serait pareil ... on se sent un peu hors de la vie en fait... à un moment on a l'impression d'être complètement... dans un ghetto à côté de tout... on voit plus personne...
- **Donc vous vous êtes sentie moyennement soutenue par l'équipe mais il y a quelques infirmiers qui quand même se montraient plus... rassurants ?**
- Plus rassurants ... plus de chaleur, tout bonnement... plus naturels... sans faire sentir qu'ils étaient perturbés par le fait que... souvent on m'a dit... que comme j'étais infirmière alors... Ça aussi c'est une drôle de question... « Tiens...Vous qui êtes infirmière, ça doit vous faire drôle de vous retrouver de l'autre côté de la barrière... Comment ça fait ? » Bah ça fait rien du tout en fait... tu te retrouves patient et tu te dis pas : j'ai été infirmière avant... c'est simplement là tu vis autre chose, et ça empêche pas que t'es toujours infirmière au fond mais tu vis autre chose... et ça fait bizarre de te faire penser à ce genre de choses... t'as pas de réponse, t'es en plein dans... le creux de la vague et t'as pas spécialement envie de comparer avec le temps où t'étais infirmière...
- **Surtout si on dit à côté que ce n'est pas sûr que vous redeveniez infirmière, on émet quand même des doutes par rapport à l'avenir...**
- Ouais, donc ouais... Y'avait quand même des infirmiers, la plupart des infirmiers... même les infirmiers en général étaient soutenant... dans le sens qu'ils étaient assez matures voilà... Ils étaient tels qu'ils étaient, me prenaient telle que j'étais... On avançait au jour le jour, ensemble, sans me dire dans 3 mois, dans 6 mois, dans 1 an, qu'est-ce que vous allez faire. Nan ce n'était pas ça... On vivait le moment de la journée... Voilà.
- **Quand il y a eu des moments où ça allait moins bien... Vous avez senti que vous pouviez en parler ?**

- Bah il y a une fois où vraiment, j'étais au creux de la vague... j'ai demandé à voir la psychologue... et puis je chialais... à fond les manettes... on m'a dit qu'il n'y avait pas de psychologue pour le service... que si vraiment vraiment ça allait très mal on pourrait faire venir la psychologue des soins palliatifs... Donc là j'ai compris que, quand même, ça serait peut-être pousser un peu loin le bouchon... Mais... j'avais l'impression que quand même là de pas être trop comprise... de pourquoi je pleurais comme ça... que après tout ... c'est sûr que par rapport à d'autres qui devenaient paraplégiques ou tétraplégiques... bah moi j'avais mes jambes... et... j'avais l'impression quand même de vivre vraiment toute seule tout ça... de me dire... qu'est-ce que j'vais faire si j'ai plus de bras gauche... moi j'suis d'un naturel en plus, j'suis très bricoleuse... j'suis assez sportive physique... J'me disais mais qu'est-ce que je vais pouvoir faire... Et puis les activités qui sont proposées là-dedans... y'avait des activités d'ergothérapie tout ça... C'est plus fait pour les gens qui ont des mains... donc moi parfois j'y suis allée et ça me confrontait tout le temps au fait que j'y arrivais pas... donc tout le temps tout le temps, quand j'y allais, à la fois c'était pour essayer d'être un peu dans le groupe, de pas m'isoler parce que je sentais que ça serait pas bon alors que ça aurait été ma tendance naturelle... et à la fois j'me disais bah.. tout le temps... D'ailleurs une fois j'l'ai dit au kiné... tu me fais tout le temps faire des trucs... parce que tous les jours il essayait de me faire bouger la main alors que même le bras ne bougeait pas... Tous les jours, tous les jours... Un moment j'lui ai dit... tu me confrontes tout le temps aux choses que je ne peux pas faire, tu me confrontes toujours à mon impuissance et à la fin c'est vraiment insupportable quoi.
- Vous aviez l'impression que les médecins... ou le corps médical avait tendance à vraiment parler que du handicap alors que les soignants s'intéressaient plus à toi en tant que personne ?
- C'est ça... Ouais, ouais.
- Est-ce que vous pensez que la réaction ou l'attitude des soignants a pu avoir une influence sur votre rééducation, ou votre récupération... Est-ce que vous pensez qu'en ayant été plus soutenue ça aurait pu changer des choses ?
- Bah je pense que si j'avais été plus soutenue ça aurait été mieux... Ouais...Même après je suis arrivée sur Paris, avec un gars... un kiné qui avait l'air assez bien au courant... Il a été tellement dur au début... que vraiment.... Pareil il m'a remise à pleurer quoi. Et là il était complètement désemparé parce qu'il ne pensait pas...

Parce que lui, effectivement il avait peut-être plus de la kiné.... De gens qu'il faut rééduquer mais qui récupèrent alors que moi j'étais toujours dans cette incertitude. Et c'est sûr que d'être accompagnée... purée, ça serait vraiment positif.

- Vous avez vu, autour de vous, des gens pour qui ça s'est passé différemment ?
  - Bah ma voisine de chambre... heu... Elle chialait tout le temps et il n'y avait personne de là pour elle... et à un moment je lui ai dit, écoutez... vous êtes... 'fin je lui ai fait sentir que quand même ce n'était pas hyper grave ce qu'il lui arrivait ... elle était en rééducation d'une prothèse de hanche et qu'on lui demandait de rester un peu plus parce qu'elle n'avait pas récupéré mais qu'elle allait récupérer... J'essayais de l'accompagner, mais ce n'était pas mon truc...
- Le rôle des soignants... On a parfois l'impression qu'il y a le corps médical d'un côté, qui s'intéresse purement à la pathologie... et de l'autre côté les paramédicaux qui essaient un peu plus de voir la personne...
  - Plus les infirmiers... Parce que je pense que les kinés et les ergo là-dedans, ils étaient tellement rééducation rééducation... qu'ils avaient du mal à te suivre dans tes émotions... dans ton quotidien, à te soutenir... C'était vraiment étranger... ou alors peut être qu'ils ne voulaient pas être trop touchés... parce que forcément il n'y avait que des gens un peu comme moi quoi. Mais je pense que tous on était un peu laissés à nous-même quand même. Et le médecin... le médecin aussi, il voulait bien parler avec moi de choses... de douleur, de choses comme ça... mais même me faire le compte-rendu quand j'avais des EMG, électromyogramme... et bah il n'avait pas envie d'en parler. C'est moi qui était obligée d'aller le voir en lui disant... vous avez reçu le compte-rendu, on en est où... enfin des choses comme ça...
- Les choses qui avaient vraiment une importance sur la vie future...
  - Voir même juste si il y avait des petits tressaillements, si ça commençait à repousser ou pas...
- Vous pensez que comme vous étiez infirmière, et que vous l'êtes toujours... Il y a peut-être certains soignants qui avaient peur de trop se laisser envahir un peu par tout ça... ?
  - C'est difficile à dire... C'est vrai que je n'en parlais pas trop... Je n'en parlais pas. Parfois c'est vrai que... bon bah de toute façon c'était dans le dossier tout ça...

Le fait d'être infirmière pour moi ce que je voyais juste ... j'avais l'impression en fait d'avoir peur de déranger... et là-dessus j'essayais tout le temps de me débrouiller... donc je ne pense pas que j'étais chiant... peut être que j'aurais dû l'être un peu plus... être plus en demande... ça c'est possible.

- En général vous avez trouvé que la rééducation ce n'est pas un super souvenir...
- Bah on te laisse beaucoup à toi-même... et on ne fait pas trop attention à tout ce qui est psychologique... Ça c'est sûr.
- Vous auriez aimé être d'avantage soutenue et peut être que ça aurait eu d'avantage d'influence sur...
- Voilà! parce que la seule fois où j'me suis laissée allée à pleurer devant eux... bah c'était une affaire d'état et je sentais qu'il fallait que je me reprenne vite parce que ça ne pouvait pas passer quoi, dans un centre comme ça.
- Si je vous dis relation d'aide.... Est-ce que vous pensez que ce que certains infirmiers ont mis en place ça peut être considéré comme de la relation d'aide ?
- Bah... Oui et non... Parce que le problème c'est que je ne pouvais pas parler de ce que je ressentais... ce qui aurait été bon dans une relation d'aide... Par contre ça m'aidait quand même de savoir que... bah ... d'être tout simplement deux personnes humaines à discuter de tout-à-fait autre chose... ne pas être juste un numéro ça c'était important.
- Il faut mettre beaucoup de soi dans une relation d'aide... le soignant il s'implique beaucoup... Il y a le petit train-train quotidien... et puis il y a le boulot de tous les jours et la relation d'aide c'est vraiment donner un peu de soi.... Et...
- Oui voilà, donner un peu de soi... Tout en ayant le petit recul nécessaire qui fait que tu ne te fais pas bouffer en tant que soignant... Et je pense que là... Peut-être que c'est ça qui manquait, que... peut être... un genre de débordement... à force d'être tout le temps confronté à des gens en situation... en crise quoi... faisait qu'ils ne s'impliquaient vraiment pas du tout par-là ... Je ne sais pas, peut-être qu'il manquait ce petit truc quoi... Une relation d'aide, t'es là pour l'autre mais en même temps ça ne t'empêche pas d'être toi et de ne pas te laisser bouffer... Là on avait l'impression qu'ils étaient... juste à devoir faire le travail pour lequel ils étaient...

Et la relation d'aide il manquait ce petit truc... où t'es capable quand même d'écouter l'autre... à savoir où il en est, sans te laisser déborder quoi.

- Est-ce que vous pensez que, lorsqu'on travaille en rééducation depuis 10 ou 20 ans en rééducation, on a des patients qui sont handicapés lourdement, ou moins, tous les jours... Et si on devait mettre en place une relation d'aide au quotidien, ça demande beaucoup d'énergie, d'implication... et du coup ils se protègent un peu....
- Sûrement... Les jeunes aussi je pense... Dans un sens peut-être que les plus âgés avaient moins de mal... il me semble... Et les plus jeunes étant vraiment plus sur la réserve... parce que... parce que c'est dur quoi.
- Pour se protéger un peu au détriment du patient... Merci, Pour moi c'était tout... Est-ce que vous aviez quelque chose à ajouter ?
- Je dirais qu'après tout... le chef de service... et bah dans un sens... il était, avec son optimiste, où il me disait jamais pourquoi il était optimiste... mais finalement, il aurait pu me donner encore un peu plus d'espoir... mais il m'en a donné un peu quand même, et ça s'était bon... parce que finalement j'ai récupéré à 100% de motricité... Et je pense que ÇA ce serait important à dire aux gens. Les choses ne se jouent pas en 1 mois, 3 mois, 6 mois, 1 an... Au bout de deux ans, j'me suis dit : j'ai récupéré tout au point de vue motricité... Il me manquait un peu de la sensibilité, j'ai des sensations désagréables, des coups d'électricité, des trucs comme ça... mais j'me suis dit: c'est génial comme ça déjà quand même... au bout de 3 ans... j'me suis dit : c'est incroyable, j'ai continué à récupérer... et au bout de 4 ans j'me suis dit : mais c'est incroyable, là je crois que j'ai tout récupéré... donc faut vraiment se dire, faut garder cette porte ouverte, en disant aux gens « Ce n'est pas forcé que vous récupériez tout. Peut-être que vous.... » Mais il n'empêche qu'il y a quand même des choses possibles, même si c'est un peu.... même si c'est... il faut compter vraiment en années quoi...
- Le fait de garder l'espoir, c'est peut être ça qui redonne qui permet d'avancer...
- Oui, c'est ça qui permet d'avancer quoi, si t'es au fond du trou bah c'est là que tu ne peux plus avancer quoi... tu ne vois rien... tu ne vois rien de rien... Si tu sais que peut-être tu ne récupéreras pas tout, que peut-être tu ne récupéreras pas bien... mais que tu sais que tu peux récupérer quand même bah j'pense que ça permet d'avancer.

- Vous pensez que si les infirmiers... C'est le médecin qui fixe plus ou moins les pronostics... L'infirmier il peut donner un peu d'espoir, ou essayer de donner un peu de motivation... vous pensez que ça peut faire beaucoup ?
- Oui, je crois oui, parce que cette ergo qui m'a complètement cassée... elle m'a... sans s'en rendre compte... Je pense qu'elle voulait essayer de me faire faire un deuil... mais tellement brutale... que ça m'a mise au fond du trou pour des mois... et donc en fait... garder cette porte ouverte.
- C'est le mot de la fin ?
- Oui... (Sourires)... Le corps a des ressources incroyables... Il faut laisser un peu d'espoir aux gens, sinon autant se flinguer tout de suite quoi... Après tu te rends compte que le petit geste d'attention....

*Poursuite de l'Échange sous forme informelle*

Par exemple quand on te fait manger... qu'on ne veuille pas t'enfourner à toute vitesse, toute vitesse... qu'on te laisse quand même mastiquer... Par exemple des toutes petites choses comme ça, bah ça te laisse ressentir que t'es un être humain avec ta petite importance quoi... alors que si on t'enfourne comme ça m'est arrivé à toute vitesse, à toute vitesse... t'as l'impression d'être un tas... de rien du tout... inintéressant... moins tu prends de place, mieux c'est... Là-dessus t'as plus de demandes... t'as l'impression que t'as ta petite lumière intérieure qui s'éteint quoi...

- L'impression d'être déshumanisée un peu ?
- Oui... et du coup t'oses plus demander, t'essayes de te débrouiller... et je pense que voilà... des petits sourires, des petits moments... prendre du temps. C'est le capital quoi.
- Ce n'est pas le plus difficile du boulot, mais c'est peut-être ce qui demande le plus ... d'humanité...
- Oui... On a l'impression qu'il n'y a pas besoin d'être sorti de polytechnique pour imaginer ça franchement mais... peut être que si... (Rires).
- Voilà...Merci...

Un lundi matin, dans l'office infirmier

- Depuis combien de temps êtes-vous diplômée ?
- (Rires)... Depuis 38 ans....
- D'accord, et depuis combien de temps, vous travaillez en rééducation ?
- En rééducation... Depuis 1988... Ca fait 24 ans.
- Donc avant vous avez travaillé... ?
- Alors avant en rééducation à Z, pendant 22 ans, et ça fait bientôt 3 ans que je suis ici...
- Donc directement après le diplôme ...
- Non directement après le diplôme j'ai travaillé en chirurgie,...
- Ok... Pourquoi avoir choisi la rééducation ? Est-ce que vous l'avez choisi ?
- Je... C'était pas tout à fait choisi... Parce que j'étais d'une autre région, et j'avais demandé une mutation sur l'hôpital X pour suivre mon mari... et le X n'a pas voulu de moi, donc à tout hasard j'ai postulé à Y, qui m'a embauchée tout de suite, voilà.
- Ce n'était pas par choix mais un peu par obligation...
- Non, pas par choix... pas par obligation parce que je pouvais aller ailleurs... Mais voilà. J'ai eu le coup de foudre là-bas, en fait.
- D'accord... En rééducation en général... Comment est-ce que vous arrivez à entrer en relation avec vos patients ?
- D'abord au moment des soins, vous entrez, vous prenez soin... et puis au fur et à mesure de ... on discute, et puis voilà.
- Si vous êtes restée en rééducation pendant autant d'années... C'est quand même qu'il y a quelque chose qui...

- Ah oui, parce que j'ai travaillé longtemps en chirurgie, et je voulais voir... ça m'a permis de voir ce qu'il y avait après la chirurgie, et puis accompagner les patients jusqu'à la guérison et l'autonomie quoi.
- Vous trouvez qu'il y a une relation particulière en rééducation ?
- Oui...C'est ce qui m'a plu tout de suite, moi...Il y a un autre contact, on a... déjà on a beaucoup plus de temps, on est moins stressée que dans les services de chirurgie, on a le temps de discuter...et c'est surtout ça quoi. On a plus de temps, on peut être beaucoup plus humaine vis-à-vis des patients... C'est être moins pressé.
- C'est au niveau du stress...
- ... Voilà, surtout au niveau du stress, c'est ça qui joue beaucoup... En chirurgie tu cours de partout, t'as des blocs...des préparations... et voilà.
- Est-ce qu'avec ce temps vous pouvez leur apporter quelque chose de particulier, aux patients ?
- Bien sûr... bien sûr, un meilleur contact, du relationnel...
- Et quelle influence ça peut avoir sur leur rééducation ?
- Bah c'est très important... tout ce qui est relationnel... Pour moi c'est très important. S'il n'y a plus de relationnel, il n'y a plus rien quoi. Quand on est trop technique, ce n'est pas toujours le but de notre métier... Voilà moi j'ai appris en rééducation à redevenir... plus humaine...
- Vous avez l'impression que ce contact particulier il peut avoir une influence sur leur récupération ?
- Bien sûr... Surtout en rééducation certains restent beaucoup... enfin très longtemps. Et c'est très important d'établir un lien autre que toujours celui du soin...le relationnel c'est important.
- Est-ce que vous avez l'impression que c'est de la relation d'aide ce que vous mettez en place?
- De la relation d'aide... oui bien sûr...
- Qu'est-ce que c'est pour vous exactement ?

- Le patient il est bien dans sa peau déjà... et puis il oublie un peu le côté hospitalisation, chirurgie, traumatisme.... Et qu'il voit autre chose quoi, qu'il se voit lui-même... Comment est-ce que je peux dire ça...Ouais... Sortir de ce milieu de chirurgie et ... revivre quoi...retrouver son corps...
- Oublier le côté médical... ?
- Voilà, s'intéresser à l'autonomie, plus.
- Vous avez l'impression que vous vous intéressez peut-être plus à la personne... pour lui redonner confiance en elle, c'est ça ?
- Oui. C'est très important...
- D'accord...est-ce que vous avez des expériences particulières où ça a montré que cette relation d'aide avait des conséquences sur la récupération des patients ?
- Oui...la plupart des patients d'ailleurs. Oui, moi je trouve que oui...
- Vous voyez les répercussions directement ?
- Ah bien sûr... Ils le disent d'ailleurs eux-mêmes, qu'on est beaucoup mieux, beaucoup plus détendu, beaucoup plus humain, beaucoup plus à l'écoute.... Et pour eux c'est fondamental.
- Et ils le ressentent...
- Oui bien sûr, ils sont beaucoup plus détendus et plus accessibles aux soins...
- Vous pensez que cette relation particulière elle aurait plus de mal à être mise en place dans un service plus technique... ?
- Oui, c'est obligé... c'est obligé... Parce que dans les services plus techniques c'est toujours « soins »...et puis ça sera autre chose.... Tu peux donner... apporter des... tu peux discuter mais c'est pas de la même façon, c'est plus bref, parce que tu peux pas prendre le temps, tout simplement. Moi j'ai travaillé dans un service de chirurgie, je faisais les soins et puis basta...
- Il n'y a pas le temps pour autre chose...
- Non, non...
- Ici il y a quelques soins, mais le temps est en priorité pour ça ?

- Moi, j'y tiens particulièrement. Le jour où je ne travaillerais plus comme ça, je préfère quitter mon emploi et faire autre chose. Pour moi le relationnel c'est primordial.
- Si vous aviez à retenir un aspect principal de ces années passées en rééducation, c'est celui-là ? Le relationnel et ses conséquences sur la rééducation ?
- C'est ça, oui. On devrait toutes être comme ça, partout... Mais on n'a pas les moyens pour ça...
- D'après vous, qu'est ce qui fait qu'on est plus ou moins à l'aise dans cette relation ?
- Plus ou moins à l'aise ? Pour moi c'est le stress... Si on n'a pas de retour de bloc, tout ça, on peut mieux s'organiser... Ici on a des kinés, mais on arrive toujours à trouver le temps, à être plus détendus... Même si on a beaucoup de travail, ce n'est pas la même chose. On est beaucoup plus relax quoi.
- Est-ce que vous avez l'impression que ça demande beaucoup, quand même, de mettre en place des relations comme ça... ?
- C'est propre à chaque patient, c'est beaucoup plus difficile suivant le contexte social... Quelquefois on rencontre des problèmes avec ce genre d'individus... Par exemple ceux qui se droguent ou des choses comme ça... S'il y a des problèmes à l'extérieur, on les retrouve plus souvent ici... Ça c'est plus difficile... Mais bon, voilà, faut faire avec son temps et...
- Vous avez quand même une grande expérience de la rééducation, il n'y a pas des moments où vous vous êtes sentie un peu « vidée »... Parce qu'on s'implique beaucoup dans une relation d'aide...
- Oui... par exemple avec ce genre de patients... qui sont beaucoup plus difficiles... On a eu beaucoup de ... certaines fois beaucoup de défénestrations... de schizophrènes... et là ça a été difficile.
- Psychologiquement ?
- En plus ils restent très longtemps... C'est des patients à problème, on ne trouve pas forcément de solution immédiate... voilà. Ici on en a un, ça fait 4 ans et demi qu'il est chez nous...

- Qu'est-ce qu'on fait dans ces cas-là ?
  - Et bah... personne ne veut de lui, donc on le garde... en attendant...on ne peut pas le mettre dehors... Pareil il y a des patients qu'on a gardés un an, qui avaient des problèmes aussi... Mais bon, c'est...
  
- On essaye de leur apporter ce qu'on peut, tout en se protégeant ?
  - Voilà... on fait ce qu'on peut, parce qu'après... Quand ils restent trop longtemps quelquefois on prend nos distances... On est obligé.
  
- Vous pensez qu'au niveau de chaque individu, ce n'est pas la même approche ?
  - Ah non pas du tout... Ils sont tous différents... et ça demande de s'adapter quoi...
  
- Au niveau des soignants, vous avez l'impression qu'il y en a qui ont plus ou moins de facilité à ... (Acquiescement), c'est lié à quoi ?
  - A la personne elle-même, c'est personnel. Certains ont une approche beaucoup plus rapide, d'autres un peu plus longue... C'est une confiance entre... Je pense que moi, avec mon expérience... beaucoup avec les jeunes. Les patients sont peut-être plus méfiants au début avec des personnes plus jeunes que des... 'fin moi je suis davantage...plus ancienne. Et je pense que quelquefois, oui, moi je ne rencontre pas exactement les mêmes problèmes que les jeunes. Et dans les deux sens.
  
- Vous avez l'impression que, quand on n'a pas l'habitude, on essaye peut être de se protéger ?
  - Oui, je pense aussi... Sans doute, oui...et puis c'est ... (Silence)
  
- Si vous êtes toujours là c'est que ça ne vous a pas encore épuisée... (Rires)
  - Et j'ai la chance d'avoir connu cette façon de travailler et ce souci qu'il fallait faire comme ils nous demandent un peu à X de « rapporter de l'argent ».Travailler comme ça, non, non, je préfère m'en aller. Mais je vais tenir jusqu'au bout... (Rires).
  
- Est que vous avez quelque chose à rajouter sur le travail en rééducation, sur cette relation particulière ?

- Ah bah oui... Moi je pense qu'elle vaut le coup d'être vécue...et c'est très important... D'autant plus chez les patients qui restent très longtemps.
- Est-ce que vous avez l'impression que parfois, au contraire, quand certains soignants ne veulent pas du tout partir dans la relation d'aide, parce qu'ils ont peur ou qu'ils veulent se protéger... ça peut aussi avoir des répercussions dans l'autre sens pour le patient...
- Ah oui bien sûr, le patient il le ressent tout de suite... De toute façon c'est ce qu'on disait... Quand une personne...C'est toujours les « mêmes » qui ont les mêmes problèmes vis-à-vis des patients... Il y a en pour qui ça se passera plus ou moins bien et d'autres... surtout dans certaines pathologies... psychiatrie tout ça... ce n'est pas évident non plus...
- Du coup le patient ne se sent pas entendu c'est ça ?
- Oui... C'est surtout ça... Il faut former les gens aussi quelque part... Même moi, ça m'arrive aussi d'être dépourvue... et de ne pas faire face à certaines situations, forcément... quand c'est trop spécialisé... On n'a pas forcément toujours les moyens non plus...
- Ça s'apprend ?
- Ça s'apprend bien sûr, et puis on demande des aides extérieures, par exemple des psychiatres, des psychologues. Et puis on fait des formations.
- Ça se passe comment les formations ?
- Du moins pour l'instant c'est tout nouveau donc bon... (Rires) Mais on va y arriver !
- Ça permet peut être de mieux se protéger.
- De mieux se protéger oui, surtout ça... et puis avoir quelle attitude vis-à-vis de ce type de patients... Voilà.
- C'était tout ?
- C'était tout, oui...
- Merci.

Un lundi matin, dans l'office infirmier

- Depuis combien de temps êtes-vous diplômée ?
- Je suis diplômée depuis le 25 avril 2005... Ça fait donc bientôt 7 ans.
- Depuis combien de temps travaillez-vous en rééducation ?
- Ça fait juste deux mois que je suis ici...
- Et avant ?
- En chirurgie thoracique et vasculaire...
- Et pourquoi la rééducation ?
- Au début c'était la rééducation vasculaire parce que je travaillais en rééducation vasculaire, et vu que l'effectif était plein, je ne pouvais y accéder donc du coup je me suis dit pourquoi pas la rééducation ortho... Ça me fera changer carrément de pathologie.
- Et pourquoi la rééducation plutôt que la chirurgie ?
- Parce que la chirurgie j'ai suffisamment donné... et là j'avais envie de voir un peu autre chose, et de voir ce qu'était la prise en charge globale... En chirurgie je ne connaissais pas les explications...
- C'est un choix d'être venue en rééducation ?
- Tout-à-fait.
- Au niveau de la relation avec le patient... qu'est ce qui est complètement différent ici par rapport à la chirurgie... ?
- Bah le patient il est détendu... Parce que déjà il est sorti du cadre de la chirurgie, il est là pour se rééduquer, ils ont le droit de sortir en permissions... La prise en charge n'a rien à voir, le patient est dans une autre optique de soins...
- Et au niveau des soignants ?

- Et au niveau des soignants, c'est plus nous qui nous adaptions en fonction des patients que les patients qui s'adaptent à nous... En chirurgie j'me souviens, ils attendaient malheureusement qu'on vienne s'occuper d'eux... Ils n'avaient pas trop le choix. Alors qu'ici c'est nous qui nous adaptions en fonction des heures de kiné, d'ergo, de piscine... en fait c'est nous qui organisons notre travail en fonction de leur planning à eux et non l'inverse.
- Au niveau de ce que vous apportez au patient... C'est complètement différent ?
- Heu... c'est plus un travail de... C'est plus au niveau du relationnel, j'trouve, que le travail est différent... Ils ont besoin de nous mais différemment... Je ne sais pas... En chirurgie on sentait vraiment que... je ne sais pas comment l'expliquer...
- L'impression qu'ils ont plus besoin qu'on prenne soin d'eux en tant que personne...
- Qu'en tant que patient... Oui.
- Est-ce que vous avez l'impression que parfois, ce que vous mettez en place avec vos patients c'est de la relation d'aide ?
- Bien sûr... rassurer, être présent, écouter... c'est une autre approche.
- C'est ça qui prend un peu le pas sur les actes techniques qu'il peut y avoir ?
- Tout-à-fait.
- Est-ce que, dans votre courte expérience de rééducation, vous avez déjà pu voir l'influence et les conséquences que ça pouvait avoir sur la rééducation, d'être présent...
- (Silence.)
- Est-ce que vous avez ressenti, ce que ça pouvait faire d'être présent, d'être aidant par rapport à un soignant qui se tiendrait en retrait, qui se protégerait... ?
- (Silence) Bah je n'ai pas vu de soignant en retrait, du coup j'ai du mal à l'évaluer...
- Vous avez l'impression que c'est indispensable d'être aidant ?
- Oui, tout-à-fait... Après, mes collègues sont toutes aidantes, donc j'ai pas eu l'occasion de comparer ce genre de choses.
- Les patients le ressentent et le disent ? Il y a déjà eu des retours ?

- Oui... l'équipe est très appréciée... Ils apprécient beaucoup le relationnel... La confiance en fait, qu'ils ont pu nous donner tout au long du séjour.
- Vous avez l'impression d'avoir vu des répercussions directement sur les patients ?
- (Silence)... J'essaye de trouver des exemples, mais j'en ai pas qui me reviennent...
- Ça reviendra peut être tout à l'heure (Sourire). Est-ce que vous avez l'impression que ça peut être considéré comme de la relation d'aide, cette relation particulière qui se met en place ?
- Oui...
- Et est-ce que vous pensez que si vous faites 20 ans de carrière en rééducation...au bout d'un moment ça peut être épuisant de s'investir autant psychologiquement ?
- Bah je trouve que c'est moins épuisant d'être en rééducation qu'en chirurgie... alors après, est-ce que c'est parce que j'ai fait 7 ans de chirurgie, et que là ça ne fait que 2 mois... Mais heu... J'trouve que c'est moins épuisant... Les patients ils ont moins... Ils ont besoin de toi mais pas de la même façon. Et du coup, toi derrière, tu ne te sens pas non plus... indispensable en fait. C'est plus dans le positif.
- Ça demande quand même beaucoup de soi quand on met en place des relations comme ça de confiance... et on s'investit plus que dans un soin technique...
- Oui peut-être, oui...
- Au niveau des objectifs qu'un soignant peut avoir en rééducation ?
- C'est vrai que c'est une bonne question... (Rires). Je sais qu'après on va plus... comment dire... les patients du coup comme on a plus le temps de discuter, de les prendre en charge globalement, du coup on les connaît plus dans leur intimité... J'arrive à savoir des choses que je ne connaissais pas sur mes autres patients. Donc du coup je trouve que c'est plus facile de venir en aide à ces patients-là, quand on a beaucoup plus d'informations. Donc du coup...ça se fait tellement naturellement que j'ai du mal à fixer tout ça. Oui, pour moi les objectifs, surtout en venant travailler ici, c'était surtout la prise en charge globale quoi... voilà.

- Il n'y a pas d'expérience particulière qui revient, d'un patient en particulier où ça vous a marqué ?
- En chirurgie ou en rééducation ?
- Les deux... si vous avez l'impression qu'en chirurgie il y a des choses qui auraient pu être mises en place et qui n'ont pas été mises en place...
- Le problème c'est qu'en chirurgie, on court dans tous les sens... du coup on n'a pas le temps de discuter avec le patient... si ce n'est pendant le pansement. Du coup on n'a pas d'information de suivi... Le peu d'informations qu'on a, c'est sur la fiche de liaison... Donc du coup, c'est difficile de prendre en charge un patient qu'on ne connaît pas. Mais là c'est vrai que c'est plus familial, c'est plus intime, c'est plus... Les patients, je ne sais pas... ils ... c'est peut-être la structure... Ça fait un peu cocon... On se sent un peu comme dans un cocon...
- Ça laisse davantage de place au relationnel et à une relation particulière ?
- Voilà...
- Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?
- Non...
- Merci.

Entretien IDE n°3, Virginie\*, service de rééducation neurologique

Bureau médical, un après-midi,

En présence d'une étudiante infirmière 2<sup>ème</sup> année

- Depuis quand êtes-vous diplômée ?
  - Ah... Bah ça fait... deux ans...
- Et depuis combien de temps travaillez-vous en rééducation ?
  - Deux ans... Juste après mon diplôme en fait. Enfin, ça fait deux ans et demi que je suis diplômée, mais je n'ai pas travaillé tout de suite, j'avais des petits soucis de santé et donc mon premier poste c'était ici.
- Pourquoi la rééducation ?
  - Heu... bah j'avais fait un stage ici qui m'avait... qui m'avait énormément plu, je trouvais que c'était intéressant parce que bon, c'est vrai qu'on avait le côté un peu « technique » de... de l'infirmière... puisqu'on a quand même des soins à faire, des pansements, des perfusions, des choses comme ça... Mais il y a vraiment le côté relationnel qui est important, le côté éducation du patient... et puis bon, le fait que les patients restent un peu plus longtemps que dans un service de soin général... C'est vrai qu'on a une autre approche, ici, avec les patients...
- Je peux vous demander ce que vous faisiez avant ?
  - (Rires)... J'étais dans le marketing et dans le commercial...
- Donc reconversion professionnelle totale...
  - Voilà, totale.
- Au niveau de la rééducation, vous pensez quoi de la relation qui s'instaure entre le patient et le soignant ?
  - C'est-à-dire ? Dans la relation... Vous pensez à quoi en fait ?
- Est-ce que c'est complètement différent d'un service de soins généraux, d'un service plus technique...qu'est ce qui change ?

- Oui, je pense que c'est différent, parce que... d'une part parce qu'ils restent plus longtemps donc forcément ils nous connaissent mieux... Alors que c'est vrai qu'en service de soins généraux, en général les gens restent 3-4-5 jours, une semaine maximum... Ce sont quelquefois des grosses équipes, donc au final ils ne voient jamais « la même infirmière »... Nous pour ceux qui restent un bout de temps, ils connaissent nos prénoms... Ils nous connaissent... bien... Donc c'est vrai que forcément il y a une relation qui est un peu plus... c'est loin d'être du copinage... mais disons qu'ils sont plus à l'aise avec nous et... voilà... Oui, il y a le fait qu'ils soient là plus longtemps... et puis il y a aussi le fait qu'en rééducation on est à la fois présent avec eux... pas mal... mais en même temps, en fait, on essaye de les aider à retrouver une autonomie donc, en fait, on les laisse faire... Il y a vraiment tout un travail de remotivation du patient, d'encouragements... Ouais, on essaye de les booster un peu quoi en fait... et puis, bon de temps en temps un peu aussi... pas de flicage... mais bon... à l'inverse, on a parfois des patients qui prennent un peu des risques... des choses comme ça... Donc c'est vrai qu'on est un peu toujours « derrière leur dos »... pour voir leurs progrès, pour les stimuler pour... Voilà... donc... on a des contacts qui sont... on est plus présents que dans un service de soins généraux... Après c'est vrai qu'au niveau du travail en lui-même ... les gens qui sont encore les plus présents avec eux, ça va être surtout les kinés, les ergothérapeutes les gens qui vraiment les font travailler ... Nous on est là pour « assurer le lien »... et les tâches quotidiennes quoi...
- Vous pensez que cette relation qu'il y a entre les soignant, et le patient, c'est vraiment quelque chose d'indispensable pour la rééducation du patient ?
- Moi je pense que oui, il faut une relation de confiance, il faut que le patient ait confiance en fait... qu'il fasse confiance aux soignants pour justement... pouvoir faire... ce qu'il aurait peur de faire tout seul... s'il a pas confiance... il ne va pas faire... Oui, il y a une relation de confiance qui est obligée... Si le patient n'a pas confiance, il ne va pas faire les exercices qu'on lui demande... il n'essayera pas de se lever s'il ne s'en sent pas capable... C'est très important...
- Vous pensez qu'on peut appeler ça de la relation d'aide ?
- Oui, pour moi, effectivement c'est de la relation d'aide... Après il faut savoir... enfin je veux dire... Chaque patient est différent... On n'aide pas les patients de la même façon, il y a des gens qu'il faudra plutôt freiner, d'autres qu'il faudra encourager...

On n'a pas une méthode qu'on applique pour tous les patients quoi... Il y a des patients qui ont besoin d'être un peu secoués, d'autres au contraire qu'il faut plutôt rassurer... leur dire que c'est bien... après si on fait la mauvaise chose avec le mauvais patient... forcément c'est plus de l'aide... Mais si on comprend bien effectivement, l'attitude à avoir avec chaque patient... c'est aidant, oui.

- Est-ce que vous avez l'impression d'avoir vu déjà, sur la récupération du patient, l'effet que ça pouvait avoir, d'être aidant ou pas... ?
- Le rôle qu'on joue en fait, sur la ... Disons que nous, on voit forcément les progrès des patients... après... de là à quantifier quel degré des progrès sont dus à la relation d'aide ou pas... c'est un peu plus difficile... C'est sûr que moi il y a des patients que j'ai en tête, qui ont bien progressé... qui ont retrouvé une certaine autonomie... et qui pourtant n'étaient pas tellement motivés au départ... Donc j'imagine bien qu'ils n'auraient pas retrouvé cette autonomie là sans l'équipe soignante... à raison de plus sans les exercices de kiné ou autres... Après c'est difficile de quantifier réellement... ce qui est dû aux progrès que le patient ferait quoi qu'il arrive... tout seul non, mais... c'est comme quelqu'un qui se fait une entorse du genou... voilà... il y a besoin de séances notamment de kiné... il y a besoin d'un certain nombre de choses, pour pouvoir récupérer... après de là à quantifier effectivement, c'est un peu difficile.
- Vous avez eu des retours de patients sur leurs ressentis ?
- Bah on en voit qui reviennent... nous faire des coucous... ouais, après dans l'ensemble, je pense que ceux qui reviennent c'est ceux qui sont contents. S'il y en a qui sont pas contents, ils ne vont pas venir nous dire que ça va pas... Non, en général, effectivement, les gens sont contents, ils reviennent de temps en temps nous montrer l'évolution... qu'ils ont, pour certains, repris une vie normale... et... voilà... ils sont fiers aussi de nous montrer ce qu'ils sont devenus... un peu...enfin c'est ce qu'ils disent...un peu grâce à nous... ils sont reconnaissants souvent... même si de temps en temps... c'est vrai que ce n'est pas toujours facile, il y a certains qui... il y a toujours des phases de relâchement en fait, lors d'une rééducation... surtout sur une longue rééducation... de « ras-le-bol » du patient, le patient ne veut plus et c'est vrai qu'on essaye de les remotiver... en général après coup ils sont contents, ils nous remercient...

- Vous avez l'impression qu'ils ne font pas vraiment la différence entre la rééducation physique qui est faite par les kinés... et vous ce que vous pouvez leur apporter au niveau psychologique ?
- Heu... si, je pense qu'ils font la différence... alors après... sur le coup je ne sais pas... mais en tout cas... Si, ils se rendent compte qu'être entouré au quotidien et justement dans les gestes de la vie quotidienne en dehors des séances de kiné... ça les aide... et puis c'est vrai qu'on est là aussi pour un rôle de soutien moral... quand ils ont un coup de blues, en général, c'est à nous qu'ils vont en parler, pas au kiné... donc si, ils en sont conscients... Après certains n'en sont peut-être pas conscients en début ou en phase critique, on dira, mais après coup... C'est vrai que nous on a beaucoup de patients qui sont reconnaissants en fait, après, une fois qu'ils sont sortis du « système hospitalier »... C'est un peu différent quand ils sont dans le système hospitalier... mais une fois qu'ils sont sortis, ils doivent faire un peu le bilan de ce qu'ils ont vécu... en général si, ils en sont reconnaissants.
- Vous pensez que tout le monde est capable, au même niveau, de mettre en place des relations, ou il y en a certains sont plus à l'aise que d'autres ?
- Je pense qu'effectivement il y a « des gens » qui sont faits pour ça et d'autres moins... On a tous des qualités et des défauts et... c'est vrai que suivant les qualités des gens, on est plus à même de pouvoir soutenir ce genre de patients ou pas... Mais bon je pense que les gens sont tout à fait conscients eux-mêmes quoi... Il y a des gens qui aiment bien le côté relationnel de notre métier, il y en a d'autres qui sont plus attirés par le côté technique... Voilà, en général ça trompe pas quoi.
- Est-ce que vous pensez que psychologiquement, pour le soignant, c'est plus fatiguant que juste les soins techniques ? Que ça demande plus d'implication ?
- C'est possible que ça soit plus fatiguant... plus fatiguant, moralement, en tout cas... Après, moi de ma petite expérience, moi qui ai fait beaucoup de stages en services techniques, et maintenant je suis plus dans un service effectivement ... sur la relation d'aide... Je pense que ce n'est pas le même stress en fait. Dans les services techniques on a du stress, parce qu'on est proches de l'urgence tout le temps, parce que les erreurs de prises de médicaments, de perfusions c'est vrai que ça... c'est très présent...

Nous, ce stress-là il est un peu moins présent, même si, bien sûr, comme dans tous les services on a aussi des réa, des urgences et... ce genre de stress... Mais après, effectivement, le fait de se donner un peu auprès des patients, d'avoir des patients qui se livrent un peu plus à nous, qui se confient, qui... bah, c'est usant aussi, au bout d'un moment... J'dirais que ce n'est pas le même stress en fait. Les deux côtés ont leur stress...

- Est-ce que vous avez des expériences particulières avec des patients... où le relationnel était particulier ?
  - Qui me viennent comme ça, tout de suite à l'esprit... pas forcément... après il y a des patients dont on se souvient plus que d'autres... des patients avec qui on a plus d'affinités...
- C'est lié à quoi ?
  - Bah... c'est lié je pense, au caractère de chacun... parce que quelquefois, c'est vrai qu'il va y avoir des patients... où tout l'équipe va avoir « de bonnes affinités » avec ce patient là... et à l'inverse, d'autres patients où l'équipe en entier va avoir plus de mal... et puis par contre, il y a aussi des patients où certaines personnes ont des affinités et d'autres non... et inversement en fait... Je pense que ça vient vraiment du caractère de chacun... de ce que l'on retrouve dans chaque patient, de notre histoire, d'un tas de choses en fait... aussi peut-être parfois de l'âge, de... je pense qu'il y a plein de critères qui rentrent en compte... mais voilà tout ça c'est inconscient en fait... Voilà, on est mieux avec certains patients qu'avec d'autres... Mais bon, il faut essayer, justement, d'être pareil avec tout le monde...
- Ce n'est pas toujours facile (Sourire).
  - Ce n'est pas toujours facile,... mais c'est vrai que moi personnellement, je n'ai pas de ... ça ne me coûte pas trop en fait... J'ai très peu de patients avec qui je n'ai vraiment pas eu d'affinités du tout... 'fin je n'ai pas ce souvenir-là. C'est pareil, je pense que ça vient du caractère de chacun, moi dans ma vie personnelle c'est pareil... il n'y a pas de gens que je n'aime pas... Je suis comme ça, quoi... Je ne vis pas dans le monde des bisounours mais... Voilà quoi.

- Si vous repensez au travail en rééducation en général... Qu'est-ce que c'est qui vous plaît particulièrement, qui vous marque ?
  - Je pense que c'est la diversité que j'aime bien, en fait... Parce que bah, c'est vrai que le fait qu'on ait justement une relation d'aide, et qu'on puisse être un soutien moral... bah chaque personne... chaque patient est différent donc ce n'est jamais la même chose... Et puis, moi j'aime bien quand même aussi qu'il y ait un minimum de soins techniques, ce qui est notre cas dans le service... C'est vrai qu'au niveau des soins techniques c'est relativement varié, parce qu'on n'a pas... « une seule pathologie »... On a énormément de... la plupart de nos patients sont là suite à des AVC mais après ils peuvent... « compliquer » de n'importe quelle autre pathologie... Ça touche un peu tout... il peut y avoir... On a des poses de sondes urinaires parce qu'il peut y avoir des problèmes urinaires, des problèmes pulmonaires, des problèmes de... de déglutition avec donc des poches de nutrition, des aspirations, des infections urinaires ou autres, avec donc des poses d'antibiotiques... on a des chambres implantables... 'fin voilà, c'est varié... Ce n'est pas juste une pathologie, même si au départ c'est la neuro... La neuro ça donne des complications à plein d'autres endroits... Donc, moi j'aime bien la diversité que ça soit au niveau technique ou au niveau un peu plus d'aide, et de ... relationnel en fait, avec les patients...
  
- Vous pensez que c'est quoi vos objectifs en tant que soignant, en rééducation ?
  - Vis-à-vis du patient ?
  - Oui.
    - Heu... bah l'objectif principal pour nous, c'est qu'il retrouve... le plus grand degré d'autonomie possible, suivant sa pathologie, suivant ses possibilités, suivant un tas de choses...Ça c'est des choses qu'on élabore limite au jour le jour, parce qu'au début quand on voit le patient arriver sur son brancard d'ambulance, on ne sait pas forcément jusqu'où il va pouvoir aller... Mais voilà effectivement, le but c'est qu'il retrouve le plus d'autonomie possible... Alors après, ce n'est pas forcément une autonomie totale, mais qu'il puisse se débrouiller le mieux possible, qu'il puisse faire le plus de choses possibles... et puis en même temps qu'il accepte aussi... la perte d'autonomie si il y en a une... Voilà qu'il puisse vivre le mieux possible son handicap.

- Et ça c'est à la fois grâce aux aides techniques et au relationnel ?
- Oui... et puis c'est surtout... c'est surtout en pluridisciplinarité. C'est vrai qu'on est tous importants. Tous les maillons de la chaîne sont importants, ça va de nous, des médecins, des kinés, des ergos, de l'assistante sociale, des psychologues... on a beaucoup à faire aussi avec les psychologues et c'est vrai que c'est... un but qu'on a en commun, c'est vrai qu'on a des réunions toutes les semaines, justement pour faire un peu le point des patients et chacun donne son opinion et en fonction de ça, on réévalue un peu les objectifs... Voilà je pense que c'est vraiment le fait qu'on ait une équipe très complète qui fait qu'on peut arriver à ça...
- Est-ce que vous avez autre chose qui vous vient à l'esprit sur le travail en rééducation ou la relation d'aide ?
- Non... Je pense que j'ai un peu près tout dit...
- Ok... Bah pour moi c'est bon... Merci !

## ANNEXE IV

### Grilles de synthèse

- *Patients*

Question	Mots clés	Patient n°1 Morgane	Patient n°2 Carine
Présentation	<p>Age</p> <p>Date et type d'accident</p> <p>Durée d'hospitalisation</p>	<p>22 ans</p> <p>Accident de gymnastique, 2009.</p> <p>Rééducation 3 semaines + 6 mois kiné.</p> <p>Récupération totale après 1 an</p>	<p>46 ans</p> <p>Accident de deltaplane, 2004.</p> <p>Hospitalisation en ortho-traumatologie 3 semaines, rééducation 4 mois + kiné.</p> <p>Récupération totale après 4 ans</p>
Emotions, Ressentis	<p>Vécu d'hospitalisation</p> <p>IDE = ressource ? (Disponible, à l'écoute, prévenante)</p>	<p>Hospitalisation bien vécue, mais rééducation difficile</p> <p>IDE = ressource, + disponible que médecins</p> <p>A l'écoute, présente, rassurante</p>	<p>Hospitalisation plutôt mal vécue. Obligée de rester loin du domicile pendant 4 mois.</p> <p>IDE = ressource, prend le temps de parler de tout et de rien, rassurante, chaleureuse, naturelle.</p> <p>En général, peu d'importance accordée au psychologique.</p>
Influence	<p>Conséquences observées sur la récupération (moral, motivation)</p>	<p>Baisses de moral</p> <p>« Face à un mur »</p> <p>-&gt; Plus envie de se rééduquer</p> <p>-&gt; IDE remotivent</p>	<p>Pleine d'espoir, au début puis baisses de moral. Se sentait seule, un peu hors de la vie, pas trop comprise par l'équipe quand moments de déprime. Aurait voulu être plus accompagnée, pense que ça aurait eu de grandes conséquences sur sa rééducation.</p>

		-> Permettent une meilleure récupération	Garder espoir permet d'avancer. Importance de « garder une porte ouverte »
Relation d'aide	Représentation, mise en pratique	Oui, même si c'est leur métier. Soignants s'impliquent différemment.	Oui et non. Ne pouvait pas parler de ses sentiments. Mais important d'être considérée comme une personne à part entière. « Ne pas juste être un numéro ». Les soignants donnent un peu d'eux, mais avec le recul pour ne pas « se faire bouffer ». Peur d'être débordés ? Pas d'implication. Font uniquement leur travail. Nécessité de ne pas déshumaniser le patient. « Petite lumière intérieure qui s'éteint »
Inattendus	Lien avec autres professionnels		Pas soutenue par l'équipe (kiné, médecins). Veulent lui faire faire le deuil de son métier, de sa récupération. Kiné la confronte toujours à son impuissance. Kinés/ergos « ont du mal à te suivre dans tes émotions », ne veulent pas être trop touchés. Médecin n'avait pas envie de parler d'évolution, des comptes-rendus.  L'impression que le corps médical voit uniquement la récupération à court terme, alors qu'elle se compte en années.  <i>Le corps a des ressources incroyables.</i>

- *Infirmiers*

Question	Mots clés	IDE n°1, Marie	IDE n°2, Sophie	IDE n°3, Virginie
Présentation	Date du DE Expérience	1974. En rééducation depuis 24 ans, 14 ans en chirurgie.	2005. En rééducation depuis 2 mois, 7 ans en chirurgie.	2009. En rééducation depuis le DE Reconversion professionnelle.
Rééducation	Choix ? (Relation privilégiée, Moins de stress)	Pas son premier choix, n'a pas été embauchée en centre hospitalier mais acceptée en rééducation.  Accompagner les patients jusqu'à la guérison. Moins de stress. Meilleur contact et relationnel. Devenir plus humaine, moins de soins techniques.	Choix : voir ce qu'était une PEC globale.  Patient détendu (permissions, autre optique de soins). Soignants s'adaptent au patient et non l'inverse. PEC en tant que personne plus qu'en tant que patient. Moins fatiguant qu'en chirurgie.	Choix : association de soins techniques + relationnel, éducation.  Hospitalisation + longue => approche différente, patient connaissent mieux les soignants. « sont plus à l'aise », plus autonomes. Stress différent d'un service technique. Aime la diversité (soins, relations).
Relation d'aide	Représentations de la RA.  (Echange, disponibilité, écoute, conseils)  En pratique.	Patient bien dans sa peau. Sortir de l'hospitalisation pour retrouver son corps. Entrer en relation au cours des soins.  Durée d'hospitalisation + longue.	Pas d'infirmière en retrait, sont aidantes. Rassurer, être présent, discuter. On connaît les patients dans leur intimité -> facilite la PEC globale et la RA.	Remotivation, encouragements, stimulation. Relation de confiance pour faire ce qu'il aurait peur de faire seul.  Nécessité de s'adapter à chaque patient.

	Objectifs (psychologie, moral)	<p>Discussion. Accompagner. Nécessité de temps.</p> <p>+ difficile avec certains patients (psychotiques...), demande + d'implication, épuisement.</p> <p>Soignants obligés de se protéger, de prendre leurs distances.</p> <p>+/- de facilité selon la personnalité des soignants. Les jeunes essayent + de se protéger. Nécessité de formations.</p>	L'équipe est très appréciée par les patients, contents d'avoir pu accorder leur confiance.	<p>+/- de facilité selon la personnalité des soignants.</p> <p>Reconnaissance des patients à la sortie.</p> <p>Besoin des soignants dans les phases de relâchement, ras le bol. Soutien moral = IDE + que Kinés/ergos.</p> <p>Difficulté à faire la différence entre récupération liée à la kiné et celle à la RA.</p>
Influence	Moral, motivation, exemple marquant	Conséquences importantes sur la récupération, le mental	(pas assez d'expérience pour citer un exemple)	Permettre au patient de retrouver un maximum d'autonomie (soins techniques + RA)
Inattendus				La pluridisciplinarité a une place aussi importante que la RA dans la récupération.

<b>MATH</b>	<b>Céline</b>
C.H.U. GRENOBLE - I.F.S.I. Promotion : 2009/2012	
<b>Relation d'aide infirmière en rééducation</b>	
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Lors de mon tout 1<sup>er</sup> stage en tant qu'étudiante infirmière, dans un service de soins vigilants de neurologie, un patient est hospitalisé suite à un AVC. Mr X. est devenu « aphasique », avec de gros problèmes d'élocution. Commercial de son métier, celui-ci a du mal à accepter sa nouvelle situation, persuadé qu'il ne pourra récupérer, et donc reprendre son métier. J'ai alors pris le temps d'échanger avec lui, afin de lui redonner confiance en lui et en sa rééducation. Les effets ont été spectaculaires, et la récupération de Mr X. très rapide. J'ai donc cherché à vérifier si ce que j'avais observé était reconnu et portait un nom. Il s'agissait de « relation d'aide infirmière ». J'ai choisi de baser mes recherches sur les services de rééducation, où les infirmiers ont plus de temps à consacrer à leurs patients. En interrogeant patients et infirmiers, tous ont mis l'accent sur l'importance de ce temps d'échange pour « croire » en la rééducation et en la récupération...</p> <p><b>Abstract :</b></p> <p>It was during my first student nurse practical placement, on an acute neurological observation ward that I met Mr X. hospitalized for a CVA (cerebro-vascular attack or stroke). Mr X. became aphasic, with severe speech and communication problems. Mr X. was a business man and he had great difficulty in accepting the sudden change in his health care status. He was convinced that he wouldn't recover and be able to continue his professional activities. I took the time to sit and talk with him, so that he would trust again in himself and in his rehabilitation. The results were spectacular, and Mr X. made a rapid recovery. I had based my final work on recognized "therapeutic communication skills" used in rehabilitation, where nurses generally have more time to spend with patients. My own research, and discussion with patients and nurses, had shown that these types of interaction are useful in facilitating a positive approach to rehabilitation and recovery in the patient's mindset.</p>	
<p><b>Mots clés :</b> Relation d'aide infirmière, Rééducation, Handicap</p>	
<p>Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre des études conduisant au Diplôme d'Etat d'infirmier à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du CHU de Grenoble. Ce travail ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de l'Institut de Formation.</p>	